

Percepção da doença e adesão ao tratamento em pessoas com hipertensão associada ou não ao diabetes

Aida Teixeira Sancho¹; Andressa Suelly Saturnino de Oliveira¹; Natasha Marques Frota¹; Daniel Freire de Sousa¹; Tahissa Frota Cavalcante¹

RESUMO

Objetivo: Analisar se a percepção da doença e a adesão ao tratamento diferem em pessoas com hipertensão arterial com e sem associação ao diabetes mellitus. **Método:** Estudo analítico e transversal, com coleta de dados abrangendo todas as regiões do Brasil. Resultou em uma amostra de 236 participantes, que responderam a um questionário online de percepção de doenças (*Brief IPQ*) e de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (QATHAS). A análise estatística foi feita por meio dos testes t para amostras independentes, U de Mann-Whitney, ANOVA, Kruskal-Wallis e coeficiente de correlação de Spearman. **Resultados:** Encontrou-se melhor a adesão ao tratamento daqueles que não bebiam ($p=0,031$), eram ativos no lazer ($p=0,000$) e estavam em uso de polifarmácia ($p=0,000$). A percepção da doença foi pior entre os que fumavam ($p=0,031$) e eram sedentários ($p=0,000$). A percepção da doença foi a mesma independente de se ter o diagnóstico de hipertensão ou de hipertensão associada ao diabetes. A adesão foi melhor entre aqueles com comorbidades ($p=0,002$). **Conclusão:** A adesão foi melhor entre aqueles com diagnóstico das duas doenças. A percepção negativa da doença esteve correlacionada com baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

DESCRITORES

Hipertensão; Diabetes Mellitus; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Percepção; Efeitos Psicossociais da Doença.

INTRODUÇÃO

¹ Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira, Instituto de Ciências da Saúde, Redenção, Ceará, Brasil.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (BRASIL, 2008).

A hipertensão arterial (HA) é uma DCNT de condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais (BARROSO et al., 2020). Considerada um grave problema de saúde pública, estima-se que a HA acometa mais de 1 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos no mundo. No Brasil, dados recentes do Ministério da Saúde mostram que, em 2021, 26,3% da população (*i.e.* mais de 30 milhões de pessoas) tinham a doença e registram tendência de aumento (OPAS, 2023).

Por se tratar de condição frequentemente assintomática, a HA costuma evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos. Ela é o principal fator de risco modificável, com associação independente, linear e contínua para doenças cardiovasculares (DCV), doença renal crônica (DRC) e morte prematura. Associa-se a fatores de risco metabólicos para as doenças dos sistemas cardíaco, circulatório e renal, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (DM) (BARROSO et al., 2020).

O Brasil é o quinto país em incidência de DM no mundo, com 16,8 milhões de doentes adultos (20 a 79 anos), perdendo apenas para China, Índia, Estados Unidos e Paquistão. A estimativa da incidência da doença, em 2030, chega a 21,5 milhões. Assim como a HA, a crescente prevalência de DM, em todo o mundo, é impulsionada por uma complexa interação de fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos. O aumento contínuo se deve, em grande parte, ao aumento do DM tipo 2 e dos fatores de risco relacionados, que incluem níveis crescentes de obesidade, dietas não saudáveis e falta de atividade física. No entanto, os níveis de DM tipo 1, com início na infância, também estão aumentando (BARROSO et al., 2020).

O diagnóstico do DM permite o tratamento adequado e a definição de estratégias de rastreamento de comorbidades e complicações crônicas. Nessa perspectiva, sabe-se que indivíduos com DCNT podem ter comprometimento à saúde física e emocional, com potencial de refletir na sua qualidade de vida. Para que as pessoas com esses agravos mantenham uma qualidade de vida adequada, é importante avaliar as especificidades de cada sujeito no seu contexto, além das formas de enfrentamento e o quanto influenciam na rotina do indivíduo, pois possibilitam ampliar as ações em saúde com vistas a melhorar a qualidade de vida (PASQUETTI et al., 2021).

Dessa forma, as DCNT são alvo de diversas ações de prevenção e tratamento, sendo a farmacoterapia usada para o controle da doença e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, um desafio para o sucesso da farmacoterapia é a adesão ao tratamento recomendado (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2020).

O conceito de adesão é definido como o grau em que o comportamento de uma pessoa – uso de medicamentos, seguimento de dieta prescrita e mudanças no estilo de vida - corresponde e concorda com as recomendações de profissionais de saúde (WHO, 2003). A baixa adesão ao tratamento é um relevante problema de saúde pública e apresenta alta prevalência, não apenas nos países subdesenvolvidos, mas também nos desenvolvidos (BRASIL, 2016).

As taxas de adesão à farmacoterapia são geralmente mais baixas entre pacientes com condições crônicas, em comparação àqueles com condições agudas e são afetadas pela condição socioeconômica do indivíduo. Pobreza, escolaridade e custo dos medicamentos estão entre os fatores socioeconômicos associados à adesão à terapia (DRUMMOND; SIMÕES; ANDRADE, 2020). Desse modo, compreender como as DCNT afetam o organismo e suas complicações a curto, médio e longo prazo, induzem o indivíduo a seguir o tratamento, entretanto, não apenas um fator predispõe à adesão, mas um conjunto de outros fatores (RODACKI et al., 2022).

A detecção precoce dos indivíduos com essas doenças é um dos elementos imprescindíveis para o sucesso do controle, considerando-se que, a partir do diagnóstico, é possível realizar o acompanhamento periódico, com a finalidade de atender de forma integral às necessidades dos grupos sociais de responsabilidade do território (COELHO et al., 2020).

Diante disso, o presente estudo teve como objetivo analisar se a percepção da doença e a adesão ao tratamento diferem em pessoas com HA com e sem associação ao DM.

MÉTODO

Desenho do estudo

Estudo analítico e transversal. Trata-se de estudo derivado da pesquisa "Contribuição da regulação emocional e da percepção da doença para a adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão arterial". Seguiu as diretrizes do STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*).

Local

O cenário da pesquisa foi a internet, com divulgação, recrutamento de participantes e coleta de dados de forma *online*, por meio das redes sociais, de forma pública, Instagram e Facebook. A divulgação da pesquisa foi feita por meio de postagem pública em páginas e grupos do Facebook que tinham como temática a HA. No Instagram, foi feito levantamento de contas sem bloqueio de privacidade, que tinham como temática o HA.

População

A população do estudo foi de pessoas portadoras de HA com e sem DM e a amostra foi selecionada através de critérios de elegibilidade. A técnica de amostragem foi não probabilística, do tipo intencional, tendo em vista que os componentes da população foram escolhidos intencionalmente: os que desejaram participar da pesquisa e responderam aos critérios de elegibilidade, preencheram o instrumento de coleta de dados *online*.

Crítérios de seleção

Foram critérios de inclusão: ter diagnóstico de HA com e sem DM; idade a partir de 18 anos; usar as redes sociais (Instagram ou Facebook); ser alfabetizado. Foram excluídos aqueles cujos instrumentos de coleta de dados estavam com, pelo menos, uma pergunta sem resposta das seções de percepção da doença e adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Esse critério de exclusão foi aplicado pela inviabilidade de obter o resultado dessas variáveis, que se tratam de somatório das respostas. Não responder a uma delas impede que a variável seja analisada de forma correta.

Definição da amostra

O tamanho da amostra foi determinado através do cálculo amostral para população infinita, executado a partir de fórmula para estudos transversais. A proporção utilizada foi 32,3%, pois é a prevalência de HA no Brasil (BARROSO et al., 2020), admitindo uma margem de erro de 6% e um nível de confiança de 95%. Resultou em uma amostra de 236 participantes.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada de janeiro a junho de 2022, por meio de um questionário eletrônico produzido a partir do *Google Forms*. Ocorreu por meio da internet, para permitir a participação de pessoas de qualquer unidade federativa do Brasil. A divulgação do *link* do questionário aconteceu por meio de redes sociais.

O questionário foi dividido em quatro partes, as quais são instrumentos independentes, reunidos para facilitar o preenchimento dos respondentes. São eles: 1) perguntas fechadas para coletar dados sociodemográficos, com intuito de construir uma caracterização da amostra estudada; 2) perguntas relacionadas à doença e ao estilo de vida; 3) aplicação da versão brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*BriefIPQ*); 4) aplicação do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS).

O *BriefIPQ* possui nove itens (exceto a questão causal - item 9) que são respondidos utilizando uma escala de 0 a 10. É composto de cinco itens para avaliação da representação cognitiva da doença: consequências (item 1), dimensão temporal (item 2), controle individual (item 3), controle do tratamento (item 4) e identidade (item 5). Dois itens avaliam a representação emocional: preocupação (item 6) e emoções (item 8). Um item avalia a compreensão da doença (item 7). Para computar os escores, inverte-se os valores dos itens 3, 4 e 7, e adicionam-se os valores dos itens 1, 2, 5, 6 e 8. Os escores variam de 0 a 80 e quanto mais alto o escore, maior a percepção de ameaça da doença (NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016).

A avaliação da representação causal (item 9) é feita por uma pergunta, na qual as pessoas informam os três fatores causais mais importantes associados à etiologia de sua doença, segundo sua interpretação. As respostas relacionadas a esse último item podem ser agrupadas em categorias (por exemplo: estilo de vida, estresse e hereditariedade), sendo, então, calculada a frequência das respostas (NOGUEIRA; SEIDL; TRÓCCOLI, 2016).

O QATHAS é um instrumento de avaliação da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da HA, desenvolvido com base na Teoria de Resposta ao Item. Possui 12 itens, os quais permitem avaliar o usuário quanto ao uso, dose e horário da medicação, sintomas, rotina do tratamento medicamentoso, uso do sal e de gordura, consumo de carnes brancas, doces e bebidas com açúcar, exercício físico, rotina do tratamento não medicamentoso e comparecimento às consultas. Esses itens estão inseridos em três domínios de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: doença/tratamento, usuário e serviço de saúde. Com o preenchimento, não é obtido um

somatório de pontos ou escores, mas, sim, um coeficiente, ou seja, a resposta é um valor do parâmetro estimado para o desempenho daquele respondente. Por tratar-se de cálculo de resposta complexo, realizado com a ajuda de um software, o preenchimento desta parte do questionário será reproduzido no endereço eletrônico (<http://www.qathas.com.br>) que contém o instrumento disponibilizado pela autora. Ao final, o resultado é o nível da escala em que cada respondente está situado. O coeficiente final pode variar de 60 a 110 e, quanto maior o coeficiente, melhor é a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (RODRIGUES; MOREIRA; ANDRADE, 2014).

Análise e tratamento dos dados

Os dados de preenchimento do instrumento *online* foram disponibilizados, pelo Google, em uma planilha no Microsoft Office Excel, gerada em associação ao arquivo do Google *Forms*. Essa planilha foi importada pelo pacote estatístico IBM SPSS Statistics versão 25 para Mac, para proceder à análise descritiva e inferencial.

A análise descritiva contemplou cálculo de frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e de médias (e seus respectivos intervalos de confiança de 95%) e desvios-padrão das variáveis quantitativas. A estatística analítica foi utilizada para buscar associação entre as características dos participantes e o diagnóstico de HA com ou sem DM (quiquadrado de Pearson e razão de verossimilhança). As diferenças dos resultados do *Brief IPQ* e do *QATHAS*, em relação às características dos participantes, foram verificadas por meio dos testes t para amostras independentes, U de Mann-Whitney, ANOVA e Kruskal-Wallis. A análise de correlação entre os resultados do *Brief IPQ* e do *QATHAS* foi feita por meio do coeficiente de Spearman. As variáveis quantitativas foram submetidas à análise de comportamento de distribuição por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. O valor de significância estatística adotado foi $p \leq 0,05$.

Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (Unilab) (CAAE 52915621.0.0000.5576) e aprovado (parecer 5.198.286/2022). Todas as etapas do estudo atenderam às exigências que se encontram estabelecidas na Resolução N° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e no Ofício Circular N° 2/2021/CONEP/SECNS/MS, que versa sobre orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual.

RESULTADOS

Participaram do estudo 236 respondentes, localizados em todas as regiões do Brasil. Predominaram pessoas adultas (200; 84,7%), com média de idade de $48,5 \pm 12,7$ anos, do sexo feminino (200; 84,7%), com companheiro(a) (155; 65,7%), com escolaridade correspondente ao ensino médio (107; 45,3%) e com trabalho remunerado (141; 59,7%). A prevalência de HA associada ao DM, neste estudo, foi 57,3% (n=86).

Foram mais frequentes os participantes que não eram tabagistas (88,6%) ou etilistas (61,9%), e os sedentários (64,0%) e obesos (48,3%). Predominaram aqueles com diagnóstico de HA entre 1 e 5 anos (39,0%) e que tomavam de 2 a 4 medicamentos por dia (55,5%). Entre as características clínicas associadas ao(s) diagnóstico(s), encontrou-se que os participantes diagnosticados, com HA, há mais de 10 anos tinham, também, DM (45,3%; $p=0,003$) e aqueles em polifarmácia também tinham diagnóstico das comorbidades (52,3%; $p=0,000$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características clínicas, de adesão ao tratamento farmacológico e de percepção da doença dos participantes do estudo - Brasil, 2022. n=236

Variáveis	HA	HA + DM	Total	QATHAS	Brief IPQ
	(n=150)	(n=86)		Média±DP	Média±DP
	f (%)	f (%)	f (%)		
Tabagismo					
Sim	19 (12,7)	8 (9,3)	27 (11,4)	91,5 (7,5)	37,9 (10,8)
Não	131 (87,3)	78 (90,7)	209 (88,6)	93,7 (7,8)	33,5 (11,4)
<i>p-valor</i>	0,435*			0,167***	0,031****
Etilismo					
Sim, frequentemente	6 (4,0)	-	6 (2,5)	89,8 (4,5)	35,0 (7,2)
Sim, às vezes	53 (35,3)	31 (36,0)	84 (35,6)	92,0 (6,3)	32,2 (12,3)

Não	91 (60,7)	55 (64,0)	146 (61,9)	94,5 (8,5)	35,0 (10,9)
<i>p</i> -valor	0,170*			0,031*****	0,279*****
Sedentarismo					
Sim	97 (64,7)	54 (62,8)	151 (64,0)	92,1 (7,3)	36,3 (11,2)
Não	53 (35,3)	32 (37,2)	85 (36,0)	95,9 (8,1)	30,1 (10,8)
<i>p</i> -valor	0,773*			0,000****	0,000****
Tempo de diagnóstico de HA					
Menos de 1 ano	14 (9,3)	2 (2,3)	16 (6,8)	96,0 (9,9)	38,3 (11,1)
1 - 5 anos	64 (42,7)	28 (32,6)	92 (39,0)	92,2 (7,2)	32,9 (11,9)
6 - 10 anos	36 (24,0)	17 (19,8)	53 (22,5)	92,6 (8,1)	35,4 (10,5)
Mais de 10 anos	36 (24,0)	39 (45,3)	75 (31,8)	95,0 (7,5)	33,4 (11,4)
<i>p</i> -valor	0,003*			0,052*****	0,179*****
IMC					
Baixo peso	1 (0,7)	-	1 (0,4)	-	-
Peso normal	35 (23,3)	11 (12,8)	46 (19,5)	94,8 (7,3)	32,0 (11,2)
Sobrepeso	41 (27,3)	34 (39,5)	75 (31,8)	93,8 (6,9)	33,2 (11,3)
Obesidade	73 (48,7)	41 (47,7)	114 (48,3)	92,7 (8,5)	35,2 (11,4)
<i>p</i> -valor	0,081**			0,492*****	0,216*****
Quantidade de medicamentos por dia					
1	37 (24,7)	4 (4,7)	41 (17,4)	92,1 (8,3)	30,2 (11,6)
2 - 4	94 (62,7)	37 (43,0)	131 (55,5)	92,0 (6,8)	34,2 (11,4)
5 ou mais	19 (12,7)	45 (52,3)	64 (27,1)	97,3 (8,2)	36,0 (10,9)
<i>p</i> -valor	0,000*			0,000*****	0,050*****

*Quiquadrado de Pearson; ** Razão de verossimilhança; *** Teste t para amostras independentes; **** Teste de Mann-Whitney; *****ANOVA; ***** Kruskal-Wallis

A amostra obteve como resultado do QATHAS $93,5 \pm 7,8$, que reflete o alcance de quase metade dos participantes ao coeficiente 90 do questionário de adesão ao tratamento farmacológico (106; 44,9%). Assim, em relação à adesão, as pessoas, nesse nível, deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos, ao menos uma vez ao mês e reduziram à metade o consumo de sal, gordura, doces e bebidas com açúcar. Por meio da Tabela 1, é possível perceber que foi melhor a adesão ao tratamento anti-hipertensivo daqueles que não bebiam ($94,5 \pm 8,5$; $p=0,031$), eram ativos no lazer ($95,9 \pm 8,1$; $p=0,000$) e estavam em uso de polifarmácia ($97,3 \pm 8,2$ $p=0,000$).

No que concerne ao instrumento de avaliação da percepção da doença (*Brief IPQ*), a média do grupo estudado foi $34,0 \pm 11,4$. Por ser resultado correspondente a menos da metade do somatório máximo do instrumento (80), indica percepção de baixa ameaça imposta pela doença. A percepção da doença foi pior entre os que fumavam ($37,9 \pm 10,8$; $p=0,031$) e eram sedentários ($36,3 \pm 11,2$; $p=0,000$) (Tabela 1).

Em análise detalhada acerca dos resultados do QATHAS e do *Brief IPQ* em relação ao diagnóstico de HA associado ou não ao DM (Tabela 2), verificou-se que, nesta amostra, a percepção da doença foi a mesma independente de se ter o diagnóstico de HA ou das duas doenças ao mesmo tempo ($p=0,165$). Em contrapartida, a adesão foi melhor entre aqueles com HA e DM associadas ($p=0,002$).

Tabela 2 - Adesão ao tratamento farmacológico e percepção da doença dos participantes do estudo - Brasil, 2022. n=236

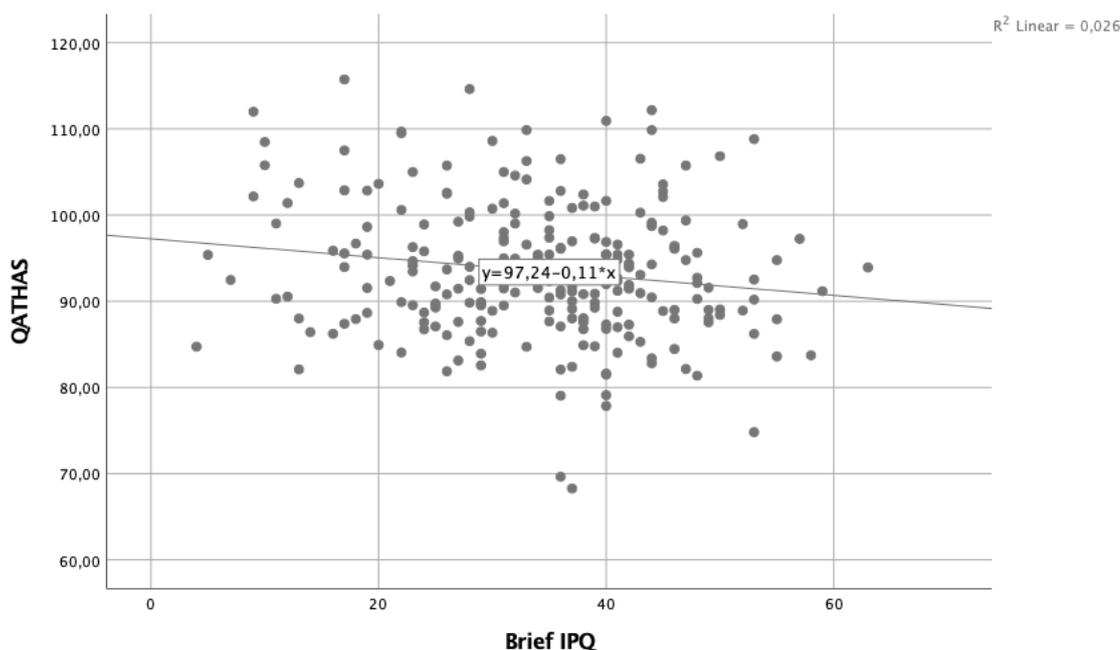
Variáveis	HA (n=150)		HA + DM (n=86)		p-valor*
	Média ± DP	[IC 95%]	Média ± DP	[IC 95%]	
QATHAS	$92,1 \pm 7,2$	[91,0 - 93,3]	$95,8 \pm 8,3$	[94,0 - 97,6]	0,002
Brief IPQ	$33,3 \pm 11,7$	[31,4 - 35,2]	$35,3 \pm 10,8$	[33,0 - 37,6]	0,165

* Teste de Mann-Whitney

Analisou-se se havia correlação entre os resultados do *Brief IPQ* e do QATHAS dos participantes do estudo. Encontrou-se que a correlação foi negativa ($\rho = -0,133$) e

significativa ($p=0,041$) (Gráfico 1). Dessa forma, piores resultados de percepção da doença estiveram correlacionados com resultados de baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Gráfico 1 - Correlação entre os resultados do *Brief IPQ* e do QATHAS dos participantes do estudo - Brasil, 2022. $n=236$



DISCUSSÃO

O presente estudo revelou que a maior parte da amostra estudada tinha HA associada ao DM, mais de 10 anos de diagnóstico de HA e estava em uso de polifarmácia. Por ser uma condição frequentemente assintomática, a HA, quando não controlada, costuma evoluir com alterações em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos, além de associar-se a fatores de risco metabólicos, como o DM (BARROSO et al., 2020). Além do conhecido risco de DM quando já se tem diagnóstico de HA, na amostra desta pesquisa, a associação entre as duas doenças parece responder a outras características clínicas avaliadas, como excesso de peso (sobrepeso/obesidade), que foi identificado em quase 80% dos respondentes.

A prevalência de sobrepeso/obesidade tem aumentado em todo o mundo e é considerado importante fator de risco para a HA. Com o aumento do índice de massa corporal (IMC), o risco de desenvolver DM2 fica mais pronunciado, justificado pelo aumento da resistência periférica à insulina, que, por consequência, aumenta

a glicemia (AGUIAR et al., 2019). A alta frequência de pessoas em polifarmácia (mais da metade dos respondentes) também parece ser reflexo da alta proporção de pessoas com excesso de peso, pela necessidade de incluir novos medicamentos quando não se atingem, com alterações de estilo de vida, as metas terapêuticas de glicemia e pressão arterial.

A adesão à terapia medicamentosa foi relativamente adequada, mesmo que muitos pacientes em polifarmácia, pois demonstrou que, em algum momento, durante o mês, os pacientes deixavam de tomar a medicação no horário correto. Em relação ao tratamento medicamentoso, dialogar com o paciente sobre a adesão a esse tipo de tratamento depende, especialmente, das características da terapia, das condições singulares do paciente, seu relacionamento com a equipe de saúde, qualidade da terapia fornecida pelos profissionais de saúde, assim como as variáveis psicossociais e socioeconômicas (ALBUQUERQUE et al., 2016).

A melhor adesão ao tratamento da HA foi observada entre aqueles que já tinham incorporado, em seu estilo de vida, o abandono do tabagismo e a prática de atividade física. Isso permite inferir que hábitos saudáveis mais complexos, quando adotados, parecem influenciar outros aspectos da adesão. As duas morbidades aqui estudadas apresentam difícil motivação por parte dos pacientes para adesão ao tratamento, em grande medida por constituírem agravos que não apresentam desconforto físico imediato ou risco evidente para o paciente. Dependem, para seu controle, de mudanças no estilo de vida, tais como restrições alimentares importantes e o uso contínuo de medicamentos, para se obter não a cura, mas tão somente a atenuação ou retardo do aparecimento de complicações (ALBUQUERQUE et al., 2016).

Nesta pesquisa, a percepção da doença, de modo global, não foi negativa. Acredita-se que isso possa ter ocorrido devido a mais da metade da amostra conviver com o diagnóstico há alguns anos (mais da metade dos respondentes obteve diagnóstico há mais de cinco anos). Entretanto, as mudanças de hábitos, para aderir ao tratamento, parecem ter influenciado essa percepção, porque a percepção da doença teve um pior desempenho por parte de pessoas que fumavam e que tinham um estilo de vida sedentário. Isso foi demonstrado na análise de correlação entre os dois instrumentos utilizados, indicando que uma percepção negativa da doença implica em baixa adesão ao tratamento farmacológico da HA. Esse resultado reforça que o tratamento farmacológico, sozinho, não é suficiente para o controle de uma doença crônica (KREMER et al., 2022). Outros fatores podem influenciar essa adesão, incluindo aspectos subjetivos, como a percepção que o indivíduo tem sobre a ameaça da doença.

Ainda sobre a percepção da doença, encontrou-se que não houve diferença no diagnóstico de uma ou das duas morbidades estudadas. Acredita-se que isso se deve ao tratamento das duas doenças alcançarem similaridade, com tomada de medicações e alterações de hábitos comportamentais que envolvem alimentação, prática de atividade física e controle do estresse. A adesão, entretanto, foi melhor entre aqueles com as duas doenças diagnosticadas em simultaneidade.

A presença de condições adicionais, como um segundo diagnóstico, pode motivar uma maior conscientização para a adesão ao tratamento, embora apresente desafios adicionais na gestão da HA. Comorbidades, como DM e obesidade, frequentemente apresentam fatores de risco como a HA, o que pode resultar em estratégias de tratamento mais complexas e, por vezes, menos aderentes. No entanto, uma investigação detalhada dessas interações é crucial para desenvolver abordagens terapêuticas e educacionais mais práticas, envolvendo não apenas a hipertensão, mas também suas coexistências potenciais, promovendo assim uma gestão integrada e holística da saúde.

Por fim, ressalta-se que as discussões apresentadas foram feitas considerando as limitações dos resultados descritos. Uma das limitações foi a extensão do instrumento de coleta de dados, que pode ter influenciado negativamente a resposta dos participantes, sobretudo nas perguntas de cunho subjetivo, como as de percepção da doença. Por se tratar de uma pesquisa online, a inclusão de pessoas de diferentes regiões do país, sem estratificação por proporção, pode ter influenciado na heterogeneidade de distribuição dos dados das variáveis quantitativas. Isso ocorre pela exposição ao atendimento de forma diferenciada nos serviços ofertados em redes de atenção à saúde diversas; isso pode influenciar a adesão das pessoas ao tratamento.

CONCLUSÃO

Neste estudo, a percepção foi de baixa ameaça imposta pela doença, independente de se ter o diagnóstico de HA ou de HA associada ao DM. A percepção da doença foi influenciada pelo abandono do tabagismo e pelo sedentarismo. A adesão ao tratamento da HA foi boa e esteve associada ao não etilismo, prática de atividade física e uso de maior quantidade de medicamentos por dia. De forma complementar, encontrou-se que a adesão foi melhor entre aqueles com HA e DM associadas. A percepção negativa da doença esteve correlacionada com baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Assim, ao final desta pesquisa, constatou-se que a simultaneidade dessas doenças apresentou-se como um fator para a melhor adesão ao tratamento. No entanto, a busca por melhores abordagens terapêuticas se faz necessária, a fim de que o paciente entenda a comorbidade que lhe afeta, bem como suas possíveis complicações e seja capaz de manter os riscos controlados.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: MS; 2008. Available from: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_recomendacoes_cuidado_doencas_cronicas.pdf
2. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
3. OPAS - Relatório lançado pela OMS detalha o impacto devastador da hipertensão e as formas de combatê-la - OPAS/OMS | Organização Pan-Americana da Saúde [Internet]. www.paho.org. [cited 2023 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/hypertension-report>
4. Pasquetti PN, Kolankiewicz ACB, Flôres GC, Winter VDB, Trindade LF, Bandeira LR, et al.. QUALIDADE DE VIDA DE USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ASSISTIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Cogitare Enferm [Internet]. 2021;26:e75515. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.75515>
5. Drummond ED, Simões TC, Andrade FB de. Avaliação da não adesão à farmacoterapia de doenças crônicas e desigualdades socioeconômicas no Brasil. Rev bras epidemiol [Internet]. 2020;23:e200080. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200080>
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization; 2003.
7. BRASIL, M. da S. Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas.

- Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia/EVIPNet Brasil, p. 52, 2016.
8. Rodacki M, Teles M, Gabbay M, Montenegro R, Bertoluci M. Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes [Internet]. 2022; Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/?pdf=2436>
 9. Coelho Gomes A, Amanne Medeiros Ribeiro G, Seabra Moraes M, Cristina de Miranda Gonçalves I, de Almeida Gonçalves Sachett J. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em adultos com diabetes tipo 2: DOI: 10.15343/0104-7809.202044381396. Mundo Saude [Internet]. 1º de julho de 2020 [citado 19º de outubro de 2023];44(s/n):381-96. Disponível em: <https://revistamundodasaude.emnuvens.com.br/mundodasaude/article/view/970>
 10. Mendes E. O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA [Internet]. 2012. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf
 11. Bernardi, N. R., da Silva Policarpo, K. R., Gomes, A. A., Rubinho, J. L. M., & de Souza Júdice, W. A. (2023). Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: fatores associados. Revista Eletrônica Acervo Científico, 43, e11842-e11842.
 12. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, Machado CA, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq. Bras. Cardiol. 2021;116(3):516-658.
 13. Reck LL, Silveiro SP, Leitão CB. Tratamento da Hipertensão Arterial no Diabetes Melito. Clin Biomed Res [Internet]. 25º de janeiro de 2011 [citado 16º de novembro de 2023];30(4). Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/17953>
 14. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. Rev bras epidemiol [Internet]. 2017Jan;20(1):16–29. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>
 15. SILVA, T.R.; et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de

- uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Soc., v.15, n.3., São Paulo Sept./Dec., 2006.
Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902006003000>. Acesso em: 16 nov. 2023
16. HENRIQUE, N.N. et al. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n.2, p.168-73, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2023.
17. Albuquerque GSC de, Nascimento B do, Gracia DFK, Preisler L, Perna P de O, Silva MJ de S e. ADESÃO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ANALFABETOS AO USO DE MEDICAMENTO A PARTIR DA PRESCRIÇÃO PICTOGRÁFICA. Trab educ saúde [Internet]. 2016May;14(2):611–24. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>
18. Kremer CMS, Gomes MFP, Santos MS, Carvalho VC dos S, Lazarini CA, Fracoli LA. Percepção de hipertensos e diabéticos sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico [Internet]. Revista Saúde em Redes. 2022 ; 8(2): 131-143.[citado 2023 nov. 16] Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2022v8n2p131-143>
19. Aguiar de Sousa N, da Silva Lima J, Cesário Teixeira T, Braga Linhares C, Lopes Montes JV, Souza Marques JV. FATORES DE RISCO E COMPLICAÇÕES EM DIABÉTICOS/HIPERTENSOS CADASTRADOS NO HIPERDIA. SANARE [Internet]. 31º de maio de 2019 [citado 16º de novembro de 2023];18(1). Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1303>