

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre

QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO MEDICAMENTOSA ENTRE
HIPERTENSOS ASSISTIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIA NO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL

Montes Claros, MG
2014

André Luiz Cândido Sarmento Drumond Nobre

**QUALIDADE DE VIDA E ADEÇÃO MEDICAMENTOSA ENTRE
HIPERTENSOS ASSISTIDOS EM UM CENTRO DE ATENÇÃO
SECUNDÁRIA NO NORTE DE MINAS GERAIS, BRASIL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Cuidado Primário em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidado Primário em Saúde.

Área: Saúde Coletiva

Linha de Pesquisa: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros, MG

2014

N754q Nobre, André Luiz Cândido Sarmiento Drumond.
Qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em um Centro de Atenção Secundária no Norte de Minas Gerais, Brasil [manuscrito] / André Luiz Cândido Sarmiento Drumond Nobre. – 2014.
83 f. : il.

Inclui Bibliografia.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Cuidado Primário em

Saúde/PPGCPS, 2014.

Orientadora: Profa. Dra. Simone de Melo Costa.

Coorientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Epidemiologia. 2. Saúde coletiva – Norte de Minas Gerais. 3. Hipertensão arterial. 4. Qualidade de vida. 5. Medicação – adesão. I. Costa, Simone de Melo. II. Caldeira, Antônio Prates. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitor: Antônio Alvimar de Souza

Pró-reitor de Pesquisa: Rômulo Soares Barbosa

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Correa Torres Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves de Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Júnior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Karina Gisele Cevalles Viana

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADO PRIMÁRIO EM SAÚDE

Coordenador: Antônio Prates Caldeira

Coordenadora adjunta: Maísa Tavares de Souza Leite



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO(A): ANDRÉ LUIZ CÂNDIDO SARMENTO DRUMOND NOBRE

TÍTULO DO TRABALHO: "Qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos atendidos em um centro de atenção secundária no Norte de Minas Gerais"

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Epidemiologia e Vigilância em Saúde

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROP.^a DR. SIMONE DE MELO COSTA - ORIENTADORA/PRESIDENTE
PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA - COORIENTADOR
PROF. DR. NOASSES NEIVA DIAMANTINO
PROF.^a DR.^a MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

BANCA (SUPLENTE)

ASSINATURAS

PROP.^a DR.^a LUCINÉIA DE PINHO
PROP.^a DR.^a CARLA SILVANA DE OLIVEIRA SILVA

☒ APROVADO(A)

☐ REPROVADO(A)

À minha família, aos meus pacientes
e a Deus, razões da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Aos professores Simone de Melo Costa e Antônio Prates Caldeira, pelo incentivo, dedicação e confiança, e por terem plantado a semente da pesquisa na minha vida,

Aos colegas de mestrado, pelos dias agradáveis de convivência,

Aos companheiros do Centro Hiperdia, que mesmo com inúmeras dificuldades mostraram tanta competência e dedicação ao trabalho,

Aos pacientes, com os quais aliviando as angústias, aprendo diariamente,

Aos meus pais e irmãos, pelo apoio,

À minha esposa, Dardânia, pelo amor e carinho em todos os momentos,

E à minha filha linda, Gabi, por existir.

RESUMO

Minas Gerais criou os Centros de Atenção Secundária em Saúde - Centros Hiperdia, em 2009, com a missão de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e doença renal crônica. Entende-se a hipertensão arterial como a principal responsável pela morbimortalidade das doenças cardiovasculares, no Brasil e no mundo. O objetivo deste trabalho foi avaliar a qualidade de vida e a adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em Centro de Atenção Secundária em Saúde no norte de Minas Gerais, Brasil. A pesquisa é do tipo transversal, observacional e analítica. A coleta de dados respeitou os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e o projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes. Os dados foram coletados junto aos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos entre junho a dezembro de 2013. O local de coleta de dados se caracteriza como setor de referência para hipertensos, em atenção secundária, procedentes de 16 municípios da microrregião São Francisco-Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil. Utilizou-se questionário semiestruturado, contendo questões do perfil socioeconômico e demográfico, qualidade de vida (WHOQOL-bref e Minichal-Brasil) e adesão medicamentosa (teste de Batalla). Dados biológicos foram coletados durante o exame clínico de rotina pelo médico integrante da pesquisa, trabalhador do Hiperdia. Analisou-se qualidade de vida pelo WHOQOL-bref conforme aderência medicamentosa, pelos testes qui-quadrado de *Pearson* e *Mann Whitney*. Em outra interpretação avaliou-se a qualidade de vida pelo Minichal-Brasil, com análises bivariadas de correlação de *Pearson* e teste t de *student*. A estatística foi realizada no programa *Software Package for Social Sciences* (SPSS® for Windows, version 22.0), com nível de significância de 5% e intervalo de confiança 95%. A maioria dos participantes era mulher (71%), com idade média de 60(\pm 13,37) anos. Os participantes com maior compreensão da doença foram considerados aderentes aos medicamentos anti-hipertensivos (81%), e obtiveram melhor qualidade de vida no domínio meio ambiente, que avalia o acesso às informações, aos serviços de saúde e aos recursos financeiros, do WHOQOL-bref ($p=0,013$). No domínio psicológico, aqueles com adesão medicamentosa, melhor aproveitam a vida, apresentam maior capacidade de concentração e aceitação da aparência física ($p<0,05$). O Minichal-Brasil demonstrou pior qualidade de vida correlacionada aos maiores valores de pressão sistólica ($p=0,006$) em contraposição à melhor qualidade de vida e maior renda *per capita* mensal, no

domínio manifestações somáticas ($p=0,042$). A hipertensão e o seu tratamento afetam a qualidade de vida dos pesquisados (56%), pouco, médio ou muito. Os resultados evidenciam relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa, demonstrando necessidade de um manejo do caso clínico para além do ato de prescrição dos medicamentos. Evidenciou-se também que a hipertensão impacta negativamente na qualidade de vida. Neste sentido, o investimento em educação em saúde pode contribuir, visto que permite aumentar o conhecimento acerca da doença, refletindo em adesão terapêutica e melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Epidemiologia, Saúde Coletiva, Hipertensão Arterial, Qualidade de vida, Adesão à medicação.

ABSTRACT

The state of Minas Gerais has established Centers of Secondary Health Care - Hiperdia Centers, in 2009, with the mission to extend longevity and improve the quality of life through interventions capable of reducing morbidity and mortality from hypertension, diabetes mellitus, cardiovascular disease and chronic kidney disease. High blood pressure is known as the main responsible for the morbidity and mortality of cardiovascular diseases in Brazil and worldwide. This study aimed to assess quality of life and medication adherence among hypertensive assisted in a Secondary Center of Attention in Health, in northern Minas Gerais, Brazil. The type of research is transversal, quantitative, observational and analytical. Data collection was conducted in compliance with ethical principles of research involving humans and the project was approved by Unimontes Research Ethics Committee. Data were collected on a Hiperdia Center along to people age 18 and over, seen between the months from June to December 2013. The location data collection is characterized as a Center of Secondary Health Care, which is a reference for hypertensive in 16 municipalities in the Micro-area São Francisco-Brasília de Minas, Minas Gerais, Brazil. A semi-structured questionnaire was used as an instrument of data collection, containing questions about the socioeconomic and demographic profile, quality of life (WHOQOL-bref and Minichal-Brazil) and medication adherence (Batalla test). Biological data were collected during routine clinical examination by the physician member of the research and Hiperdia's worker. We analyzed the quality of life (WHOQOL-bref) under medication adherence, by chi-squared tests and Mann Whitney. In another interpretation it was analyzed quality of life (Minichal-Brazil), with bivariate Pearson correlation and Student t test. The statistics were performed in the Software Package for Social Sciences (S.P.S.S. for Windows, version 22.0) program, with a significance level of 5% and 95% confidence interval. The majority of participants were women (71%), mean age 60 years old (± 13.37). Participants with greater understanding of the disease were considered adherent to antihypertensive medications (81%), and had better quality of life in the environment domain, which assesses access to information, health services and financial resources, of the WHOQOL-bref ($p=0.013$). In the psychological domain, those with medication adherence, better enjoy life, have greater ability to concentrate and acceptance of physical appearance ($p < 0.05$). Minichal-Brazil instrument showed that the worst quality of life was correlated with higher systolic blood pressure ($p = 0.006$) in contrast to the better-related quality of life and higher monthly percapita income, in the somatic manifestations

domain ($p = 0.042$). Patients reported that the treatment of hypertension and its treatment affects the quality of life (56%), in different shades, rather, medium or long. The results show the important relationship between quality of life and medication adherence, which demonstrates the need of clinical case management beyond the act of prescribing medications. It is also shown that hypertension is a disease that impacts negatively on the quality of life of individuals. In this sense, investment in health education could contribute, since it allows to increase knowledge about the disease, reflecting in adherence to medication and better quality of life.

Keywords: Epidemiology, Public Health, Hypertension, Quality of life, Adherence to medication.

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)	20
Figura 2 - Centros Hiperdia Implantados	21
Figura 3 - Escore de Framingham Revisado para Homens	22
Figura 4 - Escore de Framingham Revisado para Mulheres	22
Figura 5 - Modelo Teórico de Krousel-Wood <i>et al.</i> (2004)	24
Figura 6 - Microrregião São Francisco - Brasília de Minas	28
Figura 7 - Visita Operacional em Icaraí de Minas, MG, Brasil	66
Figura 8 - Visita Operacional em Icaraí de Minas, MG, Brasil	66
Figura 9 - Visita Operacional em Japonvar, MG, Brasil	67
Figura 10 - Visita Operacional em São Francisco, MG, Brasil	67
Figura 11 - Visita Operacional em São Romão, MG, Brasil	68
Figura 12 - Visita Operacional em Ibiracatu, MG, Brasil	68

LISTA DE TABELAS

	Pág.
Artigo 1 - Relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos em Centro Hiperdia de Minas Gerais, Brasil	
Tabela 1: Distribuição dos pesquisados que responderam corretamente aos questionamentos do teste de Batalla. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.....	39
Tabela 2: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref dos domínios físico e psicológico conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.	40
Tabela 3: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref dos domínios relações sociais e meio ambiente conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013	41
Tabela 4: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref sobre qualidade de vida geral conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013	42
Tabela 5: Escores mínimos (Mín), máximos (Máx), medianos (MD), médios (M) e desvio padrão (DP) dos domínios e qualidade de vida geral do WHOQOL-bref segundo adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013	42
Artigo 2 - Qualidade de Vida de Hipertensos assistidos em Centro de Atenção Secundária em Saúde de município do norte de Minas Gerais, Brasil.	
Tabela 1: Valores Descritivos das questões do Minichal – Brasil dos entrevistados no Centro Hiperdia em Brasília de Minas, MG.....	55

Tabela 2:	Medidas de tendência central e separatrizes dos domínios estado mental e manifestações somáticas do Minichal-Brasil dos entrevistados no Centro Hiperdia em Brasília de Minas, MG	Pág. 56
Tabela 3:	Correlação de Pearson entre as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos entrevistados com os domínios estado mental e manifestações somáticas do Minichal-Brasil	56
Tabela 4:	Comparações dos domínios do Minichal-Brasil e do impacto geral da HAS entre os grupos de hipertensos e hipertensos / diabéticos.....	57

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
Fapemig	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAS	Pressão Arterial Sistólica
Pro-Hosp	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SPSS	<i>Software Package for Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

	Pág.
1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Transição Epidemiológica - Doenças Crônicas Não Transmissíveis	16
1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	17
1.3 Programa Hiperdia Minas	19
1.4 Adesão Medicamentosa e Qualidade de Vida de Hipertensos	23
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 Objetivos Específicos	26
3 METODOLOGIA.....	27
3.1 Caracterização do Local da Pesquisa	27
3.2 População Alvo	28
3.3 Aspectos Éticos	30
3.4 Coleta de Dados	30
3.5 Análise dos Dados	32
4 PRODUTOS CIENTÍFICOS.....	34
4.1 Artigo 1	35
4.2 Artigo 2	51
5 CONCLUSÕES.....	63
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	65
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	72
APÊNDICE A - Questionário Semiestruturado para Entrevista	72
APÊNDICE B - Ficha de Referência da Atenção Primária	79
APÊNDICE C - Trabalhos desenvolvidos durante o Mestrado	80
ANEXOS	82
ANEXO A - Parecer Comitê Ética e Pesquisa - Artigo 01.....	82
ANEXO B - Parecer Comitê Ética e Pesquisa - Artigo 02	83

1 INTRODUÇÃO E REVISÃO DA LITERATURA

1.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA - DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

O Brasil passa por um processo de transição epidemiológica que engloba três mudanças básicas: substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis e mortes por causas externas; deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens aos grupos idosos; e transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra na qual a morbidade é dominante (SCHRAMM *et al.*, 2004).

A modificação no perfil de saúde da população em que as doenças crônicas e suas complicações são prevalentes resulta em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento dessas doenças (SCHRAMM *et al.*, 2004).

A promoção da saúde se coaduna com as políticas e programas voltados para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), considerando que os portadores de fatores de risco se encontram numa situação de vulnerabilidade diante das enfermidades. As intervenções em saúde, no momento do planejamento, devem considerar os determinantes e condicionantes das DCNT. Já as ações, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, devem ser ampliadas de forma a incluir incentivos à alimentação saudável, prevenção e controle do tabagismo, estímulo à atividade física e identificação de outros fatores que colocam a saúde da população em risco, especialmente daqueles portadores de um ou mais riscos para as condições crônicas (MENDES, 2012).

A atenção às condições crônicas deve envolver uma equipe multidisciplinar que atue com atendimentos programados e monitoramento dos usuários; com diretrizes clínicas construídas por evidências sendo base para os atendimentos. Estes devem envolver atenção às agudizações das condições crônicas, ações preventivas, ações educacionais e ações de autocuidado apoiado (MENDES, 2009).

É importante registrar que a adoção da Estratégia Saúde da Família (ESF) como política prioritária de atenção básica, por sua conformação e processo de trabalho, compreende as condições mais favoráveis de acesso às medidas multissetoriais e integrais que a abordagem das DCNT exige (OPAS, 2010).

1.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

A HAS é considerada problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A mesma também é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral e por 25% das mortes por doença arterial coronariana. Se considerarmos sua associação com o diabetes, também é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

Dados do Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis - Vigitel - por intermédio de entrevistas telefônicas, implantado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, mostram uma prevalência de hipertensão arterial na faixa etária de 18 anos ou mais, em 24,3% da população. Demonstram também maior prevalência da HAS entre o sexo feminino (26,9%) e na faixa etária acima de 65 anos (59,2%) (BRASIL, 2012). No Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Sistema Único de Saúde, Miranzi *et al* (2008) constataram que 17,6% das internações relacionam-se com a HAS e que são gastos com este agravo 5,9% dos recursos disponibilizados pelo SUS.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) demonstra que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares.

Carvalho *et al.* (2013) referem entre os principais fatores de risco para hipertensão incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais, alta ingestão de sódio. Destaca também outros fatores, tanto sociais como físicos, que mesmo não sendo causadores da HAS, estariam frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes *mellitus*). Assim, conclui que a HAS, pela sua estreita correlação com estilo de vida, pode ser evitada, minimizada ou tratada, com a adoção de hábitos de vida saudáveis.

O manejo da hipertensão envolve uma abordagem multiprofissional por médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais,

fisioterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Além disto encontra-se disponível o tratamento não medicamentoso (controle do peso, estilo alimentar, atividade física, cessação do tabagismo dentre outros) e o tratamento medicamento (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

As classes de medicamentos anti-hipertensivos envolvem: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores do receptor de angiotensina II e inibidor direto da renina. Estes medicamentos podem ser usados em monoterapia ou por meio de uso da combinação de duas ou mais classes (terapia combinada). Deve-se indicar monoterapia para indivíduos com hipertensão arterial em estágios iniciais, com risco cardiovascular mais baixo e a estratégia anti-hipertensiva associada para estágios e risco cardiovascular mais elevados (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Ainda em relação ao tratamento farmacológico, este deve levar em conta a eficácia, a tolerabilidade e o impacto do medicamento na qualidade de vida do paciente (ROCA-CUSACHS *et al.*, 2001; ROEL *et al.*, 2001).

1.3 PROGRAMA HIPERDIA MINAS

Com a intenção de ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população do estado de Minas Gerais, foram instituídas medidas capazes de diminuir a morbimortalidade por hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e doença renal crônica. Dessa forma criou-se o Programa Hiperdia Minas, conforme Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - SES / MG Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010. O Programa tem como missão coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde (MINAS GERAIS, 2010).

Conforme a Resolução SES Nº 2606 que Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências (MINAS GERAIS, 2010), os Centros Hiperdia, contariam com os seguintes objetivos:

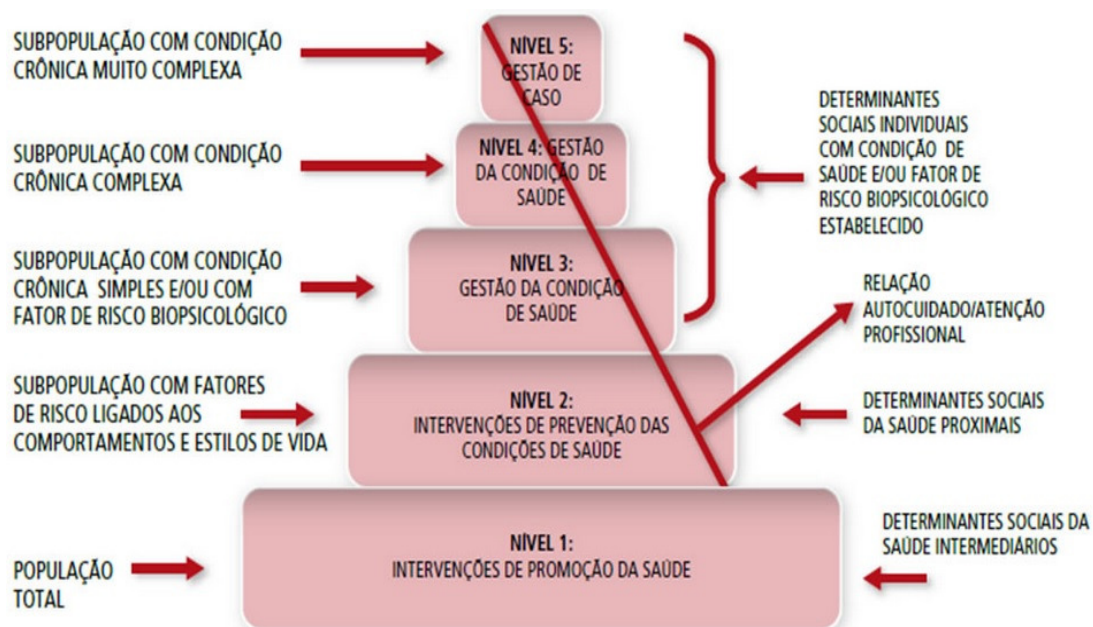
I – reduzir a mortalidade por HAS, Doenças Cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* e Doença Renal Crônica na população coberta;

II – reduzir as complicações preveníveis por HAS, Doenças Cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* e Doença Renal Crônica na população coberta;

III – melhorar a qualidade de vida dos portadores de HAS Doenças Cardiovasculares, Diabetes *Mellitus* e Doença Renal Crônica na população coberta. (MINAS GERAIS, 2010, p.6)

O Hiperdia segue o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS, elaborado por Mendes (2012), o qual classifica os hipertensos por grau de risco cardiovascular e os diabéticos de acordo com o controle metabólico.

Figura 1 - Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)



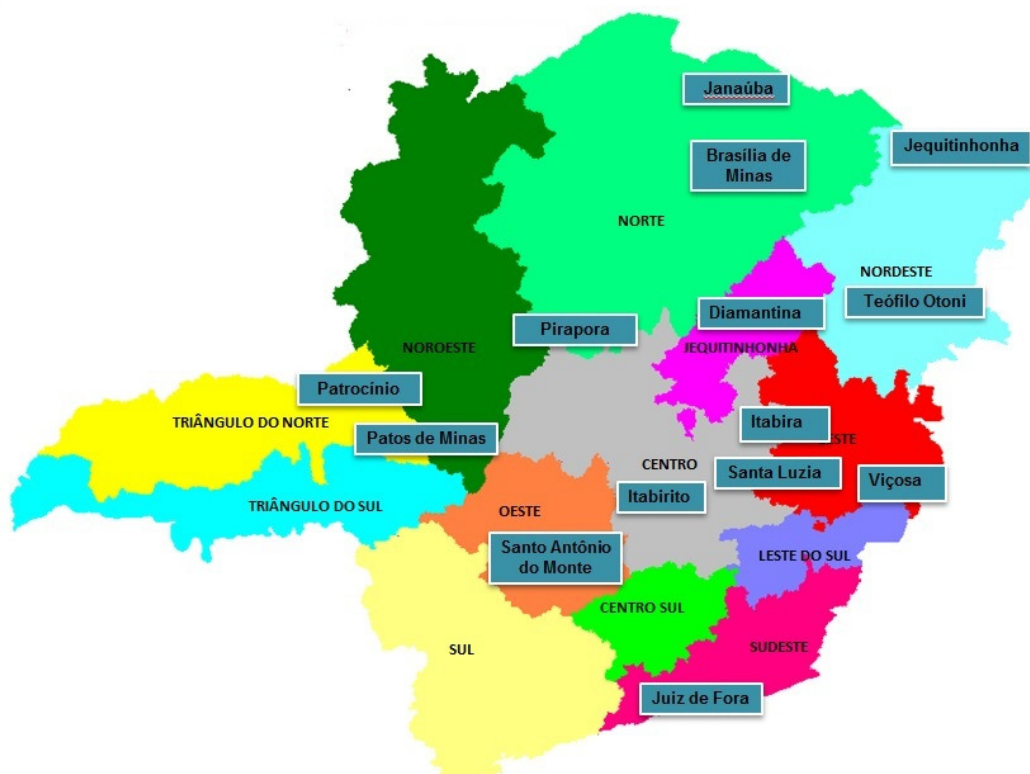
Fonte: MENDES, 2009, p.388

Observa-se na figura 1 os cinco níveis e os três componentes integrados do MACC: à esquerda da figura, encontra-se a população, à direita, os focos das intervenções de saúde e, ao meio, os tipos de intervenções de saúde.

Os usuários são encaminhados para o Centro Hiperdia, por meio de Ficha de Referenciamento (APÊNDICE B), preenchida por profissional da área médica ou da enfermagem das Unidades Básicas de Saúde dos municípios que compõem as microrregiões atendidas.

Segundo dados de Alves-Júnior (2011), os Centros Hiperdia Minas instalados até 2011, cobriam 12 das 76 microrregiões sanitárias de Minas Gerais, beneficiando mais de 2,6 milhões de mineiros (13,61% da população). A Secretaria de Estado da Saúde, até 2014, conta com 14 Centros Hiperdia em atividade (Figura 2).

Figura 2 - Centros Hiperdia Minas implantados no estado de Minas Gerais, Brasil.



Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da SES-MG, 2013

De acordo com os critério de Framingham revisado para mulheres e homens (DAGOSTINO, 2008) é usada a Classificação de Risco Cardiovascular para os hipertensos encaminhados ao Centro Hiperdia, a ser preenchida pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa classificação determina categorias de risco para eventos cardiovasculares maiores, entende-se por angina, infarto ou morrer de doença cardíaca em 10 anos. O risco pode ser baixo (escore inferior a 10% para ocorrência de eventos cardiovasculares maiores em 10 anos), moderado ou intermediário (quando está entre 10 e 20%) e alto risco cardiovascular (superior a 20%).

Os critérios utilizados para a estratificação são: idade, sexo, presença ou não de diabetes, tabagismo, pressão arterial sistólica tratada ou não tratada, colesterol total e HDL - *High Density Lipoproteins*.

Os indivíduos hipertensos, classificados em alto risco cardiovascular, seriam aqueles do sexo masculino, com pontuação acima de 15 pontos, ou do sexo feminino com pontuação acima de 18 pontos (Figuras 3 e 4).

Além desses critérios a SES/MG, definiu critérios clínicos isolados de alto risco em hipertensos que são: presença de insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, hipertrofia ventricular esquerda, insuficiência arterial periférica, insuficiência renal crônica estágio 3 ou mais e que tenham tido acidente vascular encefálico ou ataque isquêmico transitório (MINAS GERAIS, 2013).

Figura 3 - Escore de Framingham Revisado para Mulheres

Score de Framingham para homens							
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-2		60+		<120			
-1		50-59					
0	30-34	45-49	<160	120-129	<120	NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35	200-239	140-159	120-129		
3			240-279	160+	130-139		SIM
4			280+		140-159	SIM	
5	40-44				160+		
6	45-49						
7							
8	50-54						
9							
10	55-59						
11	60-64						
12	65-69						
13							
14	70-74						
15	75+						

Fonte: DAGOSTINO, 2008, p.743

Figura 4 - Escore de Framingham Revisado para Homens

Score de Framingham para mulheres							
Pontos	Idade	HDL	Colesterol total	PAS não tratada	PAS tratada	Tabagismo	Diabetes
-3				<120			
-2		60+					
-1		50-59			<120		
0	30-34	45-49	<160	120-129		NÃO	NÃO
1		35-44	160-199	130-139			
2	35-39	<35		140-149	120-129		
3			200-239		130-139	SIM	
4	40-44		240-279	150-159			SIM
5	45-49		280+	160+	140-149		
6					150-159		
7	50-54				160+		
8	55-59						
9	60-64						
10	65-69						
11	70-74						
12	75+						

Fonte: DAGOSTINO, 2008, p.743

1.4 ADESÃO MEDICAMENTOSA E QUALIDADE DE VIDA DE HIPERTENSOS

A adesão medicamentosa é um componente crítico da assistência em saúde. Documento publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) enfatiza múltiplos aspectos dessa problemática: transição epidemiológica que determina o aumento das condições crônicas e o consequente incremento dos medicamentos de uso contínuo que dificulta a adesão aos tratamentos medicamentosos (OMS, 2003).

Nos países desenvolvidos a adesão média é de 50% e nos países em desenvolvimento este percentual é menor (MENDES, 2009). Para a OMS (2003), a adesão é o principal determinante da eficácia do tratamento e a baixa adesão é identificada como a mais importante causa do controle inadequado da pressão arterial.

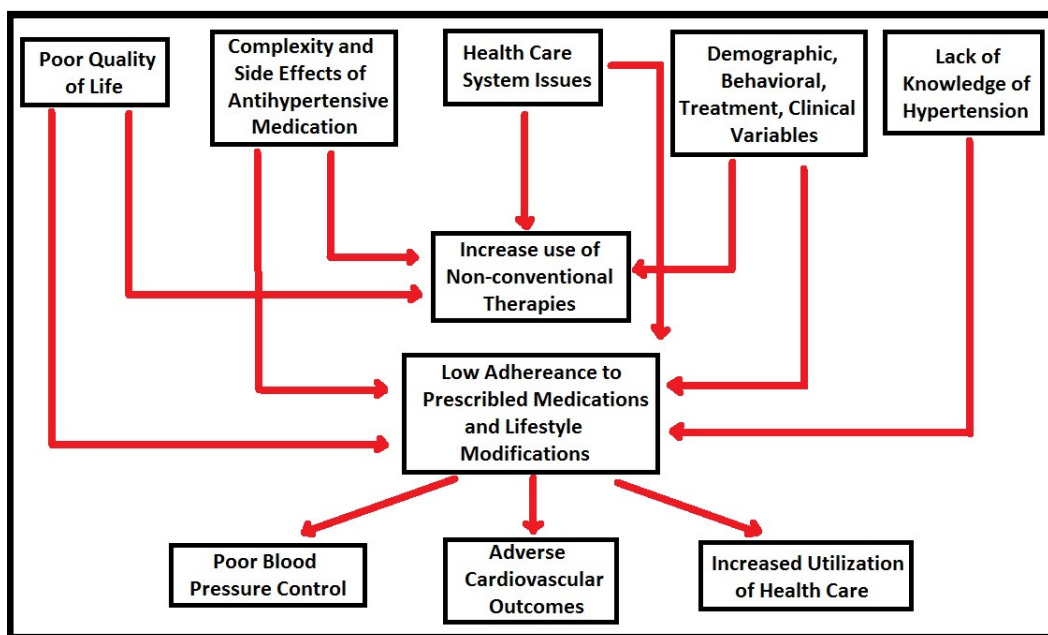
Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que a não adesão ao tratamento medicamentoso é responsável pelo incremento das internações hospitalares, das consultas ambulatoriais e dos atendimentos de emergência, num valor anual estimado em mais de 50 bilhões de dólares (JOHNSON e BOOTMAN, 1995). A adesão medicamentosa foi estudada na China, em Gâmbia e em Seichelles, sendo que, apenas, 43%, 27% e 26%, respectivamente, das pessoas usuárias, seguem os tratamentos anti-hipertensivos prescritos (MENDES, 2009). Segundo Mansur (2001) estudos demonstram que, para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica.

O problema da não adesão a tratamentos parece ser tão antigo como a própria medicina. Hipócrates já afirmava que o médico deve conscientizar-se que os pacientes mentem, com frequência, no que diz respeito à tomada de medicamentos (HAINES, 1979). Tal problema está associado a vários fatores: sociais e econômicos, os relacionados à equipe e ao sistema de atenção à saúde, os relacionados à condição da doença e ao tratamento e, fatores relacionados às pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde (GOMES *et al.*, 2007).

Para Leite e Vasconcellos (2003), adesão implica que as prescrições sejam seguidas em pelo menos 80% de seu total. Ainda, considerando a importância da adesão ao tratamento farmacológico, Barbosa e Lima (2006) ressaltam que é difícil detectar a não adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Cerca de 40% a 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. Ainda conforme Barbosa e Lima (2006), a não adesão ao tratamento da hipertensão é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial, em mais de dois terços dos indivíduos hipertensos.

Krousel-Wood *et al.* (2004) elaboraram um modelo teórico explicativo para baixa adesão à prescrição medicamentosa (Figura 5), demonstrando a relação entre falta de conhecimento sobre a hipertensão arterial e pior qualidade de vida com menor aderência à prescrição medicamentosa. Essa teoria (KROUSEL-WOOD *et al.*, 2004), da falta de conhecimento da doença e não adesão ao esquema terapêutico vai ao encontro do teste de adesão medicamentosa proposto por Batalla *et al.*, desde 1984 (BATALLA *et al.*, 1984). Para o teste de Batalla, segundo indicação dos seus criadores, quando os sujeitos respondem corretamente a todas as perguntas, eles são classificados como cumpridores do tratamento medicamentoso, ou seja, aderentes.

Figura 5 - Modelo Teórico de Krousel-Wood *et al.* (2004)



Fonte: KROUSEL-WOOD *et al.*, 2004, p.361

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a baixa adesão é a razão primária da redução do benefício clínico, levando a complicações médicas e psicossociais e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes.

Dessa forma, baseado nos estudos de Krousel-Wood *et al.* (2004) e da OMS (2003), existiria uma relação entre conhecimento em relação à hipertensão, aderência ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida.

O Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995) definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Outros autores descrevem a qualidade de vida como uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com foco na promoção da saúde (BUSS, 2000; MIRANZI *et al.*, 2008).

A qualidade de vida pode ser comprometida no manejo das doenças crônicas, sendo as mais comuns a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. O manejo de tais condições exige alterações de comportamento em relação à dieta, ingestão de medicamentos e estilo de vida. Dessa forma, para que se mantenha a qualidade de vida, deve-se estimular o conhecimento acerca do tratamento e das complicações decorrentes de tais patologias (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar a qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos usuários do Centro Hiperdia em Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as características demográficas e econômicas de hipertensos;
- Analisar os aspectos relacionados à qualidade de vida conforme aderência ao regime medicamentoso entre hipertensos em tratamento no Centro Hiperdia.
- Relacionar qualidade de vida com o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes e, características clínicas da hipertensão arterial sistêmica.

3 METODOLOGIA

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa, desenho transversal analítico, que foi realizado junto a um Centro Hiperdia, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil.

Os dados foram coletados entre os meses de junho a dezembro de 2013.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

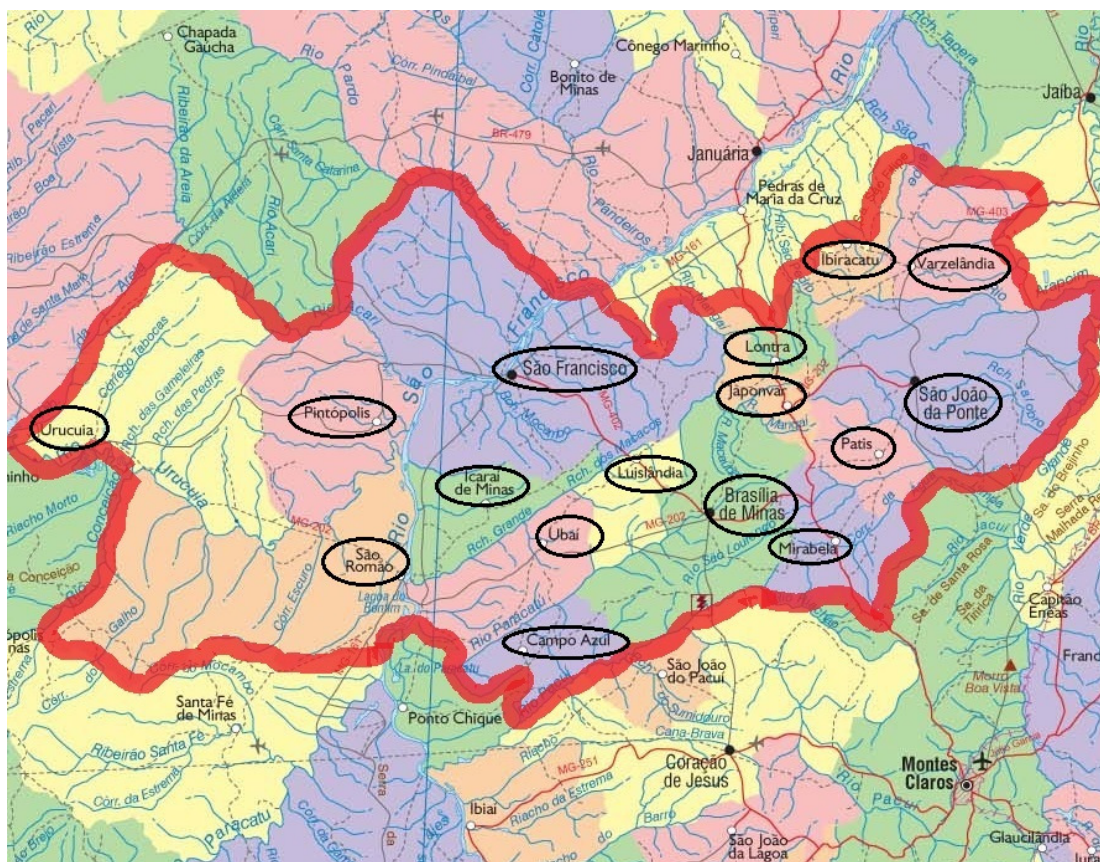
O estudo foi realizado no município de Brasília de Minas, localizado no norte do estado de Minas Gerais, com área de 1.399,484 Km² e encontra-se a 540 Km da capital mineira, Belo Horizonte, e a 103 Km de Montes Claros, cidade pólo, da região. O censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificou, em 2010, um contingente populacional de 31.221 habitantes (IBGE, 2010).

A cidade Brasília de Minas vem se consolidando como referência para investimentos em saúde, por parte do Governo de Minas Gerais. Ela conta com Serviços de Hemodiálise, Unidade de Terapia Intensiva Adulto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (em construção). Além dessas iniciativas, a nível hospitalar, o Hospital Municipal Senhora Santana vem passando por reformas com recursos de Pro-Hosp para dobrar sua capacidade de leitos e atendimento¹.

Em nível ambulatorial, como iniciativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES - MG), Brasília de Minas conta com o Centro Viva-Vida, inaugurado em 2007, sendo referência para atendimento em ginecologia e pediatria, com ênfase em condições crônicas e de alto risco. Com abrangência de atuação em 16 municípios da microrregião São Francisco - Brasília de Minas (Figura 6) que compreende as seguintes cidades: Brasília de Minas, Campo Azul, Ibiracatu, Icaraí de Minas, Japonvar, Lontra, Luislândia, Mirabela, Patis, Pintópolis, São Francisco, São João da Ponte, São Romão, Ubaí, Urucuia e Varzelândia¹.

¹ disponível em: <<http://www.brasiliademinas.mg.gov.br/>> Acesso em: 20 de abril de 2013

Figura 6 - Microrregião São Francisco - Brasília de Minas



Fonte: <http://www.ibge.gov.br/vamoscontar2010/mapas/minasgerais.jpg>

Como já possuía o Centro Viva-Vida em atividade e por meio de incentivos da SES-MG, via resolução 2606 de 07 de dezembro de 2010 (MINAS GERAIS, 2010), criou-se o Centro de Referência Integrados Viva-Vida e Hiperdia Minas na cidade de Brasília de Minas, para prestação de serviços a uma população estimada em 234.588 pessoas (IBGE, 2010), que antes teriam possibilidade de acesso ao tratamento médico de alta complexidade em Montes Claros ou em outras cidades de maior porte do Estado.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

A população alvo foi constituída por indivíduos adultos e idosos hipertensos, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos 16 municípios de abrangência do Centro Hiperdia Brasília de Minas. Os usuários do Centro Hiperdia são encaminhados a partir de

Unidades de Atenção Básica de Saúde da ESF de seus municípios, via ficha de Referência, preenchida por profissional de saúde, médico(a) ou enfermeiro(a).

Conforme análise dos prontuários disponibilizados no Centro Hiperdia em Brasília de Minas, os atendimentos médicos especializados realizados durante os anos iniciais de 2011 e 2012, não seguiam de forma rígida os critérios de atendimento e encaminhamento preconizados pela SES - MG (MINAS GERAIS, 2010). O atendimento se dava de forma livre, sem seguir critérios de estratificação de risco.

Somente a partir de janeiro de 2013, após Seminários e Reuniões Técnicas e de Treinamento com a equipe do Hiperdia e com as equipes da ESF dos municípios que compunham a microrregião, iniciou-se o atendimento médico cardiológico aos hipertensos de alto risco cardiovascular, conforme normas de referenciamento e atendimento preconizadas.

A amostra de pesquisados representa os adultos e idosos assistidos na Unidade de atenção secundária do Sistema Único de Saúde - SUS, de ambos os sexos. O cálculo amostral deu-se a partir do levantamento dos cadastros no Centro Hiperdia realizados a partir do ano de 2013, ocasião em que o Centro Hiperdia iniciou atendimento conforme critérios preconizados pela SES - MG (MINAS GERAIS, 2010), totalizando 710 indivíduos. Para o cálculo considerou-se um nível de confiança de 95% e prevalência do desfecho de 50%, justificada por se tratar de uma frequência conservadora e que produz uma amostra maior. A margem de erro considerada foi de 5%. O tamanho da amostra foi definido em 232 indivíduos.

Adotaram-se como critérios de inclusão e exclusão:

Critérios de inclusão:

- Indivíduos com 18 anos ou mais, de ambos os sexos.
- Indivíduos referenciados ao Centro Hiperdia, *locos* do estudo, com o diagnóstico de hipertensão confirmado por médico cardiologista responsável pelo atendimento, segundo orientações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010).
- Indivíduos que aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de exclusão:

- Paciente com problemas cognitivos que o impossibilitasse de responder ao questionário (por exemplo: portadores de comprometimento da fala devido acidente vascular cerebral prévio, portadores de demência, indivíduos com surdez e sem uso de

aparelho auditivo e pessoas com incapacidade de compreensão das informações).

Aos usuários que utilizaram o serviço do Centro Hiperdia por mais de uma vez no período avaliado (junho a dezembro de 2013) aplicou-se o questionário em apenas uma das consultas, ou seja, cada participante respondeu ao instrumento de coleta de dados uma única vez.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta dos dados foi realizada no Centro Hiperdia de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unimontes e concordância institucional do Centro Hiperdia de Brasília de Minas, MG, e da Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes.

Assegurou-se o anonimato e confidencialidade das informações provenientes deste estudo, sendo utilizadas exclusivamente para fins científicos e para o planejamento de ações no Centro Hiperdia do município estudado.

Para realização do processo de mestrado dois projetos foram executados no Centro Hiperdia, sendo que cada um deu origem a um produto científico desta dissertação. Os projetos foram aprovados junto ao CEP / Unimontes sob os pareceres consubstanciados nº 226.732/2013 e nº 223.736/2013 (ANEXOS A e B) e contaram com fomento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais - Fapemig.

3.4 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados foi aplicado pelo pesquisador e médico cardiologista do Centro Hiperdia de Brasília de Minas, após estudo piloto para adequações metodológicas. O estudo piloto foi conduzido com 10 usuários do Centro Hiperdia, não integrantes do estudo principal.

Aplicou-se um questionário contendo questões acerca das características socioeconômicas e demográficas que caracterizam a população em estudo, instrumentos para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso (BATALLA-MARTÍNEZ *et al.*, 1984) e dois

instrumentos para avaliar a qualidade de vida: o WHOQOL-bref (THE WHOQOL GROUP, 1995) e o Minichal (BADIA *et al.*, 2002), nas versões validadas no Brasil (APÊNDICE A). Foram também analisados dados clínicos dos pacientes (altura, peso e níveis de pressão arterial) coletados no momento da entrevista, que ocorreu anteriormente à consulta médica. Os valores de pressão arterial anotados foram aferidos por técnicas padronizadas, durante a consulta médica, segundo orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso utilizou-se o Teste de Batalla (BATALLA-MARTÍNEZ *et al.*, 1984). O teste mensura a adesão ao tratamento medicamentoso com base no conhecimento da doença pelo usuário. O instrumento foi, originalmente, proposto para avaliar o conhecimento acerca da hipertensão arterial sistêmica, mas devido a alta correlação entre adesão e conhecimento o teste passou a ser usado como preditor da adesão ao tratamento (BATALLA-MARTÍNEZ *et al.*, 1984).

O teste conta com três perguntas: As duas primeiras: "A hipertensão é doença para toda a vida?" e "A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos?" Ambas com possibilidade de resposta "sim" ou "não". A terceira pergunta compreende "Citar dois órgãos que podem ser afetados pela pressão elevada", considerando-se apenas os órgãos alvos (coração, cérebro, rins, vasos e olhos), como resposta correta. Os usuários que acertaram todas as questões do teste foram classificados como cumpridores do tratamento medicamentoso (BATALLA-MARTÍNEZ *et al.*, 1984), ou seja, aderentes ao tratamento. São considerados não aderentes ao tratamento aqueles que responderam incorretamente pelo menos uma questão.

Os instrumentos de coleta de dados para avaliar qualidade de vida foram o WHOQOL-bref (THE WHOQOL GROUP, 1995) validado no Brasil por FLECK *et al.*, (2000) e o Minichal (BADIA *et al.*, 2002) validado no Brasil por SCHULZ *et al.*, (2008). Ressalta-se que o Minichal é um instrumento específico para indivíduos com diagnóstico de hipertensão.

Para avaliar a qualidade de vida, inicialmente, foi desenvolvido pela OMS um instrumento com 100 questões (WHOQOL-100), e conforme necessidade de instrumentos curtos, que demandassem pouco tempo para preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref (THE WHOQOL GROUP, 1995). O instrumento abreviado é composto por duas questões gerais de qualidade de vida e 24

questões que abrangem os seguintes domínios: físico (sete perguntas), psicológico (seis perguntas), relações sociais (três perguntas) e meio ambiente (oito perguntas).

Nesse sentido, o WHOQOL-bref é composto por 26 questões: a primeira avalia a qualidade de vida e a segunda refere-se à satisfação do indivíduo com seu estado de saúde. As questões de número 3 à 9 referem-se à presença de dor, tratamento médico, aproveitamento da vida, sentido da própria vida, concentração, segurança e o ambiente físico em que vivem. As perguntas de número 10 a 14 estão relacionadas ao quanto a pessoa tem se sentido capaz ou se tem sido capaz de realizar algumas atividades; as perguntas de 15 a 25 questionam a satisfação com vários aspectos da vida, como sono, o desempenho nas atividades diárias, na capacidade para o trabalho, nas relações pessoais, na vida sexual, o apoio que recebe dos amigos, sobre o lugar em que habita, o acesso ao serviço de saúde e também ao meio de transporte. A última pergunta refere-se às experiências com sentimentos negativos. Após a pontuação obtida com os valores das respostas para o conjunto de questões de cada domínio, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida. (FLECK *et al.*, 2000).

O outro instrumento utilizado, o Minichal-Brasil, contém 16 questões de múltipla escolha organizadas em dois domínios: Estado Mental (dez questões) e Manifestações Somáticas (seis questões). Em adição, possui uma questão para avaliar como a hipertensão e o seu tratamento têm influenciado na qualidade de vida. O paciente deve responder às questões fazendo referência aos últimos sete dias. As respostas dos domínios estão distribuídas em uma escala de frequência do tipo Likert e tem quatro opções de respostas: de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). A pontuação máxima para o Estado Mental é de 30 pontos, e para as Manifestações Somáticas é de 18 pontos. Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, considerando o conjunto das questões, melhor a qualidade de vida. A questão 17, avalia a percepção do impacto da HAS e seu tratamento na qualidade de vida. Essa questão não se inclui em nenhum dos dois domínios do Minichal-Brasil (SCHULZ *et al.*, 2008).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio do programa *Software Package for Social Sciences* (SPSS® for Windows, version 22.0), que viabilizou a construção de tabelas e gráficos, a fim subsidiar a análise e reflexão dos resultados obtidos, em resposta aos objetivos propostos nesta pesquisa.

Na análise do WHOQOL-bref, a frequência de distribuição das respostas às 26 questões foi expressa em valor percentual, nos grupos aderentes e não aderentes à medicação, permitindo descrição de cada faceta, embasado no estudo de Miranzi *et al.*, (2008), que avalia a qualidade de vida de indivíduos com hipertensão e diabetes *mellitus*. Em adição, calculou-se o escore de cada domínio, do WHOQOL-bref, com base na escala de 4 a 20.

Análises bivariadas foram realizadas por meio da comparação de proporções das questões do WHOQOL-bref com a aderência medicamentosa, pelo teste qui-quadrado de Pearson. A comparação dos escores dos Domínios e das questões que avaliam a qualidade de vida em geral, do WHOQOL-bref, entre os grupos aderentes e não aderentes ao protocolo medicamentoso, efetuou-se pelo teste Mann Whitney.

Na análise do Minichal-Brasil, calcularam-se as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central e separatrizes dos dois domínios, estado mental e manifestações somáticas. Análises bivariadas de correlação foram conduzidas entre as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos entrevistados com os dois domínios. Realizou-se a comparação das médias dos domínios entre os grupos de "hipertensos" e "hipertensos/diabéticos", pelo teste t de *student*. O nível de significância assumido foi de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%.

4 PRODUTOS CIENTÍFICOS

Têm-se como produtos científicos desta dissertação de mestrado dois artigos: "Relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em Centro Hiperdia de Minas Gerais, Brasil" e, "Qualidade de vida de hipertensos assistidos em Centro de Atenção Secundária em Saúde de município do norte de Minas Gerais, Brasil." O primeiro artigo foi formatado para submissão ao periódico Arquivos Brasileiros de Cardiologia - QUALIS B1 (interdisciplinar) e o segundo para Revista Ciência e Saúde Coletiva – QUALIS A2 (interdisciplinar).

Em adição, aos produtos científicos, cabe destacar o produto técnico desenvolvido a partir da reflexão dos resultados dos trabalhos: reformulação da Ficha de Referenciamento ao Centro Hiperdia (APÊNDICE B).

4.1 ARTIGO 1

Relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em Centro Hiperdia de Minas Gerais, Brasil

Relationship between quality of life and medication adherence among hypertensive patients in Centro Hiperdia of Minas Gerais, Brazil

Título curto: Qualidade de vida e adesão medicamentosa

Resumo:

Fundamentos: O controle da hipertensão envolve cumprimento da proposta terapêutica. A dificuldade na adesão medicamentosa é um problema de saúde pública.

Objetivo: Analisar a relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em um serviço público de atenção secundária em saúde.

Métodos: Estudo transversal, com inclusão de 232 hipertensos. Investigou-se o perfil sociodemográfico, a qualidade de vida, a compreensão da doença e adesão medicamentosa. As análises foram efetuadas entre os grupos aderentes e não aderentes à medicação, considerando o nível de significância de 5%.

Resultados: Os participantes com maior compreensão da doença foram considerados aderentes aos medicamentos (81%). Esse grupo obteve melhor qualidade de vida no Domínio meio ambiente ($p < 0,05$), que avalia acesso às informações, aos serviços de saúde e a recurso financeiro. No Domínio psicológico, são aderentes à medicação aqueles que melhor aproveitam a vida, apresentam maior capacidade de concentração e aceitação da aparência física ($p < 0,05$).

Conclusão: Existem aspectos relevantes na relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa. O conhecimento desses contribui para o manejo clínico dos hipertensos, para além do ato de prescrição medicamentosa, a partir do conceito biopsicossocial de saúde.

Descritores: Hipertensão, qualidade de vida, adesão ao tratamento

Abstract:

Background: Hypertension control involves compliance with the proposed therapy. The difficulty in medication adherence is a public health problem.

Objective: To analyze the relation between quality of life and adherence to medication regimen among hypertensive treated at a public health service in secondary care.

Methods: A transversal study included 232 hypertensive. Investigated the sociodemographic profile, quality of life, the understanding of disease and medication adherence. Analyses were made between adherent and non-adherent to medication groups, considering the level of significance of 5%.

Results: Participants with greater understanding of the disease were considered adherent to medication (81%). This group presented better quality of life in the environment domain

($p < 0.05$), which assesses access to information, health services and financial resource. In the psychological domain, those who are adherent to medication prove the best enjoy life, have greater ability to concentrate and acceptance of physical appearance ($p < 0.05$).

Conclusion: There are important aspects in the relationship between quality of life and medication adherence. The knowledge of these contributes to the clinical management of hypertension, beyond the act of prescriptions from the biopsychosocial concept of health.

Descriptors : Hypertension, Quality of life, Adherence to treatment

Apoio: Fapemig

Introdução

A adesão à terapêutica da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é compreendida como o grau de concordância entre o comportamento do sujeito, em tratamento, e a recomendação do profissional de saúde¹. A não adesão inclui a dificuldade no tratamento medicamentoso, e é considerado problema de saúde pública. A prevalência desse problema varia de 15 a 93%², conforme metodologia adotada na pesquisa e outros fatores, tais como qualidade de vida. Nesse sentido, Krousel-Wood *et al.* (2004) elaboraram um modelo teórico explicativo para baixa adesão à prescrição medicamentosa, demonstrando a relação entre falta de conhecimento e pior qualidade de vida³.

Com relação ao fator qualidade de vida, a Organização Mundial de Saúde a define como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”⁴. E no que diz respeito ao fator conhecimento, nas doenças crônicas como hipertensão, compreender o quadro de saúde, sintomas e controle da doença pode influenciar na adesão medicamentosa⁵. Indivíduos com mais conhecimento sobre a HAS apresentam pressão arterial controlada⁶.

Nessa perspectiva, da falta de conhecimento da doença e não adesão ao esquema terapêutico, Batalla *et al.*⁷ propuseram um teste que corrobora a teoria de Krousel-Wood *et al.*³. O teste de Batalla ao medir o conhecimento em relação à doença infere se o sujeito é aderente ou não aos medicamentos prescritos para hipertensão, sendo o maior conhecimento correspondente à maior adesão⁷.

Tem-se como hipótese desta pesquisa que, a pior qualidade de vida relaciona-se com a falta de conhecimento acerca da hipertensão arterial e baixa adesão medicamentosa. Neste

artigo o que se propõe é analisar a relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa entre hipertensos assistidos em serviço público de atenção secundária em saúde.

Métodos

Trata-se de estudo com abordagem quantitativa e desenho transversal, realizado junto ao Centro Hiperdia, localizado no município de Brasília de Minas, no norte de Minas Gerais, Brasil, com área de abrangência correspondente a 16 municípios e população estimada em 234.588 pessoas⁸.

Tal serviço foi instituído por meio do Programa Hiperdia Minas, em 2010, conforme Resolução da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG)⁹. O Programa tem a missão de coordenar a estruturação da rede de atenção à saúde da população com hipertensão arterial, diabetes *mellitus* (DM), doenças cardiovasculares e doença renal crônica, por meio de um sistema regionalizado e integrado de ações em saúde.

O Hiperdia trata-se, portanto, de Centro de Atendimento Secundário da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), do Estado de Minas Gerais, com os critérios para encaminhamento de pacientes seguindo normatização da SES-MG⁹.

A amostra do estudo constituiu-se de hipertensos, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos municípios de abrangência do Centro Hiperdia e encaminhados de Unidades de Atenção Básica de Saúde. Para definir o tamanho da amostra adotou-se o cálculo a partir de uma população de 710 cadastros, de adultos e idosos, no Hiperdia estudado, considerando o erro amostral de 5%, intervalo de confiança 95% e prevalência do desfecho (não adesão medicamentosa) 50%, justificada pela variação apresentada na literatura. O tamanho amostral foi definido em 232 pessoas. A pesquisa foi conduzida no segundo semestre de 2013, sendo os usuários avaliados em apenas uma das consultas cardiológicas, ou seja, cada participante respondeu ao instrumento de coleta de dados uma única vez, até atingir o tamanho da amostra. O instrumento foi aplicado pelo pesquisador, que é médico do Hiperdia, após estudo piloto com 10 usuários do serviço.

Adotou-se um questionário contendo questões de características socioeconômicas e demográficas, o teste de Batalla⁷ para verificar o conhecimento acerca da HAS e adesão ao tratamento medicamentoso e o instrumento WHOQOL-bref⁴ para avaliar a qualidade de vida dos hipertensos.

O teste proposto por Batalla-Martinez *et al.*⁷ possui três perguntas, que mensuram a adesão medicamentosa para hipertensão, com base no conhecimento do paciente sobre sua doença. Foram considerados aderentes aqueles que responderam corretamente todas as questões. O instrumento foi, originalmente, proposto para avaliar o conhecimento acerca da HAS, mas devido a alta correlação entre adesão e conhecimento o teste passou a ser usado como preditor da adesão ao tratamento.

O WHOQOL-bref foi proposto pela Organização Mundial de Saúde⁴ e validado no Brasil por Fleck *et al.*¹⁰. O questionário é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e 24 questões que abrangem quatro domínios: físico (sete perguntas), psicológico (seis perguntas), relações sociais (três perguntas) e meio ambiente (oito perguntas). Todas as questões oferecem cinco opções de respostas, em escala de Likert. Após a pontuação obtida com os valores das respostas para o conjunto de questões de cada domínio, quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida¹⁰. A frequência de distribuição das respostas às 26 questões foi expressa em valor percentual, nos grupos aderentes e não aderentes à medicação, permitindo descrição de cada faceta. Calculou-se o escore de cada domínio com base na escala de 4 a 20.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa *Software Package for Social Sciences* (SPSS® for Windows, version 22.0). A associação entre o teste de Batalla⁷ e questões relacionadas à qualidade de vida¹⁰ embasou-se no modelo teórico de Krousel-Wood *et al.*³, que considera a pior qualidade de vida e a falta de conhecimento como fatores relacionados à baixa adesão à prescrição medicamentosa³. As cinco respostas de cada uma das questões do WHOQOL-bref foram categorizadas conforme situação considerada favorável ou desfavorável, por exemplo, para a questão "como avalia sua qualidade de vida?" respostas bom/muito bom ficaram na categoria "favorável" e muito ruim/ruim/nem ruim nem bom na categoria "desfavorável". Desse modo para todas as questões do WHOQOL-bref agruparam-se as respostas em duas categorias de análise, ou seja, as variáveis foram dicotomizadas. Análises bivariadas foram conduzidas por meio da associação entre as questões do WHOQOL-bref com adesão medicamentosa, pelo teste qui-quadrado de *Pearson*. Os escores médios dos Domínios do WHOQOL-bref e das duas questões que avaliam a qualidade de vida em geral foram comparados entre os grupos aderentes e não aderentes ao protocolo medicamentoso, pelo teste *Mann Whitney*, devido a ausência de normalidade dos dados verificada pelo teste *Kolmogorov-Smirnov* ($p < 0,05$). Para todos os testes estatísticos, assumiu-se o nível de significância de 5% ($p < 0,05$) e o intervalo de confiança de 95%.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, parecer nº 226.736/2013. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a participação voluntária na pesquisa.

Resultados

Participaram do estudo 232 usuários do Centro Hiperdia, sendo a maioria do sexo feminino (71,1%). A média de idade foi 60 anos ($\pm 13,37$). A cor predominante foi parda (69,0%). A maioria era composta por casados/união estável (59,9%) e com uma média de renda familiar mensal igual a R\$976,75 ($\pm 565,42$). Verificou-se que 44,8% dos participantes, além da hipertensão apresentavam também diabetes *melittus*, contudo, a aderência medicamentosa foi considerada apenas para os medicamentos para controle da hipertensão.

Em relação ao conhecimento dos entrevistados acerca da hipertensão arterial sistêmica, pelo teste de Batalla, o presente estudo mostrou que a maioria acertou todas as questões, sendo considerada então aderente ao tratamento medicamento. A questão sobre ser a HAS uma condição para toda a vida, foi respondida incorretamente por 13,4% dos entrevistados. As outras duas perguntas (controle com dieta e/ou medicamento e, citar dois órgãos que poderiam ser afetados pela HAS), foram respondidas incorretamente por 5,6% e 6,0% dos participantes, respectivamente (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos pesquisados que responderam corretamente aos questionamentos do teste de Batalla. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.

Questões	n	%
A hipertensão arterial é doença para toda vida?	201	86,6
A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou medicamento?	219	94,4
Cite 2 órgãos que podem ser afetados pela pressão elevada.	218	94,0
Adesão	188	81,0

Na associação entre cada item do WHOQOL-bref e aderência medicamentosa, identificou-se no Domínio Físico, entre os que precisam muito pouco / nada de algum tratamento médico para levar sua vida diária, 90,9% são aderentes ($p=0,392$); e entre aqueles satisfeitos/muito satisfeitos com a capacidade para o trabalho, 82,6% são aderentes ($p=0,514$). Já, no Domínio Psicológico, a maioria que aproveita bastante/extremamente a vida é aderente ($p=0,042$), os que conseguem se concentrar bastante/extremamente são aderentes ($p=0,047$) e entre aqueles muito/ completamente capazes de aceitar sua aparência física, a maioria aderiu ao protocolo medicamentoso ($p=0,029$) (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref dos domínios físico e psicológico conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.

WHOQOL-bref		Adesão medicamentosa				
		Sim		Não		p*
Facetas do Domínio físico	Resposta	n	%	n	%	
Sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	Extremamente/Bastante/Mais ou menos	95	79,8	24	20,2	0,632
	Muito pouco/nada	93	82,3	20	17,7	
Precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	Extremamente/Bastante/Mais ou menos	178	80,5	43	19,5	0,392
	Muito pouco/nada	10	90,9	1	9,1	
Tem energia suficiente para o seu dia a dia?	Nada/muito pouco/mais ou menos	88	79,3	23	20,7	0,533
	Muito/completamente	99	82,5	21	17,5	
Capaz de se locomover?	Muito ruim/ruim/nem ruim nem bom	65	76,5	20	23,5	0,178
	Bom/muito bom	123	83,7	24	16,3	
Satisfeito com seu sono?	Muito insatisfeito/insatisfeito/nem satisfeito nem insatisfeito	87	83,7	17	16,3	0,359
	Satisfeito/Muito satisfeito	101	78,9	27	21,1	
Satisfeito com sua capacidade de desempenhar as atividades no seu dia a dia?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	81	80,2	20	19,8	0,797
	Satisfeito/Muito satisfeito	106	81,5	24	18,5	
Satisfeito com sua capacidade para o trabalho?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	88	79,3	23	20,7	0,514
	Satisfeito/Muito satisfeito	100	82,6	21	47,7	
Facetas do Domínio psicológico						
Aproveita sua vida?	Nada/muito pouco/mais ou menos	92	76,0	29	24,0	0,042
	Bastante/extremamente	96	86,5	15	13,5	
Sua vida tem sentido?	Nada/muito pouco/mais ou menos	28	71,8	11	28,2	0,107
	Bastante/extremamente	160	82,9	33	17,1	
Consegue se concentrar?	Nada/muito pouco/mais ou menos	80	75,5	26	24,5	0,047
	Bastante/extremamente	108	85,7	18	14,3	
Capaz de aceitar sua aparência física?	Nada/muito pouco/médio	29	69,0	13	31,0	0,029
	Muito/completamente	159	83,7	31	16,3	
Satisfeito consigo mesmo?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	34	77,3	10	22,7	0,480
	Satisfeito/Muito satisfeito	154	81,9	34	18,1	
Tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	Nunca/Algumas vezes/Frequentemente	52	78,8	14	21,2	0,582
	Muito frequente/ Sempre	136	81,9	30	18,1	

*Teste qui quadrado de Pearson

No que se refere ao Domínio Relações Sociais, entre aqueles satisfeitos/muito satisfeitos com suas relações pessoais, 82,0% são aderentes ($p=0,346$). E por último, no Domínio Meio Ambiente, aqueles que relataram ter muito/completamente oportunidades de lazer, 94,6% aderiram à prescrição medicamentosa e aqueles que estão satisfeitos/muito satisfeitos com seus meios de transporte, 85,8% também são aderentes ($p=0,041$) (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref dos domínios relações sociais e meio ambiente conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.

		Adesão medicamentosa				
WHOQOL- bref		Sim		Não		
Facetas do Domínio relações sociais	Resposta	n	%	N	%	p*
Satisfeito com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	24	75,0	8	25,0	0,348
	Satisfeito/Muito satisfeito	164	82,0	36	18,0	
Satisfeito com sua vida sexual?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	75	82,4	16	17,6	0,666
	Satisfeito/Muito satisfeito	113	80,1	28	19,9	
Satisfeito com o apoio que recebe dos seus amigos?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	14	66,7	7	33,3	0,080
	Satisfeito/Muito satisfeito	173	82,4	37	17,6	
Facetas do Domínio meio ambiente						
Sente seguro em sua vida diária?	Nada/muito pouco/mais ou menos	71	76,3	22	23,7	0,136
	Bastante/extremamente	117	84,2	22	15,8	
Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	73	76,8	22	23,2	0,184
	Satisfeito/Muito satisfeito	114	83,8	22	16,2	
Dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	Nada/muito pouco/mais ou menos	171	82,2	37	17,8	0,178
	Muito/completamente	17	81,0	7	29,2	
Quão disponíveis estão as informações que precisa no seu dia a dia?	Nada/muito pouco/mais ou menos	110	79,7	28	20,3	0,533
	Muito/completamente	78	83,0	16	17,0	
Tem oportunidades de atividade de lazer?	Nada/muito pouco/médio	153	78,5	42	21,5	0,022
	Muito/completamente	35	94,6	2	5,4	
Satisfeito com as condições do local onde mora?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	40	78,4	11	21,6	0,591
	Satisfeito/Muito satisfeito	148	81,8	33	18,2	
Satisfeito com o acesso aos serviços de saúde?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	66	78,6	18	21,4	0,471
	Satisfeito/Muito satisfeito	122	82,4	26	17,6	
Satisfeito com seus meios de transporte?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	79	75,2	26	24,8	0,041
	Satisfeito/Muito satisfeito	109	85,8	18	14,2	

* Teste qui quadrado de Pearson

Nas duas questões do WHOQOL-bref, que avaliaram a qualidade de vida geral, constatou-se que entre os que avaliaram sua qualidade de vida como boa/muito boa, 83,5% são aderentes e os que estão muito insatisfeitos/insatisfeitos/nem satisfeitos nem insatisfeitos com sua saúde, 81,6% aderiram à medicação para hipertensão, contudo as associações não foram significativas (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição das respostas às questões do WHOQOL-bref sobre qualidade de vida geral conforme adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.

WHOQOL- bref		Adesão medicamentosa				
		Sim		Não		
Qualidade de vida geral	Resposta	n	%	n	%	P*
Como avaliaria sua qualidade de vida?	Muito ruim/ruim/nem ruim nem bom	107	79,3	28	20,7	0,416
	Bom/muito bom	81	83,5	16	16,5	
Satisfeito com sua saúde?	Muito insatisfeito/insatisfeito/ nem satisfeito nem insatisfeito	80	81,6	18	18,4	0,842
	Satisfeito/Muito satisfeito	108	80,6	26	19,4	

* Teste qui quadrado de Pearson

Avaliaram-se os escores médios de cada Domínio do WHOQOL-bref entre os grupos de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso. No Domínio Meio Ambiente, a média do escore entre os aderentes foi maior ($12,5 \pm 2,0$) em relação aos não aderentes ($p=0,013$). Quanto à qualidade de vida geral, não houve diferença significativa entre os escores médios de aderentes e não aderentes. O menor escore, entre os domínios do WHOQOL-bref foi encontrado para os não aderentes no Domínio Relações Sociais, enquanto para os aderentes foi na qualidade de vida geral, com valores iguais a 4,0. Detectaram-se, no Domínio Relações Sociais, em ambos os grupos, aderentes e não aderentes, a maior pontuação referente à qualidade de vida, 20 pontos (Tabela 5). Contudo, entre os não aderentes, esse valor foi encontrado apenas para uma pessoa, enquanto no grupo de aderentes a situação foi detectada para seis pessoas.

Tabela 5: Escores mínimos (Mín), máximos (Máx), medianos (MD), médios (M) e desvio padrão (DP) dos domínios e qualidade de vida geral do WHOQOL-bref segundo adesão medicamentosa. Centro Hiperdia, MG, Brasil, 2013.

Adesão medicamentosa para hipertensão											
	Sim					Não					
WHOQOL-bref	Mín	Máx	MD	M	DP	Mín	Máx	MD	M	DP	p*
Domínio Físico	6,3	17,1	13,1	12,8	2,2	7,4	16,6	13,1	12,7	2,2	0,673
Domínio Psicológico	5,3	18,7	15,3	14,4	2,3	8,7	18,7	14,3	14,0	2,3	0,086
Domínio Relações sociais	8,0	20,0	16,0	14,9	1,9	4,0	20,0	16,0	14,9	2,7	0,402
Domínio Meio ambiente	6,0	18,0	13,0	12,5	2,0	7,0	15,5	11,7	11,8	2,0	0,013
Qualidade de vida geral	4,0	18,0	14,0	13,3	2,7	8,0	18,0	14,0	13,3	2,8	0,989

*Teste Mann Whitney

Discussão

A maioria dos participantes é do sexo feminino, com média de idade correspondente à faixa etária idosa, no Brasil. Esse resultado está em acordo com o levantamento nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, denominado Vigitel¹¹, que identificou maior prevalência de hipertensão arterial entre mulheres e idosos. Além disso, está em consonância com as informações das VI Diretrizes Brasileiras de HAS¹², com estudo conduzido em município do estado de São Paulo que refere maior prevalência de HAS entre as mulheres após a quinta

década¹³, com pesquisa em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica em cidades nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro¹⁴ e em revisão de literatura sobre a epidemiologia da HAS e da insuficiência cardíaca¹⁵.

O atual estudo foi conduzido em serviço de saúde, ambulatorial, e está de acordo com os resultados da literatura quanto à maior procura de assistência pelo sexo feminino¹⁶. A menor busca dos homens aos serviços de saúde foi avaliada entre indivíduos com diferentes níveis de escolaridade. Gomes *et al.* (2007) demonstraram que, os homens possuem medo da descoberta de doença grave, tem vergonha de exposição corporal diante do profissional e também foi apontada a falta de unidades de saúde específicas para atenção ao homem, como fatores de explicação à baixa procura pelos serviços de saúde¹⁷.

A cor parda foi a predominante entre os hipertensos avaliados neste estudo. Conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹², a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, contudo não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre tal patologia no Brasil.

Em relação à média salarial mensal, familiar, ela representou um valor acima do salário mínimo vigente na época do estudo, cerca de 50% maior. A literatura refere que a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida¹⁸.

Aproximadamente a metade dos hipertensos, desta pesquisa, apresentam também diabetes *melittus* (DM). Essas condições concomitantes são comuns¹⁹. A prevalência de HAS em portadores de DM tipo 2 é maior do que na população em geral, especialmente em pacientes mais jovens. E hipertensos com DM tipo 2 possuem risco duas vezes maior de desenvolver eventos cardiovasculares quando comparados àqueles sem DM¹⁹.

Nesta pesquisa, a análise da adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo, por meio do teste Batalla, mostrou um alto percentual de aderência entre os entrevistados. Trabalho realizado em São Paulo²⁰, também em ambulatório de atenção secundária, mostrou alta adesão medicamentosa (87%). Estes resultados foram superiores à variação estimada pela Organização Mundial de Saúde - OMS (entre 50 e 70%)¹. Na verdade, No Brasil, os resultados da aderência medicamentosa são contrastantes²¹, como os apresentados pela OMS¹. Isto ocorre devido a dificuldade de encontrar iguais resultados em diferentes populações¹ e métodos².

Para tal resultado são possíveis duas hipóteses. Poder-se-ia inferir que o Centro Hipertensão, sendo um serviço de referência a hipertensos de alto risco, deveria contar com indivíduos que pudessem ter uma baixa adesão medicamentosa para tê-los feito chegar à

condição de alto risco cardiovascular. Por outro lado, essa maior aderência poderia ser entendida como um ponto positivo, representando uma maior receptividade às modificações terapêuticas, que seriam neste serviço propostas.

Das três perguntas relacionadas ao teste de aderência, a questão referente a HAS como condição para toda a vida apresentou o maior percentual de erro. Tal fato provavelmente se deve à crença de ser a hipertensão uma doença autolimitada e não uma doença crônica não transmissível, motivando, portanto, suspensão de medicação, por exemplo, após alcance de metas pressóricas ideais. Dessa forma, de acordo com o modelo proposto por Krousel-Wood *et al.*³, a falta de conhecimento sobre a hipertensão, seria um dos pilares para a baixa adesão medicamentosa e às modificações do estilo de vida. Em outro estudo²² constatou-se que os sujeitos da pesquisa não tinham a compreensão clara da cronicidade da HAS, sendo para alguns uma doença que possui cura.

A falta de informação acerca da HAS e de seu tratamento, demonstra que o conhecimento poderia influenciar o comportamento dos sujeitos, ao tomar decisões quanto a seguir ou não o esquema terapêutico prescrito²¹. O desconhecimento sobre a cronicidade da hipertensão, as formas de controle da doença e os órgãos comprometidos pode acarretar falta de adesão e riscos para a saúde²³. Diante da falta de informações sobre a HAS e o tratamento faz-se necessário que profissionais de saúde utilizem linguagem adequada à população, para melhorar a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos.

Na associação entre as variáveis adesão medicamentosa e os tópicos do Domínio Físico, aqueles indivíduos que não precisam de tratamento médico para levar sua vida diária apresentaram maior percentual entre os aderentes. Esta adesão também ocorre entre os que a dor física não impede de fazer o que precisa fazer e entre os satisfeitos com a capacidade para o trabalho ($p=0,514$).

Apesar da HAS ser uma patologia que demanda cuidados, tem-se a hipótese de permitir uma melhor adaptação das pessoas ao longo do tempo, principalmente na falta de comorbidades associadas. Considera-se que, a presença de múltiplas comorbidades requer maior tempo para o cuidado e demanda maior gasto de recursos financeiros com a terapêutica, incluindo deslocamentos, mudanças no estilo de vida, medicações e tratamentos alternativos. Acredita-se que nesta pesquisa aqueles que não precisam de tratamento médico para levar a vida diária são os que não possuem comorbidades, além da HAS. Sendo assim, a adesão medicamentosa passa a contribuir para prevenção dos agravos oriundos da hipertensão, pois o maior percentual de aderentes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo foi entre os que

tinham menos comorbidades, conseqüentemente, menor dependência de outros tratamentos médicos.

Já, em relação à maior adesão para os participantes que responderam maior satisfação com a capacidade para o trabalho, a OMS cita o desemprego como fator relacionado à baixa aderência¹.

O presente estudo, ao relacionar as questões do Domínio Psicológico do WOQOL-bref com adesão medicamentosa identificou adesão entre os que "melhor aproveitam a vida", aqueles com "maior grau de concentração" e os com "melhor capacidade de aceitar sua imagem corporal e aparência". As associações significativas para todos esses fatores representam uma maior identificação do sujeito consigo mesmo, citado em estudo português²³. Este destaca os recursos psicológicos, os conhecimentos, as atitudes, as crenças e as percepções das pessoas relativas aos episódios de doença (anteriores ou atuais) e as expectativas individuais. Configura-se, portanto capacidade fundamental para realização de medidas de autocuidado, incluindo aceitação da doença e consciência da necessidade de tratamento adequado para benefícios próprios²⁴. Há fortes evidências que intervenções, individuais e grupais, para promover o empoderamento das pessoas e capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. Isso significaria fortalecer as pessoas para estabelecer suas metas, participar da elaboração de seus planos de cuidado e identificar e superar as barreiras que se antepõem à sua saúde²⁵.

Além do mais, todos esses itens do Domínio Psicológico podem influenciar na busca de maior compreensão da doença. Quanto maior o conhecimento da pessoa sobre a sua situação, maior a chance de sucesso no tratamento. Isso reflete diretamente em comprometimento efetivo rumo ao autocuidado e mudanças para uma melhor qualidade de vida²⁶.

Em relação ao Domínio Relações Sociais, entre aqueles com "maior satisfação com suas relações pessoais", a maioria é aderente. Apesar de não constatada diferença significativa, essa relação é importante, por reforçar a influência interpessoal, como benefício à adesão medicamentosa, englobando, por exemplo, o reforço positivo de familiares e/ou amigos ou mesmo a vontade de viver para manter-se saudável no desempenho de suas relações. Para o indivíduo é importante poder contar com a colaboração de todos, principalmente dos familiares²⁷. Além do mais, a relação entre os familiares repercute em práticas de autocuidado e cuidados coerentes com a situação de saúde vivenciada²⁸.

E por último, no Domínio Meio Ambiente, os hipertensos que relataram ter as "melhores oportunidades de recreação / lazer" e "maior satisfação com seus meios de

transporte" compuseram em sua maioria o grupo de aderência medicamentosa à HAS. O controle da hipertensão depende do acesso aos serviços de saúde e da adesão ao tratamento²⁹. Por se tratar de estudo com pessoas referenciadas ao Centro Hiperdia, a partir de 16 municípios, ressalta-se a importância do transporte para o acesso às consultas, e tem-se como hipótese que essas consultas estejam motivando as pessoas quanto à aderência dos medicamentos. Até mesmo, porque as consultas oportunizam um maior volume de orientações sobre a hipertensão, para pacientes e familiares, e o maior conhecimento leva à maior adesão medicamentosa.

Outro trabalho³⁰ demonstrou a interferência da distância para o centro médico com a adesão medicamentosa, principalmente para populações com baixo perfil educacional e poder aquisitivo.

Por fim, entre os que caracterizaram a qualidade de vida geral como "boa ou muito boa" detectou-se um maior percentual entre os aderentes. Resultados condizentes, quando o tratamento é adequado, a pressão arterial fica controlada e isso reflete em benefícios na qualidade de vida. Fato concordante com a literatura, a adesão aos medicamentos anti-hipertensivos pode trazer benefícios e melhorar a qualidade de vida³¹. Neste estudo, a autoavaliação quanto à satisfação com a saúde não influenciou na adesão medicamentosa.

Ao avaliar os escores médios de cada Domínio do WHOQOL-bref, entre os grupos de aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, verificou-se que apenas no Domínio Meio Ambiente há diferença significativa, com maior média para os aderentes (12,5±2,0). No Domínio Relações sociais, que trata das relações pessoais, sexualidade e apoio de amigos, a pontuação máxima foi encontrada em pequeno número de pessoas, sendo em 3,2% do total de aderentes. Portanto, cabe refletir acerca desse baixo percentual de indivíduos que atingiram a máxima satisfação com suas relações sociais, pois são 96,8% aderentes que ficaram abaixo da pontuação máxima. Reflexão esta que mostra dados conflitantes com a literatura, que mostra a importância do apoio social, além da relação profissional de saúde e doente³² refletindo em melhores resultados no nível da adesão³³.

Limitações do Estudo

O atual estudo trata-se de uma amostra de serviço público de saúde de Minas Gerais, Brasil, que apresenta, quando comparada com a população de todos os 16 municípios, uma menor variabilidade, o que poderia limitar certos achados, como por exemplo, associações significantes, decorrentes do viés de seleção. Contudo, definiu-se o tamanho da amostra a partir dos cadastros no setor de saúde avaliado neste estudo.

Deve-se levar em conta que a adesão medicamentosa foi inferida a partir do maior conhecimento da doença. Assim, há um possível viés de informação a se considerar que pode atenuar a associação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa. E por fim, a condição de diabetes concomitante à HAS, em quase metade dos participantes, pode ter influenciado, negativamente, nas respostas às questões de qualidade de vida.

Conclusão

Este trabalho oferece um novo dado de conhecimento, no que diz respeito à associação entre adesão medicamentosa para hipertensão e aspectos referentes à qualidade de vida, principalmente no Domínio Meio Ambiente. Explicações plausíveis para essa associação podem ser feitas levando-se em consideração a hipótese deste estudo, supondo-se que os hipertensos que dispõem de falta de acesso a informações, ou seja, menor conhecimento da doença são os menos aderentes. Incluindo-se a esse aspecto, o Domínio Meio Ambiente aborda também questões acerca do acesso aos serviços de saúde e recurso financeiro, fatores que podem comprometer a adesão terapêutica.

Bezerra *et al.*²⁰ cita que a não aceitação da doença e a vontade de abandono do tratamento, podem ser devido a dificuldades vivenciadas pelo indivíduo, como por exemplo, dificuldades no acesso ao serviço e autopercepção de que não é portador de doença crônica.

Os resultados evidenciam a importância dos estudos epidemiológicos na busca da relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa, no sentido de compreender as associações e, assim, orientar o manejo do caso clínico, para além do ato de prescrição medicamentosa. Nesse último aspecto, vale a pena reforçar a necessidade dos profissionais adotarem um conceito biopsicossocial de saúde, no exercício da profissão, conscientizando-se dos fatores que podem estar associados à não adesão terapêutica. Portanto, entre as ações profissionais devem-se estabelecer metas para ampliar o grau de conhecimento dos usuários dos serviços de saúde acerca da HAS enquanto uma doença crônica, os fatores de risco e esquema terapêutico, para diminuir os níveis pressóricos e prevenir os agravos. Como sugestão para futuros estudos, ressalta-se a importância em se investigar, em estudos longitudinais, os efeitos da adesão medicamentosa na melhoria da qualidade de vida.

Referências

1 World Health Organization (WHO). Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva; 2003.

- 2** Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010; 6(12): 2389-98.
- 3** Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current Opinion in Cardiology*. 2004; 19: 357-62.
- 4** The WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995; 41(10): 1403-9.
- 5** Saraiva KIRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VLO. Processo de Viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. *Texto contexto Enferm*. 2007; 16(1): 63-70.
- 6** Wizner B, Gryglewska B, Gasowski J, et al. Normal blood pressure values as perceived by normotensive and hypertensive subject. *J Hum Hypertens*. 2003; 17:87-91.
- 7** Batalla A, Blanquer R, Ciurana M, García M, Jordi E, Pérez A. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Aten Primaria*. 1984;1:185-91.
- 8** IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. [acesso em 14 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- 9** Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES / MG, Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010 – “Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências”. [acesso em 21 de junho de 2014]. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf
- 10** Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. 2000; 34(2): 178-83.
- 11** Brasil. Ministério da Saúde. MS/SVS/CGDANT - VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico [Internet]. Brasília. [acesso em 20 de junho de 2014]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/g02.def>.
- 12** VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol* 2010; 95(1 Supl 1): I-III.
- 13** Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card*. 2008; 91(1): 31-5.
- 14** Martinez MC, Latorre MRDO. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87: 471-9.

- 15** Lessa I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Rev Bras de Hipertens*. 2001; 8: 383-92.
- 16** Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc saúde coletiva*. 2002; 7(4): 687-707.
- 17** 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 homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007 Mar; 23(3): 565-74.
- 18** Conen D, Glynn RJ, Ridker PM, Buring JE, Albert MA. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *Eur Heart J*. 2009; 30: 1378-84.
- 19** Curb JD, Pressel SL, Cutler JA, et al. Effect of diuretic based antihypertensive treatment on cardiovascular disease risk in older diabetic patients with isolated systolic hypertension. Systolic Hypertension in the Elderly Program Cooperative Research Group. *JAMA* 1996; 276: 1886-92.
- 20** Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev. Bras Enferm*. 2014; 67(4): 550-5.
- 21** Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(7):1885-92.
- 22** Mantovani MF, Ulbrich EM, Pinotti S, Giacomozzi LM, Labronici LM, Sarquis LMM. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(3):336-42.
- 23** Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adesão à terapêutica medicamentosa em idosos diabéticos. *Rev Rene*. 2013; 14(2):394-404.
- 24** Dias AM, Cunha M, Santos A, Neves A, Pinto A, Silva A, Castro S. Adesão ao regime terapêutico na Doença Crônica: Revisão da Literatura. *Millenium*. 2011; 40:201- 19.
- 25** Wagner EW. The changing face of chronic disease care. In: Schoeni, PQ - *Curring the system: stories of change in chronic illness care*. Washington/Boston, The National Coalition on Health Care/The Institute for Healthcare Improvement, 2002.
- 26** Veiga Jardim PCB. Adesão ao tratamento anti - hipertensivo: modelos de estudo. In: Nobre Fernando, Pierin Angela MG, Mion JR. *Décio. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão*. São Paulo: Lemos Editorial. 2001; p.57- 68.
- 27** Goes ELA, Marcon SS. A convivência com a hipertensão arterial. *Acta Sci*. 2002; 24(3):819-29.
- 28** Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Souza ACC, Silva DB. Validação de conteúdo das dimensões constitutivas da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP*, 2013; 47(5):1077-83.

- 29** Alencar PN, Geraldo PAM. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; 101(3): 65-73.
- 30** Voils CI, Steffenes DC, FLint EP, Bosworth HB. Social Support and locus control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2005; 13(2): 157-65
- 31** Bremner AD. Antihypertensive medication and quality of life: silent treatment of a silent killer? *Cardiovasc Drugs Ther.* 2002; 16(4):353-64.
- 32** Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCG, Trindade EMV. Adesão a Tratamentos entre Idosos. *Comunicação em Ciências da Saúde.* 2007; 18(1):57-67.
- 33** Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2003; 8(3): 775-82.

4.2 ARTIGO 2

Qualidade de Vida de Hipertensos assistidos em Centro de Atenção Secundária em Saúde de município do norte de Minas Gerais, Brasil.

Quality of Life in Hypertensive Patients at a Center of secondary health care in a municipality in northern Minas Gerais, Brazil.

Resumo

Introdução: No Brasil, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte, sendo a hipertensão a maior responsável por esse índice de mortalidade. As complicações da hipertensão e os efeitos adversos dos medicamentos são fatores impactantes na qualidade de vida dos indivíduos.

Objetivo: Analisar a qualidade de vida de hipertensos em um Centro Secundário de Atenção à Saúde.

Métodos: Estudo transversal, com 232 hipertensos. Investigou-se a correlação entre o perfil sociodemográfico, econômico e clínico com qualidade de vida, avaliada pelo Minichal-Brasil. O nível de significância considerado foi 5% e intervalo de confiança 95%.

Resultados: A maioria dos participantes era mulheres (71,1%). Mais da metade dos pacientes relatou que a hipertensão e o tratamento da mesma afeta negativamente a qualidade de vida. As correlações mostram uma pior qualidade de vida para os maiores valores de pressão arterial sistólica ($p=0,006$) e para as menores rendas *per capita* mensais ($p=0,042$), no domínio manifestações somáticas. A diabetes concomitante com hipertensão não piorou a qualidade de vida dos pesquisados.

Conclusão: A hipertensão e seu tratamento influenciam na qualidade de vida. Menores renda e maiores valores de pressão sistólica foram correlacionados à pior qualidade de vida entre os hipertensos.

Descritores: Epidemiologia, Hipertensão, Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: In Brazil, cardiovascular diseases are the leading cause of death and hypertension is considered the most responsible for this rate. Complications of hypertension and adverse effects of drugs are factors impacting the quality of life of individuals.

Objective: To assess quality of life of hypertensive patients in a Secondary Center of Health Care.

Methods: Transversal study with 232 hypertensive. It was investigated the correlation between sociodemographic, economic and clinical profile with quality of life, assessed by Minichal-Brazil. The level of significance was 5% and 95% confidence interval.

Results: Most participants were women (71.1%). More than half of patients reported that hypertension and its treatment affect negatively the quality of life. The correlations show a worse quality of life for the higher values of systolic blood pressure ($p=0.006$) and the lowest monthly *per capita* incomes ($p=0.042$) in the somatic symptoms domain. Concomitant diabetes with hypertension did not worsen the quality of life of respondents.

Conclusion: Hypertension and its treatment influence the quality of life. Lower income and higher systolic blood pressure were correlated with poorer quality of life among hypertensive patients.

Descriptors: Epidemiology, Hypertension, Quality of Life

Apoio: Fapemig

Introdução

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte, segundo dados da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, em 2010.¹ Sendo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais frequente das DCV e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como o acidente vascular cerebral (AVC) e o infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal.² Tem-se que, as complicações da HAS e os efeitos adversos dos medicamentos anti-hipertensivos são os principais fatores que impactam na qualidade de vida dos hipertensos.³

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, estando aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Está relacionada aos elementos que a sociedade considera como padrão de conforto e bem-estar, variando com a época, os valores, os espaços e as diferentes histórias, com foco na promoção da saúde.^{4, 5}

Na perspectiva de alcançar uma melhor qualidade de vida para os portadores de hipertensão, estruturou-se o Centro Hiperdia com atendimento interdisciplinar, na atenção secundária em saúde, em concordância com o novo modelo de atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Dessa forma, neste trabalho, aventa-se a hipótese de que o hipertenso assistido no Centro Hiperdia não tem percepção negativa da qualidade de vida.

Este trabalho objetivou analisar a qualidade de vida de hipertensos assistidos em um Centro Secundário de Atenção à Saúde.

Métodos

O estudo apresenta abordagem quantitativa e desenho transversal, tendo sido realizado junto aos usuários do Centro Hiperdia, localizado no município de Brasília de Minas, no norte de Minas Gerais, Brasil, com área de abrangência correspondente a 16 municípios e população estimada em 234.588 pessoas.⁶

O Hiperdia constitui Centro de Atendimento Secundário da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado de Minas Gerais, instituído em 2010, para atenção especializada a hipertensos e diabéticos de alto risco cardiovascular, além de portadores de doença renal crônica. Os critérios para encaminhamento de pacientes seguem a normalização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).⁷

A amostra do estudo foi constituída por hipertensos, com idade igual ou superior a 18 anos, residentes nos municípios de abrangência do Centro Hiperdia e encaminhados de Unidades de Atenção Básica à Saúde. O tamanho da amostra foi definido por cálculo amostral, a partir dos 710 cadastros de adultos e idosos, no Hiperdia, considerando o erro amostral de 5%, intervalo de confiança 95% e prevalência do desfecho 50%, por se tratar de uma frequência conservadora e que produz um “n” maior e considerando que o estudo principal abordou diferentes desfechos, além da qualidade de vida. O cálculo amostral resultou em 232 hipertensos. A pesquisa foi conduzida no segundo semestre de 2013, sendo os usuários avaliados em apenas uma das consultas cardiológicas, ou seja, cada participante respondeu ao instrumento de coleta de dados uma única vez, até atingir o tamanho da amostra. O instrumento foi aplicado pelo pesquisador e médico do Hiperdia, após estudo piloto com 10 usuários do referido serviço.

Para mensurar a qualidade de vida utilizou-se o Mini-questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial – Minichal-Brasil. Ele é composto por 17 itens e dois domínios. As respostas das questões estão distribuídas em uma escala do tipo Likert e com quatro opções de respostas, de 0 (Não, absolutamente) a 3 (Sim, muito). Nessa escala, quanto mais próximo de 0 estiver o resultado, melhor a qualidade de vida. O domínio estado mental é composto por nove questões, com pontuação máxima de 27 pontos. Já, o domínio manifestações somáticas contém sete questões, totalizando 21 pontos. O participante responde às questões fazendo referência aos últimos sete dias. A questão 17 avalia a percepção do impacto da hipertensão e tratamento na qualidade de vida e não é incluída nos dois domínios.⁸ O Minichal foi, originalmente, desenvolvido para ser autoadministrado, porém neste estudo, assim como no realizado por Melchior *et al.*⁹ em razão da baixa escolaridade dos entrevistados, aplicou-se o instrumento por meio de entrevista estruturada.

O tratamento estatístico dos dados foi realizado no programa *Software Package for Social Sciences* (SPSS® for Windows, version 22.0). Calcularam-se as frequências absolutas e relativas, as medidas de tendência central e separatrizes dos dois domínios, estado mental e manifestações somáticas, do Minichal-Brasil. Análises bivariadas de correlação de Pearson

foram conduzidas entre as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos entrevistados com os dois domínios, estado mental e manifestações somáticas. Realizou-se a comparação das médias dos domínios entre os grupos de "hipertensos" e "hipertensos/diabéticos", pelo teste t de *student*. Em adição, nesses dois grupos, a percepção geral de saúde (questão 17 do Minichal) foi comparada pelo teste qui quadrado de Pearson. Para todos os testes estatísticos, assumiu-se o nível de significância de 5% e o intervalo de confiança de 95%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes, parecer nº 226.732/2013. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorizando a participação voluntária no mesmo.

Resultados

O estudo contou com a participação de 232 usuários do Centro Hiperdia, todos com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, sendo a maioria mulheres (71,1%). A média de idade foi 60 anos ($\pm 13,37$). A cor predominante foi parda (69,0%). A maioria era composta por casados/amasiados (59,9%). A média de renda familiar mensal foi R\$976,75 ($\pm 565,42$), com valores mínimo e máximo em R\$150,00 e R\$5.000,00, respectivamente.

A tabela 1 apresenta os dados descritivos do Questionário Minichal-Brasil. No domínio estado mental, verificou-se que o "dormir mal" e "sentir-se agoniado e tenso" foram condições detectadas para a maioria dos entrevistados, em diferentes gradações: pouco, médio e muito. Na avaliação do domínio manifestações somáticas, a percepção de "urinar com mais frequência" e a "sensação de adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo" foram detectadas por maior parte dos pesquisados. Por último, a questão 17, que avalia o impacto geral da hipertensão na qualidade de vida do paciente, apresentou 44.0% das respostas como não impactantes, em contraposição à 56,0% que percebem que a hipertensão e o seu tratamento afeta a qualidade de vida, pouco, médio ou muito.

Tabela 1: Valores Descritivos das questões do Minichal – Brasil dos entrevistados no Centro Hiperdia em Brasília de Minas, MG.

Nos últimos 7 dias...	Não, absolutamente	Sim, um pouco	Sim, médio	Sim, muito
Domínio Estado Mental	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1. Tem dormido mal?	100 (43,1)	40 (17,2)	50 (21,6)	42 (18,1)
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?	154 (66,4)	35 (15,1)	23 (9,9)	20 (8,6)
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	179 (77,2)	30 (12,9)	13 (5,6)	10 (4,3)
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?	100 (43,1)	42 (18,1)	39 (16,8)	51 (22,0)
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	79 (34,1)	55 (23,7)	43 (18,5)	55 (23,7)
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?	82 (35,3)	55 (23,7)	52 (22,4)	43 (18,5)
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	40 (17,2)	46 (19,8)	55 (23,7)	91 (39,2)
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?	73 (31,5)	49 (21,1)	40 (17,2)	70 (30,2)
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?	73 (31,5)	60 (25,9)	53 (22,8)	46 (19,8)
Domínio Manifestações Somáticas	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
10. Teve a sensação de que estava doente?	75 (32,5)	66 (28,4)	41 (17,7)	50 (21,6)
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	126 (54,3)	67 (28,9)	19 (8,2)	20 (8,6)
12. Teve inchaço nos tornozelos?	134 (57,8)	51 (22,0)	26 (11,2)	21 (9,1)
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?	78 (33,6)	46 (19,8)	56 (24,1)	52 (22,4)
14. Tem sentido a boca seca?	87 (37,5)	92 (39,7)	27 (11,6)	26 (11,2)
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	104 (45,0)	85 (36,8)	23 (10,0)	19 (8,2)
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?	83 (35,8)	83 (35,8)	38 (16,4)	28 (12,1)
Impacto geral da HAS na qualidade de vida	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?	102 (44,0)	16 (6,9)	32 (13,8)	82 (35,3)

A média do domínio estado mental foi igual a 10,48 ($\pm 5,61$) e do domínio manifestações somáticas foi 6,92 ($\pm 4,05$), sendo o percentil 75 igual a 15 e 9, para cada domínio, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2: Medidas de tendência central e separatrizes dos domínios estado mental e manifestações somáticas do Minichal-Brasil dos entrevistados no Centro Hiperdia em Brasília de Minas, MG.

Medidas	Minichal-Brasil	
	Domínio estado mental	Domínio manifestações somáticas
Mínimo	0,00	0,00
Máximo	26,00	21,00
Média	10,48	6,92
Desvio padrão	5,61	4,05
Moda	10,00	5,00
Percentil 25	6,00	4,00
Percentil 50	10,00	6,00
Percentil 75	15,00	9,00

As correlações entre tempo de diagnóstico da hipertensão com os escores dos domínios estado mental e manifestações somáticas foram positivas: quanto maior o tempo, maiores os escores de ambos os domínios, consequentemente, pior a qualidade de vida. Em relação à idade, quanto maior, menor o escore para os dois domínios, acarretando, portanto, melhor qualidade de vida (Tabela 3). Contudo, foram correlações sem significância estatística.

Na correlação entre dados econômicos e escores dos domínios, evidenciou-se para uma maior renda *per capita* mensal, menores escores para o domínio manifestações somáticas ($p=0,042$), significando, portanto, melhor qualidade de vida. E por último, maiores valores de pressão arterial sistólica correlacionaram-se aos maiores valores de pontuação para o domínio manifestações somáticas ($p=0,006$), representando pior qualidade de vida (Tabela 3).

Tabela 3: Correlação de Pearson entre as características socioeconômicas, demográficas e clínicas dos entrevistados com os domínios estado mental e manifestações somáticas do Minichal-Brasil

Variáveis	Minichal-Brasil			
	Domínio estado mental		Domínio manifestações somáticas	
	r	p	r	p
Tempo de diagnóstico da HAS em anos	0,044	0,510	0,042	0,524
Idade	-0,109	0,098	-0,110	0,094
Anos de estudo	0,044	0,502	-0,046	0,485
Renda familiar mensal	0,004	0,957	-0,128	0,054
Renda <i>per capita</i> mensal	-0,038	0,560	-0,134	0,042
Pressão sistólica (mm Hg)	0,047	0,479	0,179	0,006
Domínio manifestações somáticas	0,400	<0,001	1	-

Entre todos os pesquisados, 44,8% tinham diagnóstico de diabetes *mellitus* (DM), concomitantemente com a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Esse grupo, HAS/DM apresentou menor média do domínio estado mental (10,21) e maior média no domínio manifestações somáticas ($p>0,05$). Tanto no grupo HAS/DM como no grupo HAS, a maioria afirmou que, pouco, médio ou muito, a hipertensão e o seu tratamento impacta na qualidade de vida ($p>0,05$), conforme apresentado na Tabela 4.

Tabela 4: Comparações dos domínios do Minichal-Brasil e do impacto geral da HAS entre os grupos de hipertensos e hipertensos / diabéticos.

Minichal-Brasil				
Condição de saúde	Domínio estado mental		Domínio manifestações somáticas	
	Média (desvio padrão)	p*	Média (desvio padrão)	p*
Hipertensão	10,65(5,769)	0,556	6,87(4,513)	0,778
Hipertensão e Diabetes	10,21(5,444)		7,02(3,458)	

A hipertensão e o tratamento afeta a qualidade de vida?					
Condição de saúde	Não, absolutamente n (%)	Sim, um pouco n (%)	Sim, médio n (%)	Sim, muito n (%)	p**
Hipertensão	59 (46,5)	8 (6,3)	13 (10,2)	47 (37,0)	0,306
Hipertensão e Diabetes	43 (41,7)	8 (7,8)	19 (18,4)	33 (32,0)	

* Teste T *student* ** Teste Qui Quadrado

Discussão

A maioria dos usuários do Centro Hiperdia é do sexo feminino, com média de idade igual a 60 anos, correspondendo à faixa etária limite para a população idosa. De acordo com dados do levantamento Vigitel¹⁰, do Ministério da Saúde, a maior prevalência de hipertensão arterial também foi verificada entre mulheres e idosos. As VI Diretrizes Brasileiras de HAS¹, também mostram maior prevalência de HAS entre as mulheres, após a quinta década de vida.¹¹ Cabe ressaltar também que, as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens,¹² o que pode justificar o maior contingente feminino no Centro Hiperdia.

Em relação à maior prevalência da cor parda entre os hipertensos, as VI Diretrizes de Hipertensão reportam que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, contudo não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre tal patologia, no Brasil.¹

A média de renda familiar mensal dos participantes representou um valor 50% maior do que o salário mínimo vigente à época, contudo há uma grande distância entre os que apresentaram a menor e a maior renda, sendo essa última mais de 30 vezes o valor da menor

renda. Nessa perspectiva, a literatura apresenta que a influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida.¹³

A interpretação da qualidade de vida nos hipertensos, por meio do Minichal, mostra que na análise do domínio estado mental, alterações no sono (relatado como "dormir mal") e situações de estresse mental (descrito como "sentir-se agoniado e tenso") foram relatadas pela maioria dos indivíduos. Na análise do domínio manifestações somáticas, alterações do hábito urinário e a descrição de parestesias em alguma parte do corpo, foram situações mais frequentemente relatadas. Dessa forma, mesmo que os escores médios avaliados para os domínios do Minichal-Brasil, não estejam elevados, representando uma pior qualidade de vida, cabe ressaltar que itens do estado mental e das manifestações somáticas estiveram comprometidos entre os hipertensos. Assim, esses sintomas poderiam representar interferência negativa na qualidade de vida dos indivíduos hipertensos, devido o próprio controle inadequado dos níveis pressóricos (alterações no sono, sensação de agonia e tensão e, parestesias no corpo), como também, devido aos efeitos colaterais das principais medicações anti-hipertensivas (alterações urinárias, por exemplo) ou comorbidades associadas.

No geral, as médias da pontuação para os domínios estado mental (10,48 em 29 pontos) e manifestações somáticas (6,92 em 21 pontos) foram baixas, representando tendência para uma melhor qualidade de vida (valores próximos a zero), apesar do valor máximo do escore ter sido atingido pelo menos em um dos participantes. Ainda confirmando tal tendência, a análise por percentis, mostra valores mais próximos da melhor qualidade de vida para até 75% dos entrevistados.

Na correlação entre tempo de convivência / diagnóstico da HAS e os domínios do Minichal-Brasil, mostra-se uma pior qualidade de vida para o maior tempo de convivência com a doença. Fato este que, mesmo sem relevância estatística, se mostra concordante com os achados de Melchior *et al.*⁹ principalmente no domínio estado mental, e com o estudo de Robbins *et al.*¹⁴, principalmente em relação às mulheres. Entretanto, o estudo de Youssef *et al.*³, mesmo que analisando parâmetros adicionais, não encontrou relação com significância estatística entre tempo de diagnóstico de hipertensão e qualidade de vida. Caberia portanto em estudos posteriores, buscar um contingente maior de participantes, para que esta relação seja melhor explicada na população hipertensa do Norte de Minas Gerais.

O atual estudo identificou que, quanto maior a idade dos participantes melhor a qualidade de vida. Resultado concordante com o estudo de Grimm *et al.*¹⁵, que observou uma melhor qualidade de vida em idosos. Fato este contraditório na literatura, onde Melchior *et al.*⁹ reportaram não haver nenhuma correlação entre qualidade de vida e faixa etária, Youssef

*et al.*³ relataram melhor qualidade de vida em indivíduos mais jovens e Andrade *et.al*¹⁶, que em estudo conduzido com indivíduos hipertensos idosos, não conseguiu apontar associação significativa entre idade mais avançada e pior qualidade de vida.

Houve relação estatisticamente significativa entre a maior renda *per capita* mensal e melhor qualidade de vida para o domínio manifestações somáticas ($p=0,042$). Esses dados estão de acordo com estudos na China¹⁷, na Suécia¹⁸ e no Brasil¹⁹

Infere-se, portanto, que há uma real influência da acessibilidade ao tratamento e à compra de medicamentos, apesar de contarmos, no Brasil, com um plano de saúde nacional público, o SUS,²⁰ que deveria garantir o direito à saúde.

Os resultados deste trabalho demonstram que, para maiores valores de pressão arterial sistólica, houve aumento do escore no domínio estado mental, apesar de não significativo, enquanto no domínio manifestações somáticas a correlação foi positiva e significativa. Os dados poderiam sugerir que as lesões orgânicas, advindas de maiores valores pressóricos, acarretariam uma maior influência na percepção dos sintomas somáticos, por parte dos entrevistados.

A presença de diabetes *mellitus* associado, não piorou a qualidade de vida nos dois domínios. No mesmo sentido, outra pesquisa²¹ conduzida no estado brasileiro do Pará, também não mostrou relação entre comorbidades e o nível de qualidade de vida de hipertensos.

Por fim, a maioria dos entrevistados, de ambos os grupos, HAS e HAS/DM, relataram que a hipertensão e o tratamento dessa afetaria pouco, médio ou muito a sua qualidade de vida. Tal fato reflete a importância dos Centros Hiperdia no estado de Minas Gerais, justificando o atendimento interdisciplinar necessário para o manejo de pacientes com situações complexas de saúde.

O levantamento da qualidade de vida por meio de respostas a um questionário, pode acarretar possíveis vieses de informação e de memória. No sentido de amenizar esses vieses, as informações se referiram aos últimos sete dias anteriores à data da entrevista, e essa foi realizada em ambiente reservado e com cada participante, por vez, para reduzir possíveis constrangimentos oriundos das perguntas. Em adição, o delineamento do estudo transversal não permite tirar conclusões de causa e efeito, a partir das associações apresentadas.

Conclusão

O estudo expos correlações significativas no âmbito do domínio manifestações somáticas, entre melhor qualidade de vida e maior renda *per capita* mensal e, pior qualidade

de vida entre indivíduos com níveis pressóricos mais elevados; além de linearidade com o domínio estado mental, sugerindo que a pior qualidade de vida para um domínio representa uma pior qualidade de vida para o outro. Sendo assim, a qualidade de vida das pessoas hipertensas apresentou relação com características econômica e clínica, sem correlação com as características demográficas (idade) e sociais (escolaridade). Outro resultado interessante, a comorbidade diabetes não impactou, negativamente, na qualidade de vida do hipertenso. De modo geral, a qualidade de vida, tanto no domínio estado mental como nas manifestações somáticas, apresentou baixo escore, o que significa autopercepção positiva da condição de saúde, mesmo sendo a maioria dos participantes classificados como de alto risco cardiovascular.

A análise positiva da qualidade de vida entre os hipertensos caracteriza-se como estímulo aos gestores e profissionais de saúde para continuidade aos enfrentamentos das barreiras para o pleno funcionamento das atividades propostas aos hipertensos, no nível secundário da saúde pública. Isso porque, faz-se necessário manter o modelo de atenção adequado às condições crônicas, com assistência integral e de forma integrada aos diferentes níveis da rede SUS, minimizando, assim, o impacto negativo da hipertensão sobre a qualidade de vida das pessoas.

Os dados encontrados reportam uma abordagem transversal, sendo necessário, estudos prospectivos e de alcance longitudinal, que permitam avaliar mais satisfatoriamente a relação entre o modelo de atenção do Centro Hiperdia e a melhora na qualidade de vida de seus usuários, a partir de avaliações iniciais, no ato da inscrição e após um certo período de tratamento e acompanhamento no Hiperdia.

Referências

- 1 VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 Suppl 1): I-III.
- 2 Badia X, Roca-Cusachs A, Dalfó A, Gascón G, Abellán J, Lahoz R, et al. Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Clin Ther. 2002; 24(12): 2137-54.
- 3 Youssef RM, Moubarak II, Kamel MI. Factors affecting the quality of life of hypertensive patients. East Mediterr Health J. 2005; 11(1-2):109-18.
- 4 Buss, PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc Saúde Colet. 2000; 5(1):163-77.
- 5 Saraiva KIRO, Santos ZMSA, Landim FLP, Lima HP, Sena VLO. Qualidade de vida de

indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto contexto – enferm.* 2008; 17(4):672-9.

6 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>

7 Resolução SES / MG, Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010 – “Institui o Programa Hiperdia Minas e dá outras providências”. Governo do Estado de Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde [internet]. 2010 [citado em 21 jun. 2014] disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Resolucao%202606_10.pdf

8 Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Himós F, Toni PM. Validation of the short form of spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brasil). *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90(2): 139-44.

9 Melchior AC, Correr CJ, Pontarolo R, Santos FOS, Souza RAP. Qualidade de vida em pacientes hipertensos e validade concorrente do Minichal-Brasil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010; 94(3):357-64.

10 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

11 Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card.* 2008; 91(1):31-5.

12 Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva.* 2002; 7(4):687-707.

13 Conen D, Glynn RJ, Ridker PM, Buring JE, Albert MA. Socioeconomic status, blood pressure progression, and incident hypertension in a prospective cohort of female health professionals. *Eur Heart J.* 2009; 30(11):1378-84.

14 Robbins MA, Elias MF, Croog SH, Colton T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosom Med.* 1994; 56(3):251-6.

15 Grimm RHJ, Grandits GA, Cutler JA, et al. Relationships of quality-of-life measures to long-term lifestyle and drug treatment in the treatment of mild hypertension study. *Arch Intern Med.* 1997; 157(6):638-48.

16 Andrade JMO, Rios LR, Teixeira LS, Vieira FS, Mendes DC, Vieira MA, *et al.* Influência de fatores socioeconômicos na qualidade de vida de idosos hipertensos. *Ciênc. saúde coletiva.* 2014; 19(8): 3497-3504

17 Wang R, Zhao Y, He X, et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health.* 2009; 123(8):534-9.

18 Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. *J Clin Epidemiol.* 2001; 54(2):172-81.

- 19** Magnabosco P. Qualidade de vida relacionada à saúde do indivíduo com hipertensão arterial integrante de um grupo de convivência. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo; 2007.
- 20** Carvalho MV, Siqueira LB, Souza ALL, Jardim PCBV. A Influência da Hipertensão Arterial na Qualidade de Vida. *Arq Bras Cardiol.* 2013; 100(2): 164-74.
- 21** Alves M, Brito F, Lima L, et al. A Qualidade de Vida de Pacientes Hipertensos em uma Estratégia Saúde da Família, Ananindeua - Pará. *Gestão e Saúde.* 2013; 4(1): 1659-71.

5 CONCLUSÕES

Dados novos referentes à adesão medicamentosa e qualidade de vida de hipertensos foram obtidos com este trabalho. Como produtos científicos foram produzidos dois artigos, o primeiro relacionando qualidade de vida com adesão medicamentosa e o segundo, uma análise da qualidade de vida pelo Minichal-Brasil e correlação com perfil sociodemográfico, econômico e clínico do hipertenso.

No artigo número 1, constatou-se que 19% dos hipertensos não são aderentes aos medicamentos anti-hipertensivos. A relação entre aderência e qualidade de vida foi identificada no Domínio Meio Ambiente do WHOQOL-bref evidenciando associação entre acesso às informações, aos serviços de saúde e aos recursos financeiros com adesão terapêutica. Reforça, pois, a necessidade de educação em saúde para os usuários, além da importância de se criar mecanismos que possam melhorar o acesso à saúde, por exemplo, tornar efetivo o sistema de transporte disponibilizado pelo SUS, na garantia do acesso aos serviços especializados àqueles referenciados de outros municípios. Garantir o direito à saúde sugere contribuir na adesão ao tratamento. No Domínio Psicológico, a adesão medicamentosa foi relacionada à maior capacidade de concentração e aceitação da aparência física. Situações que podem conduzir à auto estima e motivar o indivíduo a adotar comportamentos mais saudáveis, tais como disciplina na tomada de medicamentos prescritos, necessários ao controle da hipertensão.

Os resultados evidenciam a importância dos estudos epidemiológicos na busca da relação entre qualidade de vida e adesão medicamentosa, no sentido de compreender as associações e, assim, orientar o manejo da gestão do caso clínico, para além do ato de prescrição medicamentosa. Nesse último aspecto, vale a pena reforçar a necessidade dos profissionais adotarem um conceito biopsicossocial de saúde, no exercício da profissão, conscientizando-se dos fatores que podem estar associados à não adesão terapêutica.

A contribuição do artigo 2 se refere à análise da qualidade de vida pelo Minichal-Brasil, instrumento específico para hipertensos. Os resultados demonstraram associações entre pior qualidade de vida com níveis elevados de pressão arterial sistólica e com menores renda *per capita* mensal, além da constatação que a hipertensão e tratamento afetam, negativamente, a qualidade de vida. Quanto ao fator clínico, maior pressão arterial sistólica, pode-se pensar em melhorar a qualidade de vida por meio de orientações acerca do tratamento para hipertensão e ferramentas de motivação para se alcançar o controle dos valores pressóricos. Nessa perspectiva o artigo 2 reforça os achados do artigo 1, visto que a maior pressão sistólica

sugere falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, e essas duas variáveis se relacionaram com a pior qualidade de vida.

Cabe aos profissionais exercer o papel de promotores de saúde, reforçando junto aos usuários do Hiperdia a importância da aderência medicamentosa no combate à hipertensão e na busca de melhor qualidade de vida.

Portanto, há de se considerar que os dados encontrados reportam uma abordagem transversal, sendo necessários, estudos prospectivos e de alcance longitudinal, que permitam avaliar, com mais propriedade, a relação entre o modelo de atenção do Centro Hiperdia e a melhora na qualidade de vida e adesão medicamentosa de seus usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho foi de fundamental importância para melhor compreensão do público alvo do local de minha atuação profissional, conduzindo-me a maior envolvimento com a proposta do Programa Hiperdia Minas, conforme a Resolução SES Nº 2606 de 2010.

O conhecimento de dados sociodemográficos, econômicos e clínicos, além das informações advindas da análise da qualidade de vida e adesão medicamentosa dos usuários do Centro Hiperdia, possibilitou a análise reflexiva e crítica da assistência no setor de referência para hipertensos.

As informações relevantes adquiridas, a partir das pesquisas desenvolvidas, no processo de mestrado, foram sociabilizadas com os trabalhadores da rede SUS. Nessa perspectiva, durante as visitas Operacionais e Oficinas promovidas pela equipe de trabalhadores do Centro Hiperdia (médico, enfermeira, gerente, assistente social dentre outros profissionais), os resultados científicos foram contextualizados com os integrantes das equipes de Atenção Primária dos municípios da microrregião São Francisco-Brasília de Minas (Figuras 7 a 12).

Em adição, outra contribuição técnica importante, foi a reformulação da Ficha de Referenciamento de pacientes ao Centro Hiperdia, baseada no maior entendimento da situação atual, exposta pelos dados do estudo (APÊNDICE B).

E por fim, durante o processo de mestrado também foram apresentados vários trabalhos em eventos científicos e resumos em anais de congressos, com premiação de um dos trabalhos no Congresso Brasileiro de Bioética, em Florianópolis (APÊNDICE C).

Figura 7 - Visita Operacional em Icarai de Minas, MG, Brasil



Fonte: Arquivo próprio

Figura 8 - Visita Operacional em Icarai de Minas, MG, Brasil



Fonte: Arquivo próprio

Figura 9 - Visita Operacional em Japonvar, MG, Brasil.



Fonte: Arquivo próprio

Figura 10 - Visita Operacional em São Francisco, MG, Brasil



Fonte: Arquivo próprio

Figura 11 - Visita Operacional em São Romão, MG, Brasil



Fonte: Arquivo próprio

Figura 12 - Visita Operacional em Ibiracatu, MG, Brasil



Fonte: Arquivo próprio

REFERÊNCIAS

1. ALVES-JÚNIOR, A.C. *Consolidando a Rede de Atenção às Condições Crônicas: Experiência da Rede Hiperdia Minas Gerais*. Brasília-DF, 2011, 22p.
2. BADIA, X.; ROCA-CUSACHS, A.; DALFÓ A.; GASCÓN, G.; ABELLÁN, J.; LAHOZ, R.; *et al.* Validation of the short form of the Spanish hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). *Clin Ther.* v.24, n.12, p.2137-2154, 2002.
3. BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev. bras. hipertens.*, Ribeirão Preto, v.13, n.1, p.35-38, jan./mar. 2006.
4. BATALLA, A.; BLANQUER, R.; CIURANA, M.; GARCÍA, M.; JORDI, E.; PÉREZ, A. Cumplimiento de la prescripción farmacológica en pacientes hipertensos. *Atención Primaria*. v. 1, n. 4, p.185-191, 1984.
5. BRASIL. Ministério da Saúde, Brasil. *Caderno de Atenção Básica* número 15, Série A. Normas e Manuais Técnicos, 2006. p 9.
6. BRASIL. Ministério da Saúde, Brasil. MS/SVS/CGDANT - *VIGITEL*: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, 2012. [Internet]. Brasília. [acesso em 20 de junho de 2014]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/dh.exe?idb2012/g02.def>.
7. BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciênc Saúde Colet.* v.5, n.1, p.163-177, Jan-Jun, 2000.
8. CARVALHO, M.V.; SIQUEIRA, L.B.; SOUZA, A.L.L.; JARDIM, P.C.B.V. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq. Bras. Cardiol.* v.100, n.2, p.164-174, 2013 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v100n2/v100n2a09.pdf>> Acesso em: 10 mar. 2014
9. DAGOSTINO, R.D. General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation*, v.117, n.6, p.743, 2008
10. FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHAHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L. *et al* Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. *Rev Saúde Pública*. v.34, n.2, p.178-183, 2000.
11. GOMES, C. A. P.; FONSECA, A.L.; MACHADO, M.C.; ROSA, M.B.; FASSY, M.F.; SILVA, R.M.C.; *et. al.* *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Belo Horizonte, Editora da Fundação Ezequiel Dias, 2007. 144p.
12. HAYNES, R.B. Introduction. In: Haynes, R.B.; TAYLOR, D.W.; & SACKETT, (Eds.). *Compliance in Health Care*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press. 1979, p.1-7.

13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 14 mar. 2013.
14. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. *What is diabetes?* [homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006. Disponível em: <<http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>> . Acesso em: 26 fev. 2013.
15. JOHNSON, J. A; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Archives of Internal Medicine*, v. 155, p.1949-1956, 1995
16. KROUSEL-WOOD, M.; THOMAS, S.; MUNTNER, P.; MORISKY, D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Current Opinion in Cardiology*. v.19, p. 357-362, 2004.
17. LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet*, v.8, n.3, p.775-782, 2003.
18. MANSUR, A.P.; FAVARATO D.; SOUZA M.F.M.; AVAKIAN, S.D.; ALDRIGHI, J.M.; CÉSAR, L.A.M.; *et al.* Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol*. v.76, n.6, p.497-503, 2001.
19. MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP – MG, 2009, 848p.
20. MENDES, E.V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da Saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
21. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução SES / MG, Nº 2606 de 07 de Dezembro de 2010*, 2010.
22. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção à Saúde do Adulto*. Conteúdo Técnico da Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. 3ª Edição. Belo Horizonte. 2013, 210p.
23. MIRANZI, S.S.C.; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, M.A.S. Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v.17, n.4, p.672-679. dez. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/07.pdf>> Acesso em: 09 jan. 2014
24. OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – *Cuidados Inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.
25. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes*. Brasília-DF, 2010. 232 p.

26. ROCA-CUSACHS, A.; DALFÓ, A.; BADIA, X.; ARISTEGUI, I.; ROSET, M. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. *J Hypertens*, v.19, n.10, p.1213-1219, 2001
27. ROEL, J.P.; HILDEBRANT, C.L.; GRIMM, R.H.J. Quality of life with nonpharmacologic treatment of hypertension. *Curr Hypertens Rep*, v.3, n.6, p.466-472, 2001
28. SCHRAMM, J.M.A.; OLIVEIRA, A.F.; LEITE, I.C.; VALENTE, J.G.; GADELHA, A.M.J.; PORTELA, M.C.; *et.al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.897-908, nov. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4.pdf> > Acesso em: 23 fev. 2014.
29. SCHULZ, R.B.; ROSSIGNOLI, P.; CORRER, C.J.; LLIMÓS, F.F.; TONI, P.M.; Validação do mini-questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português (Brasil). *Arq. Bras. Cardiol.* v.90, n.2, p.139-144, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v90n2/a10v90n2.pdf> > . Acesso em: 07 Mar. 2013.
30. THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, v. 41, n. 10, p.1403-1409, 1995.
31. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. *Arq Bras Cardiol*, v. 95, n.1 supl.1, p.1-51, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Questionário Semiestruturado para Entrevista

HIPERDIA- 2013	Data do atendimento: ____ / ____ / 2013	Nº ficha ____
----------------	---	---------------

CONDIÇÃO DE SAÚDE E CONTROLE DE CONSULTAS:

(1) Hipertenso (2) Diabético (3) Hipertenso e diabético (4) Nenhum

Avalie seu estado de saúde:

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Regular (4) Boa (5) Muito boa

Há quanto tempo teve diagnóstico de (1) **DM:** ____ anos e/ou (2) **HAS:** ____ anos

Na ocasião desta entrevista: (1) 1ª consulta ou (2) Retorno

Número de consultas no Hiperdia / anual (2013):

Com CARDIOLOGISTA:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.
Com ENDOCRINOLOGISTA:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.
Com ENFERMEIRA:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.
Com NUTRICIONISTA:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.
Com PSICÓLOGA:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.
Com ASSISTENTE SOCIAL:	(0) Nenhuma	Sim, (____) vezes.

QUESTIONÁRIO SÓCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E RELIGIOSO:

	Data de Nasc.: ____ / ____ / ____ Idade: ____ anos
Sexo:	(1) Masculino (2) Feminino
Estado Civil:	(1) Solteiro(a) (2) Casado(a)/Amasiado(a)/União Estável (3) Viúvo(a) (4) Separado(a)/Desquitado(a)
Sua cor é:	(1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena
Escolaridade:	(____) anos de estudo.
Renda Familiar mensal:	R\$ ____ Nº pessoas ____ Renda per capita: R\$ ____
Município onde mora:	(1) Brasília de Minas (2) Campo Azul (3) Ibiracatu (4) Icarai (5) Japonvar (6) Lontra (7) Luislândia (8) Mirabela (9) Patis (10) Pintópolis, (11) São Francisco (12) São João da Ponte (13) São Romão (14) Ubaí (15) Urucuia (16) Varzelândia
Ocupação laboral:	(1) Aposentado (2) Desempregado(a) (3) Do lar (4) Pensionista (4) Outros, atividade desenvolvida: ____
Se aposentado:	(1) idade/tempo de serviço (2) auxílio doença (3) invalidez
Você tem religião?	(1) Não (2) Católica (3) Evangélica (4) Outras: ____

HISTÓRIA PREGRESSA E ESTILO DE VIDA:

Doenças prévias:	(1) Não (2) AVC (3) Dislipidemia (colesterol / triglicérides elevado) (4) Infarto (5) Doença de Chagas (6) Insuficiência Renal (7) Pé diabético (8) Amputações por diabetes (9) Depressão (10) Outras: _____	
Dieta:	Sal: _____ Açúcar: _____ Gordura / Frituras: _____	(1) pouco (2) Sem restrição (1) pouco (2) sem restrição (1) pouca (2) Sem restrição
Prática atividade física: (1) Não (2) Sim	Se sim, qual: (1) Caminhada (2) Bicicleta (3) Natação (4) Academia Periodicidade: _____ dias por semana.	
Etilismo: (1) Nunca (2) Ex-etilista (3) Sim, atualmente.	Se, bebe atualmente, qual bebida: (1) cerveja (2) cachaça (3) uísque (4) vinho (5) Outros: _____ Quantos dias por semana: _____ dias. Quantidade (ml por semana): _____	
Tabagismo:	(1) Nunca (2) Ex-tabagista (3) Sim: Quantidade: __ cigarros por dia ; há __ anos (anos-maço : ____)	
É capaz de lidar com estresse do dia a dia:	(1) quase nunca (2) raramente (3) algumas vezes (4) com relativa frequência (5) quase sempre	

HISTÓRIA FAMILIAR:

Hipertensão:	(0) Não	(1) Pais	(2) Avós	(3) Filhos	(4) Irmãos
Diabetes:	(0) Não	(1) Pais	(2) Avós	(3) Filhos	(4) Irmãos
AVC:	(0) Não	(1) Pais	(2) Avós	(3) Filhos	(4) Irmãos
Infarto:	(0) Não	(1) Pais	(2) Avós	(3) Filhos	(4) Irmãos
Outros:	(0) Não	(1) Pais	(2) Avós	(3) Filhos	(4) Irmãos

DADOS BIOLÓGICOS:

Altura: _____ m	Peso: _____ Kg	IMC: _____
(1) Normal (2) Sobrepeso (3) Obesidade grau I (4) grau II (5) Grau III		
Glicemia Capilar: _____ mg/dl		
P A (consultório, sentado, condições ideais): PAS _____ x PAD _____ mmHg;		

Classificação de Risco Global - Framingham

Categoria	Crítérios Isolados de Alto Risco (SES/MG)
(1) Baixo	(1) Ins. Coronariana (2) Ins. Cardíaca (3) Hipert. VE (4) insuficiência arterial periférica (5) IRC estágio 3 ou mais (6) AVE ou AIT (7) HÁ Resistente (8) Suspeita HÁ Secundária
(2) Moderado	
(3) Alto	

Classificação Diabéticos (Secretaria de Estado da Saúde)

Condição	Critério
(1) Controle metabólico bom	Hb glicada < 7% / Glicemia de jejum < 130 mg/dl
(2) Controle metabólico regular	Hb glicada entre 7e 9% / Glicemia de jejum entre 130 e 200mg/dl
(3) Controle metabólico ruim	Hb glicada > 9% / Glicemia de jejum > 200mg/dl

Ficha de referência preenchida por:	(1) Médico(a) (2) Enfermeiro(a) (3) Outro: _____
Correto referenciamento:	(1) SIM (2) NÃO

ACESSO (TRANSPORTE / MEDICAMENTOS)

Tipo de transporte para chegar ao Hiperdia:	(1) próprio (2) transporte prefeitura (3) ônibus (4) outro, qual: _____
Tem acesso à medicação prescrita?	(1) Sim (2) Não (3) Em parte.

***** QUESTIONÁRIO: **** APENAS PARA HIPERTENSOS**

Adesão Medicamentosa - Compreensão da Doença (Teste de Batalla)

7 – A hipertensão arterial é um doença para toda a vida? (1) Sim (2) Não

8 – A hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos? (1)Sim (2)Não

9 – Cite 2 órgãos que podem ser afetados pela pressão elevada ou pelo diabetes?

(1) Coração (2) Rins (3) Cérebro (4) Olhos/retina (5) Veias/Artérias (6)

Outros: _____

Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF) * PARA TODOS PARTICIPANTES!!!!**

1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem boa (4) Boa (5) Muito boa

2. Quão satisfeito você está com sua saúde?

(1) Muito insatisfeito (2) Insatisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito

(4) Satisfeito (5) Muito Satisfeito

	<i>Nada</i>	<i>Muito pouco</i>	<i>Mais ou menos</i>	<i>Bastante</i>	<i>Extremamente</i>
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5. O quanto você aproveita sua vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
10. Você tem energia suficiente para o seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

15. Quão bem você é capaz de se locomover?

(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem bom (4) Bom (5) Muito bom

	<i>Muito insatisfeito</i>	<i>Insatisfeito</i>	<i>Nem satisfeito nem insatisfeito</i>	<i>Satisfeito</i>	<i>Muito Satisfeito</i>
16. Quão satisfeito você está com seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito você está com sua capacidade de desempenhar as atividades no seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais(amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito você está com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito você está com o acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito você está com seus meios de transporte?	1	2	3	4	5

26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?

(1) Nunca (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (4) Muito frequente
(5) Sempre

****** APENAS PARA HIPERTENSOS...**

Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (*MINICHAL - Brasil*)

Nos últimos 7 dias...	<i>Não, absolutamente</i>	<i>Sim, um pouco</i>	<i>Sim, médio</i>	<i>Sim, muito</i>
1. Tem dormido mal?	0	1	2	3
2. Tem tido dificuldade em manter suas relações sociais habituais?	0	1	2	3
3. Tem tido dificuldade em relacionar-se com as pessoas?	0	1	2	3
4. Sente que não está exercendo um papel útil na vida?	0	1	2	3
5. Sente-se incapaz de tomar decisões e iniciar coisas novas?	0	1	2	3
6. Tem se sentido constantemente agoniado e tenso?	0	1	2	3
7. Tem a sensação de que a vida é uma luta contínua?	0	1	2	3
8. Sente-se incapaz de desfrutar suas atividades habituais de cada dia?	0	1	2	3
9. Tem se sentido esgotado e sem forças?	0	1	2	3

Nos últimos 7 dias...	<i>Não, absolutamente</i>	<i>Sim, um pouco</i>	<i>Sim, médio</i>	<i>Sim, muito</i>
10. Teve a sensação de que estava doente?	0	1	2	3
11. Tem notado dificuldade em respirar ou sensação de falta de ar sem causa aparente?	0	1	2	3
12. Teve inchaço nos tornozelos?	0	1	2	3
13. Percebeu que tem urinado com mais frequência?	0	1	2	3
14. Tem sentido a boca seca?	0	1	2	3
15. Tem sentido dor no peito sem fazer esforço físico?	0	1	2	3
16. Tem notado adormecimento ou formigamento em alguma parte do corpo?	0	1	2	3
17. Você diria que sua hipertensão e o tratamento dessa têm afetado a sua qualidade de vida?	0	1	2	3

APÊNDICE B - Ficha de Referência da Atenção Primária

CENTRO DE REFERÊNCIA INTEGRADO
VIVA VIDA - HIPERDIA / MG

FICHA DE REFERÊNCIA

Nome do paciente:			
Data de nascimento:	Documento Identidade ou CPF:		Cartão SUS:
Endereço:	Nº:	Bairro:	
Município:			
Referência ao Especialista: () CARDIOLOGISTA			
() Hipertenso de alto grau de risco cardiovascular (Escala FRAMINGHAM; Alto risco se: Homens ≥ 15 pontos e mulheres ≥ 18 pontos). (Valor do Framingham: _____ pontos). Diabéticos e hipertensos que têm ou já tenham tido: () insuficiência coronariana ou cardíaca, () hipertrofia ventricular esquerda ou () insuficiência renal crônica, () insuficiência arterial periférica ou () acidente vascular encefálico ou acidente isquêmico transitório. () Suspeita de Hipertensão secundária () Suspeita de Hipertensão arterial secundária.			
Cardiopatia Chagásica de Alto risco: diagnóstico prévio ou recente (duas sorologias positivas) com alterações ao eletrocardiograma + dispnéia aos moderados esforços ou em repouso com: () RX tórax com área cardíaca aumentada () Ecocardiograma com disfunção sistólica do VE ou () presença de aneurisma apical ou () Holter 24h com taquicardia ventricular não sustentada, bradiaritmias ou pausas.			
() ENDOCRINOLOGISTA			
Diabéticos tipo 1 e 2 com controle metabólico ruim: () Hb glicada $> 9\%$ (Especificar valor: _____ %)			
() Interações por complicações agudas nos últimos 12 meses ou () complicações crônicas (micro ou macroangiopatias). Diabéticos e hipertensos que têm ou já tenham tido: () insuficiência coronariana ou cardíaca, () hipertrofia ventricular esquerda ou () insuficiência renal crônica, () insuficiência arterial periférica ou () acidente vascular encefálico ou acidente isquêmico transitório.			
() ANGIOLOGISTA		() NEFROLOGISTA	
Diabéticos e hipertensos com Insuficiência Arterial Periférica .		Diabéticos e hipertensos com Insuficiência Renal Crônica em estágios avançados.	
Exames Realizados (favor especificar os principais):			
Medicação em uso:			
Assinatura / Carimbo do profissional responsável:			
Data da Consulta: ____/____/____		Horário da Consulta:	
Local consulta: Avenida Bias Fortes, nº 1.061 – Bairro Dona Joaquina / Brasília de Minas ; Fone: (38) 3231-2797			
Autorização da Unidade de Saúde / Secretaria Municipal de Saúde (Assinatura / Carimbo):			
Observação: Trazer todos os exames realizados anteriormente e a relação dos medicamentos em uso.			

APÊNDICE C - Trabalhos desenvolvidos durante Mestrado

Resumos expandidos publicados em anais de congressos

PEREIRA, M. L. G. ; MARTINS, L. V. ; FROES, A. F. ; FAGUNDES, K. E. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; COSTA, SIMONE DE MELO . Diabéticos Com Complicações: Distribuição Dos Casos Nas Cinco Regiões Brasileiras. In: 8º Fórum de Ensino-Pesquisa-Extensão-Gestão FEPEG Universidade: saberes e práticas inovadoras, 2014, Montes Claros. 8º Fórum de Ensino-Pesquisa-Extensão-Gestão FEPEG Universidade: saberes e práticas inovadoras. Montes Claros: Unimontes, 2014.

ARAUJO, F. F. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MOREIRA, K. S. ; MENEZES, M. M. ; OLIVEIRA, M. J. L. ; CALDEIRA, A. P. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Hipertensão arterial: adesão medicamentosa e domínio psicológico. In: 8º Fórum de Ensino-Pesquisa-Extensão-Gestão FEPEG Universidade: saberes e práticas inovadoras, 2014, Montes Claros. 8º Fórum de Ensino-Pesquisa-Extensão-Gestão FEPEG Universidade: saberes e práticas inovadoras. Montes Claros: Unimontes, 2014.

Resumos publicados em anais de congressos

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; CALDEIRA, A. P. . Adesão ao uso de medicamentos por hipertensos e diabéticos cadastrados em Hiperdia do norte de Minas Gerais, Brasil. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação, 2014, Vitória, ES. Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p. 115-115.

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTELLI-JUNIOR, H. . Perfil sociodemográfico e econômico: usuários do nível de atenção secundária de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação, 2014, Vitória, ES. Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p. 116-116.

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTELLI-JUNIOR, H. . Avaliação subjetiva e normativa do estado de saúde de usuários de um Hiperdia em Minas Gerais, Brasil. In: Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação, 2014, Vitória, ES. Congresso Brasileiro de Epidemiologia: As fronteiras da epidemiologia contemporânea: do conhecimento científico à ação. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2014. p. 117-117.

Apresentações de Trabalho

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; CALDEIRA, A. P. . Adesão ao uso de medicamentos por hipertensos e diabéticos cadastrados em Hiperdia do norte de Minas Gerais, Brasil. 2014. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTELLI JUNIOR, H. . Perfil

sociodemográfico e econômico: usuários do nível de atenção secundária de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. 2014. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

COSTA, SIMONE DE MELO ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTELLI JUNIOR, H. . Avaliação subjetiva e normativa do estado de saúde de usuários de um Hiperdia em Minas Gerais, Brasil. 2014. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

FROES, A. F. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTINS, L. V. ; PEREIRA, M. L. G. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Complicações advindas da hipertensão e diabetes na microrregião do Centro Hiperdia de Brasília de Minas - Minas Gerais - Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

FROES, A. F. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTINS, L. V. ; PEREIRA, M. L. G. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Hipertensão e diabetes: cadastros de tratamento medicamentoso e complicações em indivíduos residentes no norte de Minas Gerais- Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

PEREIRA, M. L. G. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; FROES, A. F. ; MARTINS, L. V. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Cadastro e distribuição da hipertensão e diabetes por sexo entre os municípios da macrorregião norte de Minas Gerais, Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

FROES, A. F. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTINS, L. V. ; PEREIRA, M. L. G. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Hipertensão e diabetes: cadastros de tratamento medicamentoso e complicações em indivíduos residentes no norte de Minas Gerais, Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

MARTINS, L. V. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; FROES, A. F. ; PEREIRA, M. L. G. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Estratificação de risco da hipertensão: estudo ecológico em municípios do Norte de Minas Gerais, Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

FROES, A. F. ; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; MARTINS, L. V. ; PEREIRA, M. L. G. ; COSTA, SIMONE DE MELO . Complicações advindas da hipertensão e diabetes na microrregião do centro hiperdia de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

BARBOSA, M. C. I.; SANTOS, P. V.; GUIMARAES, M. L. B.; **NOBRE, A. L. C. S. D.**; COSTA, SIMONE DE MELO . Série histórica da prevalência de Diabetes no Brasil entre 2006 a 2010. 2013. (Apresentação de Trabalho/Simpósio).

COSTA, SIMONE DE MELO; **NOBRE, A. L. C. S. D.** ; FREITAS, DANIEL DE MELO; FROES, A. F. . Bioética e rede de atenção no Sistema Único de Saúde: Enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis em microrregião do norte de Minas Gerais, Brasil.. 2013. (Apresentação de Trabalho/Congresso).

COSTA, SIMONE DE MELO; **NOBRE, A. L. C. S. D.**; FROES, A. F. ; FREITAS, DANIEL DE MELO. Bioética, informação em saúde e qualidade de vida: Estudo piloto junto às pessoas convivendo com diabetes e hipertensão. 2013 (Apresentação de Trabalho/Congresso).

ANEXOS

ANEXO A - Parecer Comitê Ética e Pesquisa - Artigo 01

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão da Clínica: Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de usuários hipertensos e diabéticos no Centro Hiperdia de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil.

Pesquisador: SIMONE DE MELO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14316913.2.0000.5148

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 226.736

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

A condução desta proposta de pesquisa envolve parceria entre a Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes e Centro Hiperdia de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de pesquisa quantitativa, observacional, transversal e de cunho analítico.

Os dados serão coletados no Centro Hiperdia junto aos indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos entre os meses de junho a dezembro de 2013. Estima-se um potencial de 500 participantes. A coleta de dados será conduzida em respeito aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O instrumento de coleta de dados será um questionário semi-estruturado contendo questões de condição de saúde e controle de consultas; perfil socioeconômico, demográfico e religião; história pregressa; história familiar; dados biológicos; acesso; adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida. O tratamento estatístico será conduzido no programa SPSS e envolverá análises bivariadas e multivariadas com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os resultados servirão de evidência científica para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no que diz respeito à Gestão da Clínica. Oficinas serão produzidas para reflexão da Gestão da Clínica com a equipe multiprofissional do Centro Hiperdia e usuários.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e a qualidade de vida em hipertensos e diabéticos

Endereço: Av. Dr. Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib

Bairro: Vila Mauricéia **CEP:** 39.401-089

UF: MG **Município:** MONTES CLAROS

Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** maisa.lete@unimontes.br

ANEXO B - Parecer Comitê Ética e Pesquisa - Artigo 02

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MONTES CLAROS -
UNIMONTES

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Determinação social da hipertensão em adultos assistidos no nível secundário da rede pública de atenção à saúde.

Pesquisador: SIMONE DE MELO COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14321713.6.0000.5146

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Montes Claros - UNIMONTES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 226.732

Data da Relatoria: 22/03/2013

Apresentação do Projeto:

A condução desta proposta de pesquisa envolve a parceria entre a Universidade Estadual de Montes Claros, Unimontes e Centro Hiperdia de Brasília de Minas, Minas Gerais, Brasil. A pesquisa é quantitativa, observacional, transversal e de cunho analítico. Os dados serão coletados no Centro Hiperdia junto aos indivíduos hipertensos, com idade igual ou superior a 18 anos, atendidos entre os meses de junho a dezembro de 2013. Estima-se um potencial de 300 participantes na pesquisa. A coleta de dados será conduzida em respeito aos preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O instrumento de coleta de dados será um questionário semiestruturado contendo questões de condição de saúde e controle de consultas; perfil socioeconômico, demográfico, acesso, estilo de vida, dados biológicos e qualidade de vida por duas dimensões, estado mental e manifestações somáticas. O tratamento estatístico será conduzido no programa SPSS e envolverá análises bivariadas e multivariadas com nível de significância de 5% e intervalo de confiança de 95%. Os resultados servirão de evidência científica para avaliar a determinação social da hipertensão nos adultos referenciados para o Centro Hiperdia.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar os determinantes sociais envolvidos na hipertensão arterial sistêmica de usuários do Centro de Referência Secundária em Hipertensão e Diabetes da microrregião Brasília de Minas.

Endereço: Av. Dr Rui Braga s/n-Camp Univers Profº Darcy Rib
Bairro: Vila Mauricéa **CEP:** 39.401-089
UF: MG **Município:** MONTES CLAROS
Telefone: (38)3229-8180 **Fax:** (38)3229-8103 **E-mail:** malsa.lete@unimontes.br