

Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados

Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors
Prevalencia de no adhesión a la farmacoterapia antihipertensiva y factores asociados

Mayckel da Silva Barreto¹, Isabela Zara Cremonese², Vanderly Janeiro²,
Laura Misue Matsuda¹, Sonia Silva Marcon¹

¹ Universidade Estadual de Maringá, Departamento de Enfermagem,
Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Maringá-PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Exatas, Departamento de Estatística. Maringá-PR, Brasil.

Submissão: 04-11-2014 Aprovação: 18-10-2014

RESUMO

Objetivo: verificar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e sua associação com fatores bio-sócio-econômicos e assistenciais. **Método:** pesquisa descritiva de corte transversal, realizada com 422 indivíduos hipertensos. As informações foram coletadas, por meio de entrevistas domiciliares realizadas entre dezembro de 2011 e março de 2012. **Resultados:** os resultados demonstraram que os entrevistados eram, em sua maioria, do sexo feminino, casados, idosos, com baixa renda familiar e pouco tempo de diagnóstico. Foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso 42,65% dos participantes. Os hipertensos não brancos, com menos de oito anos de estudo, que não frequentavam as consultas médicas; utilizavam mais de duas medicações anti-hipertensivas e que não possuíam plano de saúde apresentaram maiores chances de não aderirem à farmacoterapia. **Conclusão:** esses achados reforçam que hipertensos com características socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de acesso ao serviço necessitam de intervenções diferenciadas, a fim de estimulá-los a aderirem ao tratamento medicamentoso. **Descritores:** Hipertensão; Adesão à Medicação; Perfil de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: the aim of the study was to determine the prevalence of non-adherence to antihypertensive drug treatment and its association with factors bio-socio-economic and welfare. **Method:** it was a descriptive, cross-sectional study, performed with 422 hypertensive individuals. Data were collected through home interviews, conducted between December 2011 and March 2012. **Results:** the results showed that the respondents were mostly female, married, elderly, low income and little time of diagnosis. Were considered non adherent to medication 42.65% of participants. Non-Caucasian hypertensive patients, with fewer than eight years of schooling, who did not regularly attend doctor's appointments, took more than two anti-hypertensive medications and did not have private health insurance, showed higher likelihood of not complying with the drug treatment. **Conclusion:** these findings suggest that hypertensive patients with unfavorable socioeconomic characteristics and difficulty of access to the service require different interventions in order to encourage them to adhere to medication treatment. **Key words:** Hypertension; Medication Adherence; Health Profile; Primary Health Care; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: el objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de la no adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo y su asociación con factores bio-socio-económicos y de asistencia. **Método:** se trata de un estudio descriptivo transversal realizado con 422 hipertensos. Las informaciones fueron recolectadas, por medio de entrevistas domiciliarias realizadas entre diciembre de 2011 y marzo de 2012. **Resultados:** los resultados mostraron que la mayoría de los encuestados eran mujeres, casados, ancianos, de baja renta y poco tiempo del diagnóstico. Se consideraron no adherentes a la medicación 42,65%. Los hipertensos no-blancos, con menos de ocho años de estudio, que no frecuentaban asiduamente las consultas médicas; utilizaban más de dos medicamentos antihipertensivos y que no poseían convenio particular presentan mayores posibilidades de no adherir al tratamiento medicamentoso. **Conclusión:** estos hallazgos sugieren que los hipertensos con situación socioeconómica desfavorable y dificultad de acceso al servicio requieren diferentes intervenciones con el fin de alentarlos a adherirse a la medicación. **Palabras clave:** Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Perfil de Salud; Atención Primaria de Salud; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Mayckel da Silva Barreto E-mail: mayckelbar@gmail.com

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida da população brasileira, que decorre, dentre outros motivos, das modificações na situação econômica, política e sanitária do país, acarretou transformações na incidência e prevalência das doenças, bem como nas principais causas de morte⁽¹⁾. Entre as Doenças Crônicas (DC) que mais modificaram os indicadores de saúde nas últimas décadas, destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) como um importante problema de saúde pública nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, além de ser responsável por um grande número de óbitos em todo o mundo⁽²⁾.

A referida doença é considerada como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações renais e doenças cardíacas e cerebrovasculares, repercutindo fortemente sobre a previdência social, por apresentar altos custos médicos e socioeconômicos, decorrentes, sobretudo das complicações que a acompanha⁽³⁾.

Para exemplificar a magnitude dos agravos da HAS em nosso meio, podemos observar que o estado Paraná apresentou a maior taxa de internações (43 por 10 mil habitantes em 2011), a segunda maior taxa de mortalidade (14,79 por 10 mil habitantes em 2010) e os custos médios com hospitalização mais elevados para as doenças cardíacas e cerebrovasculares da região Sul do Brasil⁽⁴⁾. Sendo assim, com o intuito de se reduzir esses eventos traumáticos para o indivíduo e sua família e consequentemente os custos com o tratamento em níveis mais complexos da assistência, estudos clínicos demonstraram que a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são extremamente importantes⁽³⁾.

Vale ressaltar que, o surgimento dos agravos da doença encontra-se intimamente associado ao controle pressórico insatisfatório e este possui relação direta com a baixa adesão ao tratamento⁽⁵⁾. A não adesão é classicamente considerada como um fenômeno complexo e multideterminado, que impede o alcance dos objetivos terapêuticos e pode constituir-se em fonte de frustração para os profissionais de saúde⁽⁶⁾. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de DC varia de 30% a 50%, sendo mais evidente no tratamento medicamentoso⁽⁷⁾.

Como desencadeadores da não adesão à farmacoterapia os estudos epidemiológicos apontam variados fatores, destacando-se os socioeconômicos como baixa renda e baixa escolaridade⁽⁶⁾ e os assistenciais como o número de medicamentos consumidos e o não comparecimento nas consultas médicas e atividades de grupo⁽⁷⁾.

Pelo fato de a não adesão ser um comportamento multideterminado é necessário investigar os fatores que influenciam diretamente neste processo e o enfermeiro, como elemento chave na assistência à pessoa com HAS na atenção primária, deve (re)conhecer suas características, potencialidades, dificuldades e reais necessidades para que a partir delas, elabore e implemente estratégias de intervenção que favoreçam um maior grau de adesão ao tratamento e o consequente controle dos níveis tensionais. Sendo assim, o presente estudo teve por objetivos: 1) determinar a prevalência da não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo e 2) verificar a

associação da não adesão com fatores bio-sócio-econômicos e assistenciais.

MÉTODOS

Estudo descritivo de corte transversal, realizado junto a indivíduos com HAS de um município da Região Sul do Brasil, o qual possui população aproximada de 357 mil habitantes, assistidos na atenção primária por 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Para os fins desta pesquisa, utilizou-se a área adscrita das 23 UBS localizadas no perímetro urbano do município.

O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pessoas com HAS, cadastradas no município (40.073), considerando-se um percentual de 50% que pudesse apresentar a característica de interesse (não adesão)⁽⁷⁾, com erro de estimativa de 5% e 95% de intervalo de confiança, acréscimo de mais 10% para possíveis perdas, o que resultou em uma amostra de 422 indivíduos, selecionados de forma aleatória e estratificada, com distribuição proporcional do tamanho amostral entre as pessoas com HAS cadastradas em cada UBS.

Como critérios de inclusão no estudo consideraram-se: idade igual ou superior a 18 anos e estar em tratamento medicamentoso há, no mínimo, um ano. Os critérios de exclusão foram: indivíduos com contra indicação de terapia anti-hipertensiva (dois casos) e com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda (quinze casos). Estes, devido às próprias características da doença, tendem a não aderir fielmente à terapêutica, uma vez que, em muitos casos dependem de outras pessoas para a correta tomada dos medicamentos de uso contínuo.

Para a coleta dos dados, primeiramente, obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem dividida por UBS com os dados cadastrais dos indivíduos com HAS (nome, data de nascimento e nome da mãe), que, após, receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico foram determinados aqueles que seriam entrevistados.

Em seguida foi realizado nas UBS o levantamento dos endereços e telefones dos indivíduos sorteados, para então proceder-se à coleta de dados propriamente dita, desenvolvida durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de consulta a prontuários nas UBS e entrevista semiestruturada realizadas no domicílio, com a aplicação de um questionário que contemplava o perfil pessoal, socioeconômico e de acompanhamento à saúde. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia aos critérios de inclusão ou se negou a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista foi convidada a participar do estudo, repetindo-se esta operação por até três vezes.

Para mensurar a não adesão à farmacoterapia utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, intitulado Questionário de Não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias) e o resultado da adesão – no caso, se sua PA estava controlada, o qual já é validado⁽⁸⁾.

O instrumento consta de três perguntas baseadas nos últimos sete dias: 1) Em quais dias da semana o(a) Sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido deste remédio?; 2) Nestes dias, quantos comprimidos o(a) Sr.(a)

deixou de tomar ou tomou a mais?; 3) Como estava sua pressão na última vez que o(a) Sr.(a) mediu?. Vale ressaltar que para cada medicação anti-hipertensiva foram feitas as duas primeiras perguntas, para verificar o modo como o indivíduo usava cada um de seus medicamentos.

As respostas resultaram em uma medida composta, em que foram considerados aderentes somente os indivíduos que relataram ter tomado de 80% a 120% das doses prescritas. Esses valores são obtidos pela multiplicação do número de comprimidos consumidos pelo número de vezes, dividido pelo número de comprimidos prescritos, multiplicado pelo número de vezes. Por fim, o resultado é multiplicado por cem.

A adesão ainda esteve condicionada à tomada adequada, ou seja, sem “feriados” (não tomar qualquer medicamento durante um dia); “troca de horário” (tomar a dose correta, porém em horários errados); “troca de dose” (aumentar ou diminuir a quantidade do medicamento ou entre os medicamentos); “tomada errática” (deixar de tomar os medicamentos em dias e horários variados); “meia adesão” (tomar corretamente um medicamento e outro de maneira incorreta); “abandono parcial” (deixar de tomar um ou mais de seus medicamentos); “abandono” (não tomar nenhuma dose de todos os medicamentos nos últimos sete dias) e; ao relato de que a PA estava normal na última aferição (desfecho clínico).

Optou-se por utilizar o QAM-Q por ser um instrumento abrangente, que abarca três diferentes dimensões do constructo referente à adesão (tomada da dose, comportamento quanto à medicação e desfecho clínico), apresenta a mesma efetividade do uso concomitante de outros instrumentos e possibilita mais facilidade e rapidez na aplicação⁽⁸⁾.

As informações foram digitadas em uma planilha do *Excel for Windows 2007*[®] e posteriormente analisadas com o auxílio

do *software Statistical Analysis System – SAS*[®]. As variáveis de interesse foram dicotomizadas e após, realizou-se a análise descritiva dos dados, apresentada em forma de tabelas de frequência absoluta e relativa. Para verificar a associação das variáveis em estudo com o desfecho de interesse e sua medida de associação foram utilizadas análises estatísticas, por meio do teste não paramétrico *Qui-quadrado* de Pearson, com nível de significância $p < 0,05$ e calculado o Risco Relativo (RR).

O estudo foi desenvolvido em consonância com as diretrizes disciplinadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. O projeto foi apreciado pelo Centro de Capacitação Permanente em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Maringá e aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer: 631/2011). O direito a livre participação e o anonimato foram garantidos aos entrevistados, solicitando-se que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS

Com base na medida combinada do QAM-Q, 180 indivíduos com HAS foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso, representando uma prevalência de não adesão de 42,65%.

Os indivíduos estudados caracterizaram-se por predomínio do sexo feminino (59,48%), casados (68,96%), com baixa renda familiar (82,94%), presença de co-morbidades (61,14%) e pouco tempo de diagnóstico (56,16%). A média da idade manteve-se na sexta década de vida (63,25%), sendo que nenhuma dessas características obteve significância estatística junto ao desfecho de interesse ($p < 0,05$) (Tabela 01).

Tabela 01 - Distribuição das características socioeconômicas e de acompanhamento à saúde de uma população de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico, Maringá-PR, 2012.

Características	Adesão				Total		RR** (IC***)	p
	Não (180)		Sim (242)		n	%		
	n	%	n	%				
Sexo								
Feminino	98	23,22	153	36,26	251	59,48		0,06
Masculino	82	19,43	89	21,09	171	40,52	—	
Idade								
< 60 anos	67	15,99	87	20,76	154	36,76		0,74
≥ 60 anos	111	26,49	154	36,75	265	63,25	—	
Cor da pele								
Branca	115	27,25	181	42,89	296	70,14	1,3 (1,06 – 1,67)	0,01*
Não branca	65	15,41	61	14,45	126	29,86		
Estado Civil								
Com cônjuge	117	27,73	174	41,23	291	68,96		0,12
Sem cônjuge	63	14,93	68	16,12	131	31,04	—	

Continua

Tabela 01 (cont.)

Características	Adesão				Total		RR** (IC***)	p
	Não (180)		Sim (242)		n	%		
	n	%	n	%				
Escolaridade								
≤ 08 anos	126	29.86	142	33.65	268	63.51	1,3 (1,05 – 1,71)	0.01*
> 08 anos	54	12.79	100	23.70	154	36,49		
Renda familiar								
≤ 03 SM****	149	35.31	201	47.63	350	82.94	—	0.88
> 03 SM	30	7.10	42	9.96	72	17.06		
Co morbidades								
Sim	108	25.60	150	35.54	258	61.14	—	0.67
Não	72	17.06	92	21.80	164	38.86		
Tempo de diagnóstico								
≤ 10 anos	102	24.17	135	31.99	234	56.16	—	0.85
> 10 anos	78	18.49	107	25.35	185	43.84		
Comparecimento às consultas								
Sim	148	35.07	227	53.80	375	88.87	1,7 (1,3 – 2,3)	<0.01*
Não	32	7.58	15	3.55	47	11.13		
Número de medicamentos								
≤ 02	138	32.70	214	50.71	352	83.41	1,2 (1,06 – 1,26)	<0.01*
> 02	42	9.96	28	6.63	70	16.59		
Convênio particular								
Sim	60	14.45	105	24.64	165	39.09	1,3 (1,02 – 1,62)	0.03*
Não	120	28.20	137	32.71	257	60.91		

*p-valor significativo para o teste de Qui-quadrado de Pearson; RR**: Risco relativo; IC***: Intervalo de Confiança; SM****: Salários Mínimos do Paraná (≈ R\$736,00).

De modo mais específico, apesar de ser verificada tendência para a não adesão ao tratamento farmacológico dos homens quando comparados às mulheres e dos indivíduos sem companheiro, quando comparados com os que estavam em relação conjugal estável, não houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos ($p = 0.06$) e ($p = 0.12$).

Em relação à cor da pele, observou-se que para grande parte dos entrevistados era branca (70.14%), dos quais 181 (42.89%) foram considerados aderentes ao tratamento medicamentoso. Por sua vez, entre os não brancos a não adesão foi mais frequente (15.41%), notando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos ($p = 0,01$). Com o cálculo do RR pode se constatar que os indivíduos com HAS não brancos tiveram chance 1,3 vezes maior de não aderirem ao tratamento medicamentoso.

No concernente a escolaridade verificou-se que a maioria dos entrevistados possuía baixos níveis educacionais (63.51%) e a não adesão à farmacoterapia foi significativamente mais frequente entre estes ($p = 0,01$). Calculando-se o RR, foi constatado que os indivíduos com HAS que possuíam oito anos ou menos de estudo apresentaram chance 1,3 vezes maior de não aderirem à farmacoterapia.

A presença de co-morbidades crônicas foi encontrada em 258 (61.14%) entrevistados, sendo as mais comuns:

Diabetes mellitus (39.92%), doenças inflamatório reumáticas (23.25%), hipercolesterolemia (16.27%), doenças cardíacas (9.68%) e câncer (4.26%). Porém, a presença de co morbidades não apresentou associação estatística com a não adesão.

Por outro lado, em relação às características de acompanhamento à saúde pode-se constatar que os indivíduos com HAS que referiram não frequentar assiduamente as consultas médicas ($p < 0,01$); utilizar mais de duas medicações distintas para o controle pressórico ($p < 0,01$) e não possuir convênio particular para atendimento à saúde ($p = 0,03$) tiveram respectivamente 1,7; 1,2 e 1,3 vezes mais chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

DISCUSSÃO

Os achados deste estudo evidenciaram aspectos importantes dentre as características dos indivíduos com HAS que devem ser considerados na análise da não adesão ao tratamento. Quantificar adesão/não adesão à farmacoterapia não é tarefa fácil, sendo que as características bio-sócio-econômicas e assistenciais apresentam papel indispensável durante o estudo da população com DC, entre elas a HAS, pois exercem grande influência no seguimento do regime terapêutico^(5,9).

A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso identificada na presente investigação (42.65%) é inferior ao encontrado em um estudo realizado num município brasileiro também da região Sul, o qual utilizando o mesmo instrumento (QAM-Q) obteve prevalência de não adesão de 53.1%⁽⁶⁾. No entanto, é maior do que o encontrado em publicações nacionais⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e internacionais⁽¹²⁾ que utilizaram outros métodos para a identificação da não adesão, que é em torno de 30%.

O número de mulheres entrevistadas neste estudo (59.48%) pode ser considerado elevado. Contudo, a mesma situação foi evidenciada em outras pesquisas que abordam a temática^(1,5,9,13-15). Isto decorre do fato de as mulheres terem maior sobrevivência que os homens e, por conseguinte, estarem mais sujeitas às DC por maior período de tempo e quando se encontram na faixa etária acima dos 60 anos, geralmente, possuem maior percepção das doenças e tendência ao autocuidado, aumentando assim a probabilidade do diagnóstico da HAS⁽¹⁴⁾.

Embora não tenha havido diferenças estatisticamente significativas entre os sexos para a não adesão, historicamente os homens apresentam maior desconhecimento sobre a doença e seu tratamento⁽¹⁶⁾, enquanto que muitas mulheres, por serem aposentadas, donas de casa ou se encontrarem inseridas no mercado de trabalho de maneira informal, possuem maior flexibilidade de tempo para buscarem assistência aos seus problemas de saúde, durante o horário de funcionamento das UBS. Além do mais, as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e desenvolvem maiores relações com o serviço de saúde, primeiramente por estes estarem mais bem preparados para assisti-las do que aos homens e em segundo lugar, pelos próprios atributos e funções reprodutivas da mulher^(5,9,15), o que certamente impacta na maior adesão ao tratamento farmacológico das DC⁽¹⁶⁾.

Outra característica evidenciada na população em estudo foi o fato de grande parte dos entrevistados se enquadrar na faixa etária acima da sexta década de vida (63.25%), o que decorre, dentre outros fatores da prevalência aumentada das DC em indivíduos acima dos cinquenta anos de idade, além disso, deve-se considerar o envelhecimento populacional brasileiro, o que aumenta o contingente de pessoas nesta faixa etária.

Apesar da falta de evidências estatísticas na diferença de idade dos indivíduos com HAS aderentes e não aderentes, estudos revelam que a não adesão é mais frequente entre os mais jovens, já que hipertensos em idade produtiva possivelmente, dispõem de menos tempo para aguardar por atendimento de saúde e tem maiores dificuldades de reconhecerem a necessidade de assistência médica^(6,17).

Analogamente, um estudo de revisão da literatura revelou que os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão, pois observou-se uma maior redução da PA diastólica em pessoas mais velhas. Além disso, enquanto 17,1% dos indivíduos mais jovens realizavam tratamento anti-hipertensivo, esse número aumentou para 77,4% entre as pessoas com mais de 45 anos. Isto porque, o jovem não se sente vulnerável à doença, enquanto que o idoso, mais preocupado com a saúde, se apegava ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida e também porque quando ocorre

a baixa adesão entre idosos, isto possivelmente se relaciona à dependência de cuidados⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Em relação à cor da pele pode-se observar que os indivíduos não brancos estavam mais expostos a não adesão à farmacoterapia, fato possivelmente correlacionado a outras características socioeconômicas como, por exemplo, baixa renda, menor nível de escolaridade e maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Estudo realizado na cidade de Salvador junto a 200 indivíduos com HAS de baixa renda observou tendência crescente de não adesão, com 46,4% entre os brancos, 67,0% entre os pardos e 80,3% entre os negros⁽²⁰⁾. Os dados do referido estudo, sobre adesão e etnia, mostram a importância de análises mais detalhadas das suas associações, tendo em vista a possibilidade de que os negros possam optar mais frequentemente pelo abandono ou não adesão ao tratamento. Cabe salientar que não foram encontrados outros estudos que demonstrem tão claramente a associação entre etnia e não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Outra característica social que, segundo a literatura, influencia na não adesão à farmacoterapia das DC é o estado civil, pois indivíduos com HAS vivenciam limitações no estilo de vida e tem que se adaptar às novas formas de conduzir suas rotinas, acarretando, por vezes, frustrações, insatisfação, tristeza e depressão. Desta maneira, o envolvimento de um membro familiar no tratamento torna-se componente facilitador para a adesão à terapia medicamentosa, por representar apoio emocional nos momentos difíceis⁽⁹⁾. Um estudo de revisão da literatura aponta o estado civil como uma variável sociodemográfica preditora da adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo que quando comparados aos solteiros, os hipertensos casados apresentaram chance duas vezes maior de realizar adequadamente o tratamento⁽¹⁸⁾.

Na presente investigação também foi possível observar que a baixa escolaridade esteve associada a não adesão. Piores níveis socioeconômicos, representado por baixa renda e baixa escolaridade se associam a maior prevalência de HAS e constituem fatores de risco tanto para a elevação da PA, quanto para a não adesão ao tratamento medicamentoso⁽³⁾. Estudo realizado em um município da região Sul do Brasil junto a 595 indivíduos com HAS corrobora com este dado, pois revelou que 87,3% dos não aderentes à farmacoterapia, se enquadravam em estratos socioeconômicos mais baixos, inclusive os educacionais⁽⁶⁾.

A baixa escolaridade associa-se também com a dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde e a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle das DC, por isso caracteriza-se como um fator socioeconômico influente da não adesão ao tratamento⁽⁶⁾. No caso da HAS, que é uma condição crônica assintomática, a baixa escolaridade constitui ainda um agravante por dificultar o reconhecimento da necessidade de assistência médica e continuidade do tratamento seja ele medicamentoso ou não⁽¹³⁾.

Não obstante, as condições econômicas desfavoráveis, como dificuldades financeiras e baixa renda familiar, também são descritas como fatores que podem limitar a adesão ao tratamento, como ainda ocasionar mais episódios de internação e re-internação⁽¹⁹⁾. Outros estudos mencionam que a renda

familiar elevada associa-se à maior adesão⁽⁶⁾, ou mesmo, que a falta de dinheiro para comprar os remédios explica a não adesão, seja quando os medicamentos não estão disponíveis nas UBS ou por dificuldade de acesso aos serviços de saúde⁽⁹⁾.

Neste estudo, por sua vez, a renda familiar não foi evidenciada como fator interferente na não adesão ao tratamento medicamentoso, talvez pelo fato de outras variáveis, que constituem indicadores representativos da condição socioeconômica e que influenciam diretamente na renda, terem se apresentado como preditoras sobre o desfecho de interesse, como por exemplo, cor da pele e escolaridade.

Estudos assinalam que o tempo de diagnóstico, a cronicidade da doença e a falta de sintomas são fatores importantes que também condicionam o abandono do tratamento^(6,17). No entanto, na presente investigação não foram observadas diferenças significativas no tempo de diagnóstico frente a não adesão. Acredita-se que logo após o diagnóstico e no início do tratamento há maior indução de não adesão e abandono, por outro lado como a HAS é uma doença crônica insidiosa, de longa duração e na maior parte do tempo assintomática, há igualmente uma tendência de muitas pessoas não se reconhecerem como doentes. Além disso, a percepção de melhora com a instituição do tratamento pode levar à sua interrupção, deste modo verifica-se que diversos fatores de confusão apresentam influencia sobre a variável.

No que tange ao número de medicamentos anti-hipertensivos consumidos pelos entrevistados ficou evidente que aqueles com prescrições medicamentosas de três ou mais drogas apresentavam maiores chances de não aderirem ao tratamento. Diferentemente do encontrado nesta pesquisa, estudo realizado em um município na região Sul do Brasil junto a 595 indivíduos com HAS demonstrou que menor número de medicamentos consumidos estava associado com a não adesão⁽⁶⁾. Por sua vez, os autores do referido estudo reiteram que há a possibilidade de a variável expressar o fato de pessoas com mais idade, com mais tempo de tratamento e melhores condições socioeconômicas e assistenciais, além de consumirem mais medicamentos, tratam de consumi-los com maior adesão, inclusive os anti-hipertensivos.

Desta forma, pode-se inferir que não apenas o número de medicamentos consumidos para a HAS influencia a não adesão ao tratamento, mas também a assistência de saúde dispensada aos pacientes. Nesta perspectiva, estudo realizado no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul junto a 92 indivíduos com HAS vítimas de infarto agudo do miocárdio demonstrou que para os entrevistados a não adesão à terapêutica farmacológica estava relacionada principalmente a precariedade do atendimento e da distribuição dos medicamentos (23,2%) do que a complexidade do regime terapêutico (12,7%)⁽¹⁹⁾.

Por esta razão, as variáveis relacionadas à assistência a saúde são importantes preditoras da adesão/não adesão ao tratamento. O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliá-la⁽¹¹⁾. Neste estudo, indivíduos que não frequentavam as consultas médicas e que não possuíam plano privado de saúde tiveram maiores chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso. A presença do plano de saúde tende o indivíduo a utilizar mais os serviços de saúde e por

sua vez, aqueles mais assíduos aos encontros, sejam eles nos setores públicos ou privados, normalmente tem maior redução dos níveis tensionais. Assim, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da HAS, pois traz motivação individual, o que por sua vez conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA⁽¹¹⁾.

Encontros/consultas frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais⁽¹¹⁾.

Além de ser observado na prática, há evidências de que as visitas frequentes também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos pacientes, com possível redução da ansiedade e do estresse⁽¹¹⁾. Porém, existem dados controversos na literatura nacional. Estudo realizado em um município da região Sudeste do país junto a 400 indivíduos com HAS demonstrou que a assistência à saúde não apresentou relevância estatística sobre a adesão/não adesão, pois tanto entre os hipertensos aderentes quanto entre os não aderentes, o acesso às consultas, foi representado como difícil ou muito difícil⁽¹⁰⁾. Já outro estudo realizado na região Sul do Brasil evidenciou que as variáveis relativas aos serviços de saúde apontaram para o fato de que as pessoas com a última consulta há mais de seis meses apresentavam risco maior para a não adesão⁽⁶⁾.

O controle da PA, então exige não somente, participação individual, mas também assistência da equipe de saúde, dentro de um programa eficiente de controle da HAS. As dificuldades em controlar o nível pressórico, são diversas, pois inúmeros fatores permeiam, influenciam e condicionam o processo, tendo como agravante, a falta de sintomatologia, o que pode levar os pacientes, em sua maioria, a necessitarem atendimento diferenciado.

Aumentar a adesão à farmacoterapia não é tarefa fácil. Intervenções educativas, comportamentais ou baseadas em recursos tecnológicos, realizadas pelos profissionais de saúde para melhorar a adesão ao tratamento apresentam resultados limitados e precisam ser desenvolvidas e adaptadas às características das pessoas envolvidas no processo e aos contextos dos serviços de saúde⁽¹⁷⁾.

A despeito de algumas limitações metodológicas, como o fato de os participantes do estudo terem sido selecionados a partir daqueles cadastrados no Programa Hipertensão e que realizavam tratamento medicamentoso, há no mínimo um ano, o que resultou em uma amostra constituída principalmente por mulheres e idosos, e ainda dos diferentes métodos possíveis para identificação da não adesão, o que dificulta a comparabilidade dos resultados encontrados, pode-se afirmar que a prevalência de pessoas que não aderem ao tratamento farmacológico da HAS na Atenção Primária no município sede deste estudo é elevado e não difere muito do que tem sido encontrado em outras localidades brasileiras. Essas questões, portanto, constituem desafio para o setor saúde em cidades com diferentes portes populacionais e localizadas nas mais diversas regiões do país.

Como já mencionado anteriormente, a adoção de medidas de intervenção que visem aumentar o número de indivíduos que aderem ao tratamento medicamentoso, não é simples e nem fácil, pois é necessário considerar os múltiplos fatores envolvidos no processo. Porém, os resultados encontrados são preocupantes e indicam a premência de esforços por parte dos gestores e dos profissionais de saúde quanto à necessidade de medidas mais eficazes no controle da HAS.

Nesta perspectiva, esses achados podem trazer novos pensamentos e modos de agir junto a população com HAS, especialmente considerando o perfil bio-sócio-econômico de cada indivíduo acompanhado pela atenção primária. As ações que poderão garantir maior efetividade na adesão ao tratamento medicamentoso, em nossa percepção, se baseiam em: Desenvolver atividades educativas sobre a doença e o tratamento, com utilização de linguagem acessível à população, o que acarreta em participação mais ativa dos usuários e convivência saudável destes com a terapêutica; Prescrever regimes terapêuticos com menor nível de complexidade, por meio da associação de drogas anti-hipertensivas, e ainda bem detalhados e com letra legível, principalmente para idosos, pessoas com menores níveis educacionais e com alta complexidade farmacoterápica; Incentivar a figura do cuidador familiar para pacientes com sinais de não adesão ao tratamento, e o aconselhamento e supervisão contínuos visando a participação ativa do paciente no programa terapêutico.

Desta forma, a Consulta de Enfermagem e a criação de um espaço para trocas de experiências e vivências no grupo de indivíduos com HAS, representam estratégias que estimulam a compreensão e entendimento das recomendações médicas que os pacientes recebem acerca de seu tratamento, gerando impacto positivo na saúde física, mental e emocional dessas pessoas e de seus familiares, devendo a sua realização se fazer rotina na prática do enfermeiro, visto que este tem um papel central na educação para a saúde desta clientela, principalmente para indivíduos com DC que possuem baixos níveis socioeducacionais.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados o estudo evidenciou que 42.65% dos indivíduos com HAS acompanhados pela atenção primária não aderiam ao tratamento medicamentoso, algo que pode ser considerado preocupante, pois a não adesão é o principal desencadeador de complicações da HAS imediata e tardia. Os resultados evidenciaram ainda que indivíduos com HAS que apresentaram determinadas características biológicas, socioeconômicas e de acompanhamento à saúde possuíam maiores chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso, como por exemplo, etnia não branca, baixa escolaridade, maior número de medicamentos consumidos para o controle pressórico, menor frequência às consultas médicas e ausência de convênio particular para o atendimento à saúde.

REFERÊNCIAS

- Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2009 [acesso em 30 de junho de 2012];17(3):383-7. Disponível: <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a15.pdf>
- Araújo TL, Lopes MVO, Cavalcante TF, Guedes NG, Moreira RP, Chaves ES, et al. Análise de indicadores de risco para hipertensão arterial em crianças e adolescentes. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2008 [acesso em 30 de junho de 2012];42(1):120-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n1/16.pdf>
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2010 [acesso em 30 de junho de 2012];95(1 Suppl.1):1-51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf
- Datasus.saude.gov.br [Internet] Brasília: Ministério de Saúde; 2012 [acesso em 13 de julho de 2012]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>
- Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Júnior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2008 [acesso em 30 de junho de 2012];21(1):59-65. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v21n1/pt_08.pdf
- 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;26(12):2389-98.
- Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res* [Internet]. 2010 [cited 2012 June 30];(4):196-202. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21264184>
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(4):764-7.
- Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev RENE*. 2009;10(3):132-8.
- Gilsogamo CA, Oliveira JC, Teixeira JCA, Grossi LCN, Moreira MMP, Diniz LO. Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2008;4(15):179-88.
- Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(2):201-6.

12. Espinosa Garcia J, Martell Claros N, Llerena Ruiz A, Bergés Gurrea DF. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial: revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen: Medic Famil.* 2012;38(5):292-300.
13. Bezerra DS, Silva AS, Carvalho ALM. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. *Rev Ciênc Farm [Internet].* 2009 [acesso em 30 de junho de 2012];30(1):69-73. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/878/752
14. Diniz MA, Tavares DMS, Rodrigues LR. Características sócio-demográficas e de saúde entre idosos com hipertensão arterial. *Ciênc Cuid Saúde.* 2009;8(4):607-14.
15. Lima LM, Schwartz E, Muniz RM, Zillmer JGV, Ludtke I. Perfil dos usuários do hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. *Rev Gaúch Enferm.* 2011;32(2):323-9.
16. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci Health Sci.* 2011;33(1):9-17.
17. Moura DJM, Bezerra STF, Moreira TMM, Fialho AVM. Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica. *Rev Bras Enferm.* 2011;64(4):759-65.
18. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm [Internet].* 2006 [acesso em 30 de junho de 2012];08(2):259-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.
19. Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta Paul Enferm [Internet].* 2009 [acesso em 30 de junho de 2012];22(4):367-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a03v22n4.pdf>
20. Lessa I, Silva JF. Raça, aderência ao tratamento e/ou consulta e controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 1997;68(6):443-9.