



Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde*

Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit

Factores asociados con la adhesión al tratamiento antihipertensivo en unidad de salud

Márcia Simonia Demoner¹, Edivan Rodrigo de Paula Ramos², Eliane Ramos Pereira³

RESUMO

Objetivos: Analisar a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como os fatores relacionados à baixa adesão a essa terapia. **Métodos:** Estudo de natureza quantitativa, exploratório descritivo com amostra de 150 pacientes hipertensos entrevistados em uma UBS, utilizando-se o Teste de Morisky-Green para avaliação da adesão ou não ao tratamento anti-hipertensivo. **Resultados:** Uma prevalência de 64% de pacientes não aderentes à terapia anti-hipertensiva foi identificada que esteve significativamente associada às variáveis: faixa etária, ocupação, obesidade, ausência de outra doença crônica, falta de emprego de medicamentos de uso contínuo, incompreensão das recomendações médicas e o desconhecimento do nome do medicamento anti-hipertensivo utilizado. **Conclusão:** Constatou-se elevada prevalência de 64% de pacientes não aderentes à terapia que, foi significativamente associada aos usuários de faixa etária mais jovem, que trabalham, com sobrepeso ou obesidade.

Descritores: Cooperação do paciente; Hipertensão/terapia; Anti-hipertensivos; Educação em saúde

ABSTRACT

Objectives: To analyze the adherence of patients to antihypertensive treatment conducted in a Primary Care Unit (PCU), as well as the related factors of low adherence to this therapy. **Methods:** A quantitative, descriptive exploratory study of hypertensive patients interviewed in a PCU, using the Morisky-Green Test for assessing adherence or nonadherence with antihypertensive treatment. **Results:** A prevalence of 64% of patients who were nonadherent to antihypertensive therapy was identified, and this was significantly related to the variables of: age, occupation, obesity, lack of other chronic disease, lack of employment, continuous use of prescription drugs, misunderstanding of the medical recommendations, and ignorance of the name of antihypertensive medication use. **Conclusion:** We found a high prevalence (64%) of patients nonadherent to therapy, that was significantly associated with users who were: in the youngest age group, working, and presenting with overweight or obesity.

Keywords: Patient compliance; Hypertension/therapy; Antihypertensive agents; Health education

RESUMEN

Objetivos: Analizar la adhesión de pacientes al tratamiento anti-hipertensivo realizado en una Unidad Básica de Salud (UBS), así como los factores relacionados a la baja adhesión a esa terapia. **Métodos:** Estudio de naturaleza cuantitativa, exploratoria descriptiva realizado con una muestra de 150 pacientes hipertensos entrevistados en una UBS, utilizándose el Test de Morisky-Green para la evaluación de la adhesión o no al tratamiento anti-hipertensivo. **Resultados:** Fue identificada una prevalencia del 64% de pacientes no adherentes a la terapia anti-hipertensiva que estuvo significativamente asociada a las variables: grupo etáreo, ocupación, obesidad, ausencia de otra enfermedad crónica, falta de empleo de medicamentos de uso contínuo, incompreensión de las recomendaciones médicas y el desconocimiento del nombre del medicamento anti-hipertensivo utilizado. **Conclusión:** Se constato una elevada prevalencia del 64% de pacientes no adherentes a la terapia que, fue significativamente asociada a los usuarios Del grupo etáreo más joven, que trabajan, con sobrepeso u obesidad.

Descriptores: Cooperación del paciente; Hipertensión/terapia; Antihipertensivos; Educación en salud

* Estudo extraído do trabalho de conclusão de curso de Especialização intitulado "Caracterização da adesão à terapia farmacológica de hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde" – apresentado ao Curso de Pós-Graduação em Farmacologia Clínica do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR – Maringá (PR), Brasil.

¹ Graduada em Enfermagem. Especialista em Farmacologia Clínica. Centro Universitário de Maringá – CESUMAR – Maringá (PR) Brasil.

² Mestre em Ciências Farmacêuticas. Professor Adjunto, Centro Universitário de Maringá – CESUMAR – Maringá (PR) Brasil.

³ Pós-Doutoranda em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil; Professora Associada da Escola de Enfermagem, Universidade Federal Fluminense – UFF- Niterói (RJ) Brasil.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada uma doença com alta prevalência e baixo controle, e seu tratamento inadequado pode resultar em doença arterial coronariana (DAC), infarto agudo do miocárdio (IAM), doença vascular periférica (DCP), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca congestiva e insuficiência renal. Em razão dessas consequências, a HAS é responsável por cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo⁽¹⁻³⁾.

Dados epidemiológicos obtidos em mais de 25 países indicam que, em 2025, um bilhão, novecentos e setenta e dois milhões de pessoas com idade de 18 a 91 anos apresentarão hipertensão. Contudo, este número poderá ser ainda maior por se tratar de uma doença assintomática e, portanto, subdiagnosticada^(2,4,5).

No Brasil, um terço do total de mortes e 65% dos óbitos em pessoas com idade entre 30 e 69 anos são causados por doenças cardiovasculares. Quanto à HAS, estima-se que, aproximadamente, 17 milhões de brasileiros sejam acometidos pela doença^(2,6,7). No período de 2002 a 2008, a HAS teve um aumento considerável em sua incidência e contabilizou, apenas em 2008, mais de 19 mil mortes⁽⁸⁾.

Embora a HAS seja considerada uma doença de origem multifatorial, alguns fatores de risco são mais relevantes. Dentre estes, destacam-se a faixa etária, gênero, cor/etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sal e álcool, por período prolongado de tempo, sedentarismo, tabagismo, fatores socioeconômicos, escolaridade e genética^(1,6,9).

Pela alta morbidade e mortalidade decorrente das complicações ocasionadas pela HAS, é necessário que o paciente faça o controle adequado de sua pressão arterial (PA) por meio do uso de terapias, medicamentosas e não-medicamentosas. A terapia não medicamentosa consiste em mudanças no estilo de vida que devem enfatizar a prática regular de atividades físicas, perda de peso, dieta com pouco sódio e gordura, sem consumo de bebidas alcoólicas e cigarro e gerenciamento do estresse. Tais medidas simples em pacientes saudáveis podem postergar o aparecimento dessa doença⁽¹⁰⁾.

A terapia medicamentosa pode ser realizada com uma variedade de classes de medicamentos anti-hipertensivos e suas associações. Esses grupos terapêuticos são representados por diuréticos, drogas que reduzem a atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona, vasodilatadores de ação direta, betabloqueadores e drogas simpato-líticas de ação central e periférica⁽¹¹⁾.

Embora o arsenal de drogas anti-hipertensivas, os profissionais de saúde continuam esbarrando em um grave problema: a falta de adesão à terapêutica, seja ela medicamentosa ou não⁽¹²⁾. A adesão ao tratamento é complexa e vários fatores podem estar associados, dependendo de características do usuário e da doença,

hábitos culturais e de vida, tratamento medicamentoso, dificuldades institucionais, e ainda, problemas relacionados com a equipe de saúde⁽¹³⁾.

Tendo em vista que a HAS constitui uma doença de difícil adesão ao tratamento em função da necessária mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo na terapia medicamentosa anti-hipertensiva⁽²⁾, consideramos que o conhecimento a respeito dessa adesão e dos fatores a ela relacionados podem direcionar ações facilitadoras de maior aderência⁽¹⁻²⁾.

Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivos analisar a adesão de pacientes ao tratamento anti-hipertensivo realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), assim como os fatores relacionados à baixa adesão a essa terapia.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, exploratório, descritivo, realizado em uma UBS do município de Maringá (PR), localizada em um bairro de classe média alta com, aproximadamente, 5.753 habitantes e que atende, dentre outros, 432 pacientes com hipertensão. Esta UBS conta com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e com a prestação de serviços de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

A amostra da pesquisa foi composta por 150 pacientes com HAS atendidos nessa UBS, sendo selecionados aleatoriamente e, após o acolhimento, convidados a participar do estudo. A coleta de dados ocorreu, enquanto os usuários aguardavam a consulta médica na sala de espera. Foram incluídos aqueles com idade igual ou superior a 18 anos, e que tinham hipertensão tratada com medicamentos. Considerou-se como critérios de exclusão os que não se enquadravam nesses quesitos. A participação dos sujeitos deu-se de modo voluntário, resguardados os princípios éticos de uma pesquisa, mantendo-se o anonimato e liberdade de encerramento da entrevista caso quisessem. Os dados foram coletados no período compreendido entre os meses de maio e julho de 2011.

A técnica de entrevista estruturada foi usada por meio de dois instrumentos. O primeiro consistiu em um questionário estruturado para caracterização dos dados sociodemográficos, informações sobre a doença, estilo de vida, e referentes à equipe de saúde, além do conhecimento sobre a medicação. O segundo instrumento foi o Teste de Morisky-Green (TMG), usado para avaliar o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo⁽¹⁴⁾ com base no autorrelato do paciente, constituindo um questionário com as perguntas: Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?⁽¹⁵⁾

Realizou-se a análise inicialmente da adesão à terapia medicamentosa anti-hipertensiva, conforme o protocolo do TMG⁽¹⁵⁾, ponderando-se as respostas positivas (sim, 0 ponto) e negativas (não, 1 ponto). Na interpretação do teste, foram considerados como aderentes ao tratamento os pacientes que atingiram pontuação quatro e não aderentes os que apresentaram, pelo menos, um sim como resposta.

Mediante a análise do TMG, classificaram-se dois grupos de pacientes, aderentes e não aderentes. Após as análises estatísticas, foram distribuídos em frequência absoluta e percentual, de acordo com as variáveis obtidas no primeiro questionário. Na interpretação dos dados estatísticos, foram investigadas as relações de não adesão à terapia medicamentosa com os demais dados coletados, inclusive referentes ao tratamento não medicamentoso. A influência dessas variáveis na frequência de distribuição foi analisada pelo teste estatístico do Qui-quadrado ou pelo teste Exato de Fisher, considerando um nível de

significância $p < 0,05$. As análises estatísticas foram feitas com auxílio do programa GraphPad Prisma 3.0.

A coleta de dados foi realizada, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá, sob registro CAAE 0058.0.299.000-11 e certificado CEP n° 029/2011, e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo, atendendo as normas da Resolução n.º 196/96.

RESULTADOS

Dentre os 150 pacientes avaliados, constatou-se uma prevalência de não adesão à terapia anti-hipertensiva de 64% (n=96). A distribuição dos usuários aderentes e não aderentes relacionada às variáveis sociodemográficas são apresentados nos dados da Tabela 1, evidenciando os fatores envolvidos nesses aspectos.

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes, conforme variáveis sociodemográficas

Variáveis	Pacientes		Total	Valor de p
	Aderentes n(%)	Não aderentes n(%)		
Gênero				
Masculino	13 (27,1)	35 (72,9)	48	0,1456
Feminino	41 (40,2)	61 (59,8)	102	
Escolaridade				
Não letrado	07 (50,0)	07 (50,0)	14	0,4375
Ensino fundamental	31 (32,6)	64 (67,4)	95	
Ensino médio	15 (41,7)	21 (58,3)	36	
Ensino superior	01 (20,0)	04 (80,0)	05	
Faixa etária				
18 – 40 anos	03 (20,0)	12 (80,0)	15	0,0143*
41 – 60 anos	17 (26,6)	47 (73,4)	64	
> 60 anos	34 (47,9)	37 (52,1)	71	
Trabalho				
Sim	16 (25,4)	47 (73,6)	63	0,0254**
Não	38 (43,7)	49 (56,3)	87	
Estado civil				
Solteiro/Viúvo/Divorciado	15 (31,3)	33 (68,7)	48	0,4680
Casado	39 (38,2)	63 (61,8)	102	
Filhos				
Nenhum	07 (41,2)	10 (58,8)	17	0,4641
1 ou 2 filhos	24 (40,7)	35 (59,3)	59	
3 ou mais filhos	23 (31,1)	51 (68,9)	74	
Renda				
< 1 salário	10 (40,0)	15 (60,0)	25	0,7521
1 a 3 salários	28 (34,6)	53 (65,4)	81	
> 3 salários	03 (27,3)	08 (72,7)	11	
Moradia				
Própria	35 (42,2)	48 (57,8)	83	0,0893
Aluguel/Outros	19 (28,4)	48 (71,6)	67	

*Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) – Teste do Qui-Quadrado. **Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) – Teste exato de Fisher.

Conforme demonstram os dados da Tabela 1, a faixa etária ($p=0,0143$) e a ocupação ($p=0,0254$) dos sujeitos influenciaram significativamente a frequência de distribuição dos trabalhadores em aderentes e não aderentes. Observou-se que a prevalência de pacientes não aderentes foi maior naqueles com faixa etária menor (entre 18 e 40

anos). Em relação à ocupação, os pacientes que trabalhavam tendem a ser não aderentes em relação àqueles que não possuem ocupação laboral.

No que se refere às variáveis associadas a doenças e ao estilo de vida, os dados podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes, conforme variáveis relacionadas a doenças, Índice de Massa Corporal (IMC) e estilo de vida. Maringá-PR, 2011

Variáveis	Pacientes		Total	Valor de p
	Aderentes n(%)	Não aderentes n(%)		
Doenças				
Outra Doença crônica – não	22 (26,2)	62 (73,8)	84	0,0061**
Outra Doença crônica – sim	32 (48,5)	34 (51,5)	66	
Medic. uso contínuo – não	15 (21,7)	54 (78,3)	69	0,0011**
Medic. uso contínuo – sim	39 (48,1)	42 (51,9)	81	
Histórico de IAM – sim	08 (40,0)	12 (60,0)	20	0,8032
Histórico de IAM – não	46 (35,4)	84 (64,6)	130	
Hist. familiar de DCV – sim	40 (35,0)	74 (65,0)	114	0,6942
Hist. familiar de DCV – não	14 (38,9)	22 (61,1)	36	
IMC				
≤ 24,9	16 (45,7)	19 (54,3)	35	
25 – 29,9	25 (47,2)	28 (52,8)	53	0,0056*
≥ 30	13 (21,0)	49 (79,0)	62	
Estilo de vida				
Tabagismo – não	51 (37,0)	87 (63,0)	138	0,5382
Tabagismo – sim	03 (23,0)	09 (77,0)	12	
Bebida alcoólica – não	46 (40,4)	68 (59,6)	114	0,0720
Bebida alcoólica – sim	08 (22,2)	28 (77,8)	36	
Atividade física – não	30 (40,0)	45 (60,0)	75	0,3952
Atividade física – sim	24 (32,0)	51 (68,0)	75	
Alimentos inadequados	54 (36,0)	96 (64,0)	150	0,8058
Frutas e verduras	47 (35,6)	89 (64,4)	136	

*Estatisticamente significativo ($p<0,05$) – Teste do Qui-Quadrado. **Estatisticamente significativo ($p<0,05$) – Teste exato de Fisher.

Na Tabela 2, observa-se que a prevalência de hipertensos não aderentes foi significativamente maior em obesos ($p=0,0056$), indicados pelo índice de massa corporal (IMC) superior a 30. Também foi encontrado que a ausência de outra doença crônica ($p=0,0061$) e o não consumo de medicamentos de uso contínuo

($p=0,0011$) estiveram relacionados com a não adesão.

Os fatores relacionados à confiança dos pacientes na equipe de saúde e à terapia medicamentosa e sua influência na prevalência dos hipertensos em aderentes e não aderentes podem ser observados nos dados das Tabelas 3 e 4, respectivamente.

Tabela 3 – Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes, conforme confiança na equipe, entendimento e consultas. Maringá-PR, 2011

Variáveis	PACIENTES		Total	Valor de p
	Aderentes n(%)	Não aderentes n(%)		
Confiança				
Confia no médico – não	03 (23,0)	10 (77,0)	13	0,3787
Confia no médico – sim	51 (37,2)	86 (62,8)	137	
Confia na equipe de saúde – não	04 (33,3)	08 (66,7)	12	1,000
Confia na equipe de saúde – sim	50 (36,2)	88 (63,8)	138	
Entendimento				
Entende as recomendações – não	08 (20,0)	32 (80,0)	40	0,0202*
Entende as recomendações – sim	46 (41,8)	64 (58,2)	110	
Dúvidas esclarecidas – não	11 (25,0)	33 (75,0)	44	0,0925
Dúvidas esclarecidas – sim	43 (40,6)	63 (59,4)	106	
Médico indaga sobre uso medic. – não	05 (33,3)	10 (66,7)	15	1,000
Médico indaga sobre uso medic. – sim	48 (36,9)	82 (63,1)	130	
Orientação – médico	44 (41,5)	62 (58,5)	106	0,8232
Orientação – farmacêutico	16 (42,1)	22 (57,9)	38	
Orientação – enfermeiro	03 (27,3)	08 (72,7)	11	0,8232
Orientação – ACS/outros	05 (38,5)	08 (61,5)	13	
Consultas				
Faz parte do HiperDia – não	37 (32,5)	77 (67,5)	114	0,1158
Faz parte do HiperDia – sim	17 (47,2)	19 (52,8)	36	
06 meses sem consultas	05 (41,7)	07 (58,3)	12	0,3433
06 meses: 01 consulta	14 (36,8)	24 (63,2)	38	
06 meses: 02-03 consultas	29 (40,3)	43 (59,7)	72	
06 meses > 03 consultas	06 (21,4)	22 (78,6)	28	

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) – Teste exato de Fisher.

O não entendimento dos pacientes em relação às recomendações sobre a terapia ($p = 0,0202$), conforme Tabela 3, e o desconhecimento dos mesmos acerca do nome

do medicamento anti-hipertensivo utilizado ($p = 0,0311$) (Tabela 4), também foram considerados determinantes para a não aderência à terapêutica.

Tabela 4 – Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes à terapia segundo uso e conhecimento da medicação. Maringá, Brasil, 2011.

Variáveis	Pacientes		Total	Valor de p
	Aderentes n(%)	Não aderentes n(%)		
Uso de medicamentos				
Apenas 01 anti-hipertensivo	32 (39,0)	50 (61,0)	82	0,4948
Mais que 01 anti-hipertensivo	22 (32,8)	45 (67,2)	67	
Conhecimento				
Nome do medicamento – sim	52 (39,4)	80 (60,6)	132	0,0311*
Nome do medicamento – não	02 (11,8)	15 (88,2)	17	
Dose – sabe	40 (39,2)	62 (60,8)	102	0,2970
Dose – não sabe	14 (29,8)	33 (70,2)	47	
Frequência de uso – sabe	52 (38,5)	83 (61,5)	135	0,0856
Frequência de uso – não sabe	02 (14,3)	12 (85,7)	14	
Lembrete – não	49 (37,4)	82 (62,6)	131	0,6021
Lembrete – sim	05 (27,8)	13 (72,2)	18	
Outras medicações				
Já foi mudada medicação – sim	19 (28,4)	48 (71,6)	67	0,0871
Já foi mudada medicação – não	35 (42,7)	47 (57,3)	82	
Medic. outras doenças – sim	25 (35,2)	46 (64,8)	71	0,8652
Medic. outras doenças – não	29 (37,2)	49 (62,8)	78	

* Estatisticamente significativo ($p < 0,05$) – Teste exato de Fisher.

Além dos achados já mencionados, outros dados que constam nas tabelas podem ser destacados, vindo a coadjuvar a análise, apesar de não mostrarem significância estatística. No que se refere ao gênero, 72% dos homens não aderiram à terapia. Quanto ao estilo de vida, a maioria dos pacientes que mantinha hábitos de fumar (77%), ingerir bebida alcoólica (77,8%) ou de não praticar atividades físicas (60%), não aderiu também ao tratamento medicamentoso. É importante observar que a maioria dos entrevistados (76%), não fazia parte do Programa HiperDia, dentre os quais 67% não eram aderentes. Por outro lado, 75% dos que ainda tinham dúvidas não esclarecidas, não aderiram ao tratamento.

DISCUSSÃO

Ainda que se disponha, atualmente, de um grande número de medidas medicamentosas e não medicamentosas para o tratamento da HAS, a adesão ao tratamento representa um grande desafio para as equipes de saúde. Diferentes estudos vêm sendo desenvolvidos com o objetivo de caracterizar essa adesão. Entretanto, cabe ressaltar que os dados de prevalência sobre adesão à terapia anti-hipertensiva são variados e isso pode estar relacionado com diferenças entre as populações estudadas e os instrumentos de medidas utilizados para avaliar a adesão.

A diferença de valores em função do instrumento aplicado foi investigada em estudo que utilizou três métodos indiretos para avaliação da adesão de pessoas ao tratamento anti-hipertensivo: avaliação do paciente; avaliação do médico e Teste de Morisky-Green (TMG). Estes testes forneceram, respectivamente, 80,5%, 52% e 51% de adesão⁽¹⁶⁾. Outro estudo constatou prevalência de não aderência de 8,7% na escala de avaliação de Haynes-Sackett, 43,4% na escala de avaliação pelo TMG e também 43,4% na contagem manual de comprimidos e desfecho clínico⁽¹⁵⁾.

Nesse sentido, uma limitação do estudo pode ser considerada, pois, embora tais pesquisas demonstrem variação nos resultados, de acordo com a escala aplicada, optou-se especificamente pelo Teste de Morisky-Green, como instrumento para avaliar a adesão ao tratamento, por apresentar baixo custo, considerável valor preditivo⁽¹⁷⁾ e adequar-se aos propósitos da investigação. Outra limitação é que não foi possível avaliar se a falta de comprometimento do hipertenso com a terapia estaria associada a não manutenção da PA em níveis considerados ideais. Esta avaliação requer medidas indiretas da PA em monitoramento ambulatorial da pressão arterial (MAPA), método considerado o mais sensível para o acompanhamento da adesão do paciente a terapia anti-hipertensiva⁽¹⁸⁾, não dispondo a UBS desse recurso.

Apesar das limitações, este estudo demonstrou uma alta prevalência, 64%, de pacientes não aderentes à terapia anti-hipertensiva, evidenciada pelo TMG, sendo possível destacar relevantes fatores pertinentes a essa não adesão.

Os pacientes mais jovens (18-40 anos) apresentam menor grau de adesão em relação aos de faixas etárias maiores. Isto pode estar relacionado ao fato da HAS ser uma doença silenciosa e, assim, acarretar certa despreocupação nos mais jovens quanto ao controle da doença que só passam a dar importância ao tratamento adequado, quando há agravamento dos sintomas, aumentando riscos de complicações graves e mortalidade por AVE e IAM.

Os resultados encontrados em nossa pesquisa não mostraram relação estatisticamente significativa entre a renda familiar, gênero e histórico familiar de DCV com maior adesão à terapia. Ainda assim, convém destacar que, não obstante a prevalência do gênero feminino na pesquisa, dados do estudo mostraram que 72% dos homens entrevistados não eram aderentes à terapia, o que requer ênfase na saúde do homem, pelo alto índice atual de mortalidade entre os homens por DCV no País.

No estudo, os que trabalhavam eram menos aderentes em relação aos que não trabalhavam. Este dado chama atenção, pois pesquisas mostram que 81,5% dos funcionários de uma universidade reconheciam sua condição, mas apenas 77,8% estavam em tratamento, dos quais 60,1% apresentavam PA controlada⁽¹⁹⁾. Se considerarmos que a população economicamente ativa é mais jovem, é possível que estas duas variáveis se complementem e contribuam para a não aderência.

Há uma relação importante de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em indivíduos com sobrepeso. A prevalência de não aderentes foi significativamente maior (79%) em pacientes com valores de IMC indicativos de obesidade. Vale ressaltar que 60% dos que não praticavam atividade física, da mesma forma, não aderiram ao tratamento. Há que se repensar como estratégia coadjuvante da adesão, o incentivo e orientações para a prática de atividades físicas leves e moderadas.

Nesse sentido, outros estudos corroboram uma prevalência de não aderência à terapia anti-hipertensiva fortemente associada aos pacientes que não praticavam atividade física e das classes sociais mais baixas⁽²⁰⁾, acrescentando-se ainda outros fatores significativos como: faixa etária mais jovem, gênero feminino, conhecimento sobre a doença e histórico familiar de DCV⁽²¹⁾.

Estudos apontam que grande parte dos pacientes não aderentes avaliados tem sobrepeso (39,1%) ou obesidade (43,2%)⁽²²⁾. Há prevalência de HAS em jovens, significativamente associada também a valores de IMC indicadores de sobrepeso e obesidade, além do consumo de álcool, tabagismo e sedentarismo⁽²³⁾.

No que se refere ao estilo de vida, deve-se destacar que, dentre os pacientes que têm hábitos de tabagismo e ingestão de bebida alcoólica, cerca de 77% não são aderentes ao tratamento medicamentoso. Cabe dizer que a mudança de hábitos e de estilo de vida dos hipertensos deve ser enfatizada, pois faz parte da assistência terapêutica

ca, já que a adoção de um estilo de vida saudável e prática de atividade física contribuem significativamente para a redução da PA, além de auxiliar na diminuição ou manutenção do peso e diminuir os riscos cardiovasculares.

Um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente às recomendações da equipe de saúde. O fato deve ser considerado, pois as recomendações necessárias podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem compreensível ou haver um conhecimento insuficiente sobre a doença e a gravidade de suas complicações, de modo a não considerarem as recomendações com a devida seriedade.

Estudos confirmam uma associação positiva entre o conhecimento do paciente sobre a doença e o cumprimento das recomendações médicas com relação à adesão, e a principal dificuldade encontrada foi a de seguir uma dieta hipossódica⁽²⁴⁾. O desconhecimento sobre a terapia e da própria doença foram associados ao baixo grau de adesão em pesquisas em que apenas 12% tinham algum conhecimento sobre a HAS, e 56% conheciam parcialmente suas consequências⁽²⁵⁾.

Embora a presente pesquisa não evidencie uma relação entre o grau de escolaridade e a não adesão à terapia, esta relação foi encontrada em estudos⁽²⁶⁾. Assim, é importante que a equipe de saúde estabeleça estratégias de educação e orientação a essa clientela, utilizando uma linguagem apropriada, pois estudos⁽²⁷⁾ apontam que quanto menor o grau de escolaridade menor será a compreensão dos pacientes em relação às informações recebidas.

Por outro lado, apenas o conhecimento da doença e seu tratamento não são suficientes para garantir uma boa adesão à terapia. Estudos apontam descontrole da PA em 85% dos homens e 74% das mulheres, mesmo que a maioria tenha elevados índices de conhecimento sobre a doença e tratamento; os fatores associados à não adesão foram a falta de orientação e a crença de ter de tomar o medicamento somente quando se sentissem mal⁽²²⁾, apontando certa incongruência em relação à adesão, pois, tendo um elevado conhecimento, não deveriam considerar o uso de medicamentos somente durante as crises hipertensivas. Diferentemente, em nosso estudo os pacientes não apresentavam um bom conhecimento sobre a terapia, já que a grande maioria não sabia sequer o nome do medicamento utilizado e isto contribuiu de forma significativa para a não adesão à terapia medicamentosa.

A ausência de outra doença crônica e o fato dos hipertensos não consumirem medicamentos de uso contínuo foram significativamente relacionados à não adesão. Embora não se tenham encontrados estudos que avaliem essa relação, acredita-se que possuir outra doença crônica, poderá despertar maior preocupação com a saúde e qualidade de vida, aumentando sua adesão. O emprego contínuo de outros medicamentos também poderia facilitar a adesão a seu uso para redução da PA.

Destaca-se uma expressiva falta de participação dos pacientes no HiperDia (76%) e, desses, 67% não eram aderentes, o que requer atenção, pois a abordagem nesses grupos propicia o rastreamento de condições de riscos, ações de prevenção, e favorece o conhecimento do perfil do usuário e das necessidades de intervenções.

O envolvimento dos profissionais da saúde, em especial, os enfermeiros na educação em saúde e conscientização dos hipertensos em relação à sua doença e terapia medicamentosa e não medicamentosa é fundamental para aumentar a adesão.

Estudo comparativo entre grupos de indivíduos com HAS atendidos em um programa tradicional e outro pelo PSF demonstrou que apenas aqueles atendidos pelo PSF tiveram redução significativa da PA sistólica, associando-se ao fato do PSF apresentar um atendimento diferenciado com vínculo entre pacientes e equipe de saúde. Eram atendidos em consulta de enfermagem e participavam de grupos na comunidade, nos quais recebiam orientações frequentes sobre saúde⁽²⁸⁾. Em outra pesquisa, após a implantação do PSF, o controle adequado da PA ampliou de 28,9% para 57%⁽³⁾, ressaltando-se, portanto, a importância do enfermeiro no manejo do hipertenso e a integração entre os profissionais de saúde na equipe.

A relação entre a equipe de saúde e clientela inclui-se nos principais fatores de não adesão ao tratamento, especialmente, a relação médico-paciente, além da organização e estrutura da UBS⁽²⁹⁾. O enfermeiro, pelo seu maior contato com o paciente, pode estabelecer esse vínculo por meio das consultas de enfermagem.

A adoção de estratégias educativas com vistas à adesão do paciente torna-se importante, não obstante requeira paciência e dedicação por parte do profissional. A educação para a saúde trará resultados satisfatórios na proteção e promoção da saúde, tornando indivíduos mais saudáveis, contribuindo na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e renais nos hipertensos e conseqüentemente diminuindo o número de debilidades e óbitos, além de medidas preventivas e de hábitos saudáveis que melhoram a qualidade de vida da população e reduzem gastos.

Nesse sentido, cabe valorizar a inserção dos pacientes no HiperDia, como importante facilitador da adesão, tendo em vista constituir uma proposta interventiva potente no controle, monitoramento e prevenção de complicações da HAS.

Enfatiza-se, portanto, a necessidade de maior participação dos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, tanto no planejamento das ações e treinamento da equipe, assim como na abordagem esclarecedora durante a pré-consulta e visitas domiciliares. Por intermédio de programas de educação em saúde, a equipe poderá promover a conscientização dos pacientes a respeito da doença, riscos e complicações visando a mudanças no estilo de vida e maior adesão à terapia anti-hipertensiva.

CONCLUSÃO

A investigação constatou uma prevalência elevada de não adesão à terapia, significativamente associada aos usuários de faixa etária mais jovem, os que trabalham, com sobrepeso ou obesidade, que não têm outra doença crônica ou consomem medicamentos de uso contínuo e com menor conhecimento em relação a sua doença e terapia. Dentre os pacientes com alimentação inadequada, que ainda mantinham hábitos de

fumar, ingerir bebida alcoólica ou sedentarismo, foi evidenciada uma importante tendência de não adesão.

Torna-se fundamental a ênfase nas condutas de tratamento não medicamentoso, especialmente quanto à reeducação alimentar, atividades físicas, cessação do tabagismo, dentre outros. A investigação possibilita nortear intervenções a essa clientela, além de subsidiar novos estudos para a implementação de estratégias inovadoras, especialmente educativas, nesse âmbito.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1 Supl 1):1-51.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 15) [citado 2011 Mar 01]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf
3. Araújo JC, Guimarães AC. [Control of arterial hypertension in a family care unit]. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(3):368-4. Portuguese.
4. Fuchs SC. Fatores de risco para hipertensão arterial. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. *Hipertensão.* Rio de Janeiro: Elsevier; 2007. p. 27-34.
5. Avezum A, Piegas LS, Pereira JC. Risk factors associated with acute myocardial infarction in the São Paulo metropolitan region. A developed region in a developing country. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(3):203-13.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão avança e atinge 24,4% dos brasileiros [Internet]. 2010. [citado 2011 Mar 7] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11290
7. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM). Análise dos dados de mortalidade de 2001 [Internet] [citado 2011 Fev 9] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/capitulo4_sb.pdf.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Sala de situação em saúde [Internet]. 2009 [citado 2010 Fev 21]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>.
9. Amodeo C, Helene EV. Manual do comportamento do hipertenso: uma visão psicológica para a prática clínica da hipertensão. São Paulo: Segmento; 2000.
10. Lopes HF, Barreto-Filho JA, Riccio GM. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. São Paulo: *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo.* 2003;13(1):148-55.
11. Hoffman BB. Terapia da hipertensão. In: Brunton LL, Lazo J, Parker KL. *Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapia.* 10a ed. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill; 2006. p. 757-77.
12. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Junior D. [Adhesion to the treatment in systolic hypertension]. *Rev Bras Hipertens.* 2009;16(1):38-43. Portuguese.
13. Coutinho FH. Percepção dos portadores de hipertensão arterial sobre a doença e sua adesão ao tratamento na estratégia de saúde da família [monografia]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; 2010.
14. Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos núcleos de saúde da família de Ribeirão Preto São Paulo [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2007.
15. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. Development and validation of a multidimensional questionnaire assessing non-adherence to medicines. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(4):764-7.
16. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. [Prevalence of anti-hypertensive treatment adherence in patients with resistant hypertension and validation of three indirect methods for assessing treatment adherence]. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(12):2979-84. Portuguese.
17. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care.* 1986; 24(1):67-74.
18. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA). *Arq Bras Cardiol.* 2011; 97(3 Supl 3):1-24.
19. Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Awareness, treatment, and control of arterial hypertension: Pró-Saúde study, Brazil. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(2):103-9.
20. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. [Evaluation of care provided for people with arterial hypertension in family health strategy services]. *Saúde Soc.* 2010;19(3):614-26. Portuguese.
21. Pierin AM, Marroni SN, Taveira LA, Benseñor IJ. Hypertension control and related factors at primary care located in the west side of the city of São Paulo, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16 Supl 1:1389-400.
22. Jesus ES, Augusto MA, Gusmão J, Mion Junior D, Ortega K, Pierin AM. Profile of hypertensive patients: biosocial characteristics, knowledge, and treatment compliance. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(1):59-65.
23. Jardim PC, Gondim MR, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, ET al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(4):452-7.
24. Figueiredo NN, Asakura L. [Adherence to antihypertensive treatment: difficulties reported by hypertensive patients]. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(6):782-7. Portuguese.
25. Santos ZM, Frota MA Cruz DM, Holanda SD. Hypertensive client adhesion to their treatment: an analysis with an interdisciplinary approach. *Texto & Contexto Enferm.* 2005;14(3):332-40.
26. Vitor AF, Monteiro FP, Morais HC, Vasconcelos JD, Lopes MV, Araújo TL. [Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension]. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):251-60.
27. Oliveira JC. Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de enfermagem [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, Escola de Enfermagem; 2007.
28. Mano GM, Pierin AM. [Evaluation from the hypertensive patients followed in the Family Health Program at Health School Center]. *Acta Paul Enferm.* 2005;18(3):269-75. Portuguese.
29. Duarte MT, Cyrino AP, Cerqueira AT, Nemes MI, Iyda M. [Reasons for medical follow-up dropout among patients with arterial hypertension: the patient's perspective]. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2603-10. Portuguese.