

Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde

Non-adhesion of systemic arterial hypertension in basic health care

Keila Rodrigues de Albuquerque¹ , José Wicto Pereira Borges¹ ,
Malvina Thaís Pacheco Rodrigues¹ 

¹Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade – Teresina (PI), Brasil.

Como citar: Albuquerque KR, Borges JWP, Rodrigues MTP. Não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica na atenção básica de saúde. Cad Saude Colet. 2024;32(1):e32010393. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432010393>

Resumo

Objetivo: Analisar a não adesão e fatores associados ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre pacientes acompanhados na Estratégia Saúde da Família (ESF). **Método:** Estudo transversal, realizado com 682 hipertensos (217 homens e 465 mulheres) acompanhados pela ESF em Teresina (PI), por meio do Teste de Morisky-Green. Foram analisadas as características sociodemográficas, além de estilo de vida, fatores clínicos e terapêuticos. Na análise bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para as variáveis qualitativas e o teste T de Student para as variáveis quantitativas. Na Regressão Logística Múltipla foram incluídas inicialmente todas as variáveis explicativas cuja associação apresentou $p \leq 0,20$, permanecendo no modelo final aquelas com $p \leq 0,05$. **Resultados:** A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS foi de 64,5%. A maior chance de não adesão foi associada ao sexo feminino, menor faixa etária, consumo de álcool, pressão arterial não controlada, reações adversas medicamentosas e ao não comparecimento às consultas. **Conclusões:** A alta prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS na ESF sinaliza a necessidade de serem estabelecidas estratégias eficazes a fim de qualificar a atenção ao hipertenso, aumentar a adesão ao tratamento e reduzir as complicações associadas à HAS.

Palavras-chave: adesão à medicação; hipertensão; fatores de risco; prevalência.

Abstract

Objective: The aim of this study was to analyze non-adherence and factors associated with drug treatment of systemic arterial hypertension (SAH) among patients followed up in the Family Health Strategy (FHS). **Method:** A cross-sectional study was carried out with 682 hypertensive patients (217 men and 465 women) monitored by the FHS in Teresina (PI), using the Morisky-Green test. Socio-demographic characteristics and lifestyle, clinical, and therapeutic factors were analyzed. In the bivariate analysis, Pearson's chi-square test (χ^2) was used for qualitative variables, and Student's t-test was used for quantitative variables. In the multiple logistic regression analysis, all the explanatory variables whose association presented $p \leq 0.20$ were initially included, and those with $p \leq 0.05$ remained in the final model. **Results:** The prevalence of non-adherence to drug treatment for SAH was 64.5%. The highest chance of non-adherence was associated with female gender, younger age group, alcohol consumption, uncontrolled blood pressure, adverse drug reactions, and non-attendance at consultations. **Conclusions:** The high prevalence of non-adherence to drug treatment for SAH in the FHS signals the need to establish effective strategies in order to qualify care for hypertensive patients, increase treatment adherence, and reduce complications associated with SAH.

Keywords: medication adherence; hypertension; risk factors; prevalence.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Keila Rodrigues de Albuquerque. E-mail: kraenf@gmail.com

Fonte de financiamento: nenhuma.

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: Set. 21, 2019. Aprovado em: Out. 14, 2021.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), um dos principais fatores de risco das doenças cardiovasculares, foi associada a 9,4 milhões de óbitos e 7% de anos de vida perdidos ajustados por incapacidades (*disability adjusted life years – DALY*) em todo o mundo no ano de 2010. Para evitar esse elevado número de mortes e anos de vida com incapacidade, a adesão à terapêutica medicamentosa é um fator essencial. Porém, principalmente nos países pobres e em desenvolvimento, dentre eles o Brasil, os baixos percentuais de controle da pressão arterial (PA) associados ao déficit na adesão terapêutica medicamentosa contribuem de modo significativo para os elevados índices de agravos relacionados à HAS e suas consequências¹⁻⁵.

Os fatores relacionados a não adesão ao tratamento medicamentoso são complexos e envolvem a participação individual do paciente e a assistência da equipe de saúde⁶. Baixa renda; contexto familiar; relação com o serviço de saúde; cronicidade; falta de sintomatologia; o uso de dois ou mais anti-hipertensivos; eventos adversos do medicamento; dificuldades para ler a embalagem, abri-la e tomá-la todos os dias; assim como o inadequado acesso aos medicamentos são fatores que contribuem para a baixa adesão a esse tipo de tratamento⁶⁻⁹.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica em saúde, em caráter prioritário e multidisciplinar, realiza cuidado integral e continuado às pessoas com HAS. Tais ações são importantes estratégias para promoção da adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva e prevenção de agravos associados à HAS¹⁰.

Apesar do acompanhamento sistematizado dos hipertensos na atenção básica em saúde de um modo geral, evidencia-se baixa adesão à medicação^{11,12}, o que justifica o elevado número de óbitos e complicações decorrentes dessa doença e faz com que a HAS seja um importante problema de saúde pública no Brasil.

Neste sentido, monitorar a prevalência e conhecer os fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS são fundamentais para planejar e implementar ações que promovam melhorias na terapêutica e redução das comorbidades. Desta forma, o objetivo deste estudo foi analisar a não adesão e os fatores associados ao tratamento medicamentoso da HAS entre pacientes acompanhados na Estratégia Saúde da Família (ESF).

MÉTODO

Estudo observacional, de delineamento transversal, realizado com hipertensos acompanhados pelas equipes da ESF em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) localizadas na zona urbana de Teresina, Piauí (PI).

Para fins de cálculo amostral, considerou-se a população de hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF (n=52.835) em 2014, ano mais recente com dados disponíveis no Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB). Adotou-se intervalo de 95% de confiança (IC95%), prevalência estimada de 50% de não adesão, precisão de 5%, efeito de desenho de 1,5 e nível de significância de 5%, obtendo-se, assim, a amostra mínima de 573 participantes, a qual foi acrescentada 20% a fim de compensar possíveis perdas ou recusas e, desta forma, chegou-se à amostra de 688 participantes. Participaram da pesquisa 682 pessoas, devido à exclusão de seis questionários que estavam incompletos.

Teresina está dividida em três Diretorias Regionais de Saúde (DRS) (Centro/Norte, Sul e Leste/Sudeste), responsáveis por 256 equipes de ESF, dentre as quais, 233 localizadas na zona urbana. Na pesquisa, os participantes foram estratificados conforme proporcionalidade por cada DRS, que em número de hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF apresentavam, respectivamente, 17.443, 17.546 e 17.846 hipertensos. Considerando o cálculo amostral e a proporcionalidade de cada regional e a média de 15 atendimentos diários por profissional de saúde nas UBSs, dividiu-se o número total de participantes previstos para o estudo pela média de atendimentos diários em cada ESF, chegando-se a um total de 45 ESF, que foram proporcionalmente divididas entre as DRS, chegando-se ao número de 15 ESF por DRS, que foram numeradas aleatoriamente e selecionadas mediante sorteio (Figura 1).

Os participantes foram selecionados por sorteio mediante tabela de números aleatórios, a partir dos hipertensos que estivessem na Unidade Básica de Saúde no dia destinado ao seu atendimento.

Considerou-se como critério de inclusão hipertensos cadastrados e acompanhados pela ESF em tratamento medicamentoso há no mínimo 6 meses, com idade igual ou superior a 18 anos, conscientes, orientados e que concordassem em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foram incluídos aqueles que apresentaram transtorno mental com incapacidade para o autocuidado ou diagnóstico de demência confirmado em prontuário ou por profissionais da ESF, visto que tais condições poderiam predispor ao viés de informação e, assim, comprometer os resultados da pesquisa. Os hipertensos que apresentaram condições que inviabilizassem a avaliação antropométrica conforme técnica estabelecida pelas Diretrizes Brasileiras de Obesidade¹³ e de Hipertensão³, tais como os cadeirantes ou acamados, foram excluídos da pesquisa.

A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro a setembro de 2016 e foi realizada por equipe treinada e que não fazia parte do quadro de profissionais que atendiam os participantes.

Foi aplicado questionário padronizado abordando dados sociodemográficos, estilo de vida, fatores clínicos e terapêuticos e a versão em português do Teste de Morisky-Green (TMG) de quatro itens:

1. Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?
2. Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?
3. Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento?
4. Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

Esse questionário apresentou um α de Cronbach de 0,73 quando foi analisado sua confiabilidade em Porto Alegre (RS), sendo considerado adequado para medir a adesão ao tratamento da HAS¹⁴. Foi considerado como não adesão uma única resposta afirmativa aos itens investigados no instrumento. A fim de evitar interferências no estudo e garantir a privacidade dos participantes, o instrumento de coleta de dados foi aplicado em ambiente que proporcionava privacidade e entendimento acerca dos dados investigados.

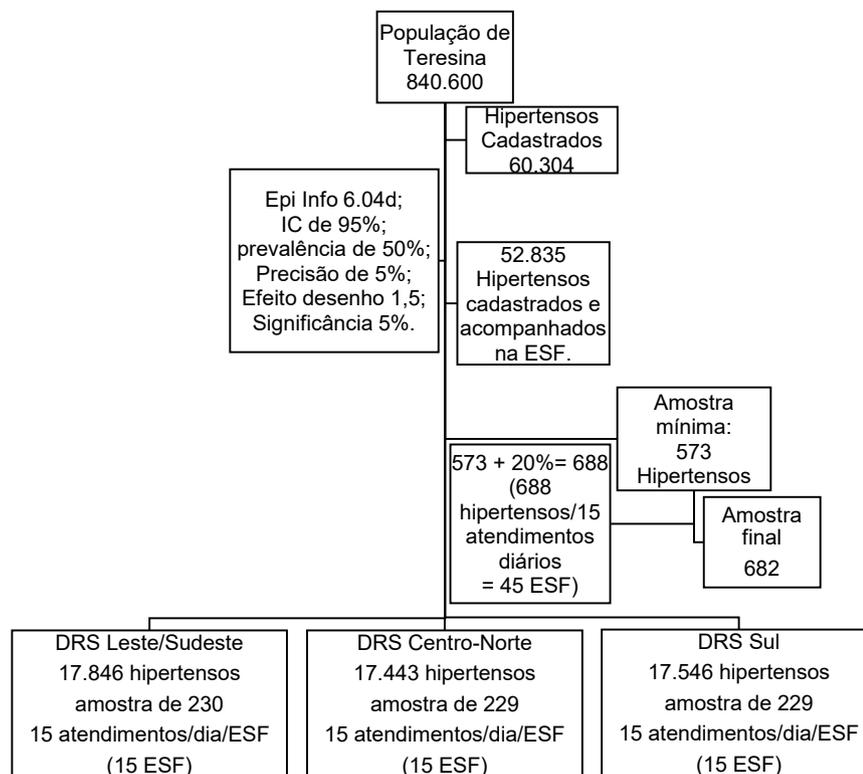


Figura 1. Fluxograma do plano amostral do estudo. Teresina (PI), 2017

A PA foi obtida a partir da média aritmética de duas aferições, realizadas por método indireto com técnica auscultatória e esfigmomanômetro aneroide calibrado e com manguito adequado à circunferência braquial, seguindo o protocolo de classificação da PA, conforme a Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão. Foi considerado PA controlada aquela com valores abaixo de 140/90 mmHg e não controlada, a com valores iguais ou superiores a 140/90mmg, independentemente da existência de comorbidades³.

Para a medida da estatura e demais medidas antropométricas, foram utilizadas as recomendações da Sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão³ e Diretrizes Brasileiras de Obesidade¹³.

Os dados foram digitados e analisados no programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 20.0, e R-Projc, versão 3.0.2. Foi realizado o teste de normalidade e concluiu-se que as variáveis quantitativas seguiram distribuição normal. Na análise univariada, foi usada estatística descritiva. Na bivariada, utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2) para as variáveis qualitativas, conforme adequação categórica, e o teste T de Student para amostras independentes para as variáveis quantitativas.

Para explicar o efeito conjunto das variáveis sobre a classificação do TMG¹⁴ utilizou-se a Regressão Logística Múltipla (RLM) com razão de chance ajustada e considerou-se a não adesão como variável dependente. O critério para inclusão de variáveis no modelo logístico foi a associação ao nível de $p < 0,20$ na análise bivariada¹⁵ e o critério de significância das variáveis no modelo final, $p < 0,05$.

O modelo final de RLM foi ajustado de forma hierárquica por grupo de variáveis pelo método *Enter*. O teste de multicolinearidade necessário para a RLM foi realizado pelo *Variance Inflation Factor* (VIF), adotando-se como ponto de corte para o diagnóstico de multicolinearidade um VIF acima de quatro¹⁶.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI) com CAAE nº 17042713.3.0000.5214 e realizado conforme os princípios éticos em todas as fases do estudo, de acordo com o preconizado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹⁷.

RESULTADOS

A maioria dos participantes foi do sexo feminino (68,2%), baixa escolaridade (55,6%), aposentados (34,8%), casados ou em união consensual (53,7%). Houve baixo relato de tabagismo (7,8%), etilismo (20,1%) e prática regular de atividade física (33,1%). A média de idade foi de 60 anos e de renda familiar de pouco mais de dois salários mínimos. Os respondentes residiam, em média, com 3,6 pessoas no domicílio (Tabela 1).

Entre os não aderentes, houve predomínio do sexo feminino (66,9%), com ensino fundamental completo ou ensino médio incompleto (70,8%), solteiros (68,5%), etilistas (72,3%), não fumantes (64,7%) e que não praticavam atividade física (66%). Na análise bivariada, sexo, idade, instrução, atividade remunerada, número de pessoas na residência e consumo de álcool apresentaram associação com não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS (Tabela 1).

A não adesão ao tratamento medicamentoso segundo o TMG (15) foi de 64,5%. Os itens 4 (Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?) e 3 (Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento) estiveram mais relacionados a não adesão — 94,3 e 89,1%, respectivamente (Figura 2).

Quanto às características clínicas e condições associadas, a maior parte dos entrevistados afirmaram não ter antecedentes familiares com eventos cardiovasculares (54,3%); apresentaram pressão arterial controlada (63%), sobrepeso/obesidade (79%), circunferência abdominal alterada (63,5%); utilizavam mais de três comprimidos ao dia (78,6%); negaram reações adversas medicamentosas (88,7%); são responsáveis pela administração do medicamento anti-hipertensivo (91,2%); informaram acesso gratuito a esses medicamentos (81,1%); compareciam às consultas médicas ou de enfermagem (94,9%) e não participavam das atividades de educação em saúde (69,8%) (Tabela 2).

A não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS foi maior entre aqueles que informaram antecedentes familiares com eventos cardiovasculares (67,6%); apresentaram PA não controlada (70,6%), peso normal (67,6%), circunferência abdominal alterada (66,1%);

utilizavam mais de seis medicamentos ao dia (66,4%); relataram eventos adversos associados ao medicamento anti-hipertensivo (79,2%); contavam com familiares ou outras pessoas responsáveis pela administração do medicamento (70%); não adquiriram os medicamentos anti-hipertensivos gratuitamente (66,7%); não compareciam às consultas com médicos ou enfermeiros (80%) e nem às atividades de educação e saúde (65,8%) (Tabela 2).

Controle da PA, antecedentes cardiovasculares, presença de reações adversas medicamentosas e o comparecimento às consultas médica e/ou de enfermagem apresentaram associação com a não adesão ao tratamento da HAS na análise bivariada (Tabela 2).

Na análise multivariada, sexo, idade, consumo de álcool, níveis tensionais de PA, reações adversas medicamentosas e assiduidade às consultas médicas e/ou de enfermagem permaneceram associadas a não adesão terapêutica medicamentosa anti-hipertensiva. A análise mostrou que ser do sexo feminino representa maior chance de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Entretanto, destaca-se que esse resultado deve ser visto com cautela em virtude de a amostra ser predominantemente composta de mulheres. Para cada um ano a mais na idade, a chance de não adesão foi 8% menor. Os indivíduos com PA não controlada e que não comparecem às consultas apresentaram mais de chance de não adesão. Além disso, ter reações adversas ao uso contínuo de medicamentos elevou em 66% a chance de não adesão ao tratamento medicamentoso hipertensivo, enquanto consumir bebida alcoólica aumentou essa chance em 18% (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Apesar dos compromissos mundiais na vigilância e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis e fatores de risco^{2,18}, a PA não controlada ainda se mostra evidente e com importante associação ao déficit na adesão terapêutica^{19,20}.

As baixas prevalências de adesão ao tratamento medicamentoso indicam que as falhas na adesão a um regime terapêutico contínuo são entraves importantes para controle pressórico e aumentam os danos à saúde da pessoa com HAS^{21,22}. A adesão terapêutica medicamentosa, em caráter multidimensional, está associada a uma série de fatores. Baixa escolaridade, autopercepção ruim do estado de saúde, regime terapêutico complexo, uso de recursos próprios na aquisição dos fármacos, maior número de doenças crônicas e falhas na integralidade do cuidado e na formação de vínculo estão associados à baixa adesão terapêutica²³.

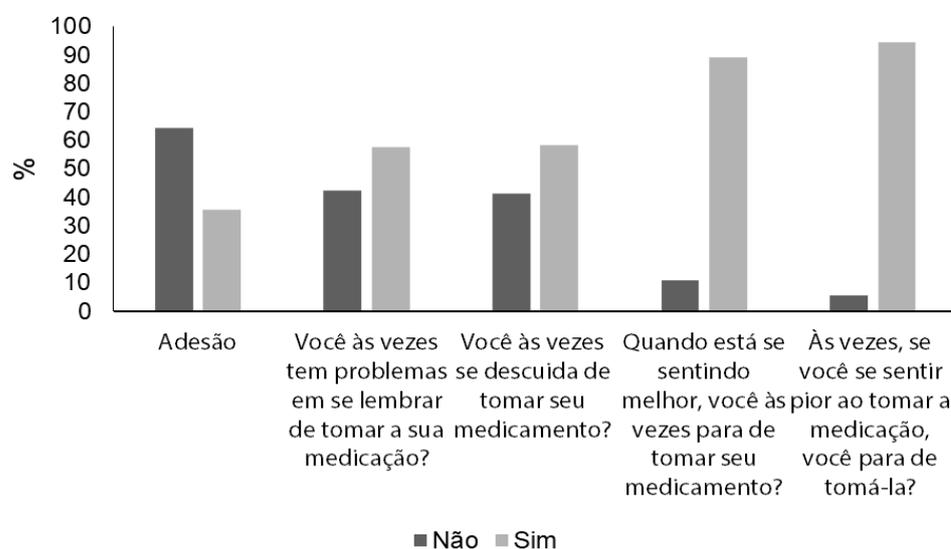


Figura 2. Distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica. Teresina (PI), 2017.

Tabela 1. Características sociodemográficas, estilo de vida associados a não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica de saúde. Teresina (PI), 2017

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação TMG		p-valor
	n	%	Não adesão (%)	Adesão (%)	
Sexo					
Masculino	217	31,8	59,4	40,6	0,059*
Feminino	465	68,2	66,9	33,1	
Instrução					
Analfabeto/ensino fundamental incompleto	379	55,6	61,2	38,8	0,115*
Ensino fundamental completo/ensino médio incompleto	154	22,6	70,8	29,2	
Ensino médio completo	134	19,6	67,9	32,1	
Ensino superior completo ou mais	15	2,2	53,3	46,7	
Atividade remunerada					
Sim			68,3	31,7	0,063*
Não (aposentado, do lar e desempregado)			61,5	38,5	
Estado civil					
Casado (a)/união consensual	366	53,7	64,5	35,5	0,375*
Solteiro (a)	111	16,3	68,5	31,5	
Viúvo (a)	126	18,5	58,7	41,3	
Desquitado (a)/divorciado (a)	79	11,6	68,4	31,6	
Consumo de álcool					
Sim	137	20,1	72,3	27,7	0,034*
Não	545	79,9	62,6	37,4	
Consumo de tabaco					
Sim	53	7,8	62,3	37,7	0,731*
Não	629	92,2	64,7	35,3	
Prática regular de atividade física					
Sim	226	33,1	61,5	38,5	0,247*
Não	456	66,9	66,0	34,0	
Idade (anos) (Mín: 23; Máx: 91; μ : 60,5)					
			59,3 \pm 12,0	62,7 \pm 11,8	<0,001†
Renda (salário mínimo) (Mín: R\$ 77; Máx: R\$ 9.000; μ : R\$ 1.723,30)					
			1680,45 \pm 1125,42	1801,21 \pm 1268,58	0,201†
Número de pessoas na residência (Mín: 1; Máx: 14; μ :3,6)					
			3,7 \pm 1,8	3,4 \pm 1,8	0,154†

TMG: Teste de Morisky-Green; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica. *Teste(χ^2) Qui-Quadrado de Pearson; †(média \pm desvio padrão) realizado Teste t student.

Tabela 2. Características clínicas e terapêuticas associadas a não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica em saúde. Teresina (PI), 2017.

Variáveis	Distribuição na amostra		Classificação TMG		p-valor†
	n	%*	Não adesão (%)	Adesão (%)	
Antecedente familiar cardiovascular					
Sim	312	45,7	67,6	32,4	0,119
Não	370	54,3	61,9	38,1	
Pressão arterial					
Controlada	430	63,0	60,9	39,1	0,011
Não controlada	252	37,0	70,6	29,4	
IMC					
Baixo peso	7	1,0	42,9	57,1	0,354
Normal ou eutrófico	136	19,9	67,6	32,4	
Sobrepeso/obesidade	539	79,0	64,0	36,0	
Circunferência abdominal					
Normal	249	36,5	61,8	38,2	0,269
Alterada	433	63,5	66,1	33,9	
Condição clínica associada‡					
Sim	389	57,0	63,7	36,3	0,501
Não	293	43,0	66,5	33,5	
Total de anti-hipertensivos por dia					
< 3	317	46,5	64,7	35,3	0,985
3 6	333	48,8	64,3	35,7	
≥ 6	32	4,7	65,6	34,4	
Total de medicamentos por dia					
< 3	146	21,4	62,3	37,7	0,758
3 6	384	56,3	64,6	35,4	
≥ 6	152	22,3	66,4	33,6	
Reações adversas					
Sim	77	11,3	79,2	20,8	0,004
Não	605	88,7	62,6	37,4	
Responsável pela administração do medicamento					
Paciente	622	91,2	64,0	36,0	0,352
Familiares/outros	60	8,8	70,0	30,0	
Aquisição gratuita dos medicamentos					
Sim	553	81,1	64,0	36,0	0,571
Não	129	18,9	66,7	33,3	

Continua...

Tabela 2. Continuação...

Comparecem às consultas					
Sim	647	94,9	63,7	36,3	0,049
Não	35	5,1	80,0	20,0	
Comparecem às atividades de educação e saúde					
Sim	206	30,2	61,7	38,3	0,304
Não	476	69,8	65,8	34,2	

TMG: Teste de Morisky-Green; IMC: Índice de Massa Corporal.

*As porcentagens se referem ao total de 682 hipertensos, exceto para descrição do tipo de condições clínicas associadas, que representam o total de comorbidades apresentadas pelos participantes; †Teste(χ^2) Qui-Quadrado de Pearson; ‡As condições clínicas associadas foram obesidade (37%), diabetes (29/6%), dislipidemia (26,2%), doença cardíaca (11,7%), doença cerebrovascular (8,9%), doença renal (0,6%) e doença arterial periférica (0,4%).

Tabela 3. Análise multivariada dos fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção básica em saúde. Teresina (PI), 2017

Variáveis	ORa	IC95%	p-valor
Sexo			
Masculino	Ref.	-	0,048
Feminino	1,35	1,09–1,89	
Idade (+1)*	0,92	0,58–0,99	0,003
Consumo de álcool			
Não	Ref.	-	0,039
Sim	1,18	1,02–1,37	
Pressão arterial			
Controlada	Ref.	-	0,031
Não controlada	1,27	1,03–1,33	
Reações adversas			
Não	Ref.	-	0,001
Sim	1,66	1,13–1,93	
Comparece à consulta			
Não	1,31	1,12–1,87	0,022
Sim	Ref.	-	

ORa: Odds ratio ajustado; IC95%: intervalo de 95% de confiança para odds ratio ajustado; Pseudo-correlação: 51,02%; Ref.: adesão.

*Cada ano a mais na idade diminui em 8% a chance de não adesão.

Em caráter multiprofissional, com ênfase no cuidado continuado, a ESF, com assistência qualificada e estrutura logística adequada, tem papel importante na promoção da adesão terapêutica medicamentosa. Estudo sobre programa de gestão de doenças crônicas constatou aumento de aproximadamente 60% da adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, através do acompanhamento qualificado e continuado do hipertenso²⁴.

Pesquisa comparativa entre grupos de indivíduos com HAS atendidos em um programa tradicional de cuidados e outro pela ESF demonstrou que apenas aqueles atendidos pela ESF tiveram redução significativa da PA sistólica, associando-se ao fato de a ESF apresentar um atendimento diferenciado com vínculo entre pacientes e equipe de saúde²⁵. Na ESF, os hipertensos eram atendidos em consulta de enfermagem e participavam de grupos de promoção da saúde, sendo um dos principais diferenciais entre o programa tradicional de cuidados²⁵.

Neste contexto, destaca-se a importância de ações intersetoriais, planejamento terapêutico e gestão qualificada que considerem as particularidades do indivíduo e contemplem suas necessidades de modo a favorecer sua adesão²³.

Historicamente, o sexo feminino tem sido associado a maior prevalência de adesão na maior parte dos estudos publicados^{24,26-28}. Entretanto, neste estudo, ser do sexo feminino esteve associado a não adesão. Resultado semelhante foi observado em estudo de revisão²⁹ que constatou maior prevalência de adesão entre os homens. Tal resultado pode estar relacionado às mudanças na forma de agir e pensar do homem no tratamento de condições crônicas de saúde ou, ainda, às mudanças na assistência à saúde deste público, direcionada por políticas específicas. Em estudo realizado em Campinas-SP (Brasil) sobre o cuidado à saúde de homens com doenças crônicas, foi destacado que o comportamento masculino parece sofrer modificações de modo a favorecer a melhor adesão às medidas terapêuticas³⁰.

Outras características sociais também têm sido relatadas como determinantes de não adesão. Alguns estudos^{23,26,27} identificaram menores índices de adesão associados a pessoas mais jovens e com déficit de conhecimento sobre a doença, ao tempo que identificaram melhor adesão entre aqueles com melhor vínculo aos serviços de saúde. A assintomaticidade e cronicidade da HAS, exigindo disciplina e mudanças de hábitos, podem contribuir para baixa adesão dos mais jovens, que resistente à aceitação da condição, retardam ou resistem ao tratamento continuado. Por outro lado, o avanço da idade e maior predisposição a eventos crônicos podem tornar o indivíduo mais envolvido com sua saúde e, portanto, com maior adesão, o que explica também a melhor adesão entre aposentados — em sua maioria, pessoas com 60 anos ou mais. Da mesma forma, a maior adesão entre aqueles que convivem com menor número de pessoas pode estar relacionada ao maior controle dos eventos familiares, como despesas e conflitos, contribuindo para a efetividade do processo terapêutico³.

A maior frequência de não adesão encontrada entre aqueles com menor nível de instrução pode ser explicada pela compreensão na relação existente entre conhecimento e prevenção. Espera-se que quanto maior o conhecimento sobre possíveis riscos à saúde, maior seja o envolvimento pessoal pela prevenção e promoção de vida saudável²⁹. Sendo assim, destaca-se a importância de ações interdisciplinares na atenção à saúde da pessoa hipertensa, bem como a necessidade de considerar o indivíduo em seu caráter único, coletivo, cultural e ativo no processo de cuidar.

No caráter multifatorial associado à adesão, torna-se essencial desenvolver medidas para adaptar de forma flexível as estratégias de tratamento e, com isso, abordar as barreiras enfrentadas pelos pacientes de modo a promover a adesão²⁹. É necessário, portanto, intervir nas causas de forma efetiva, pois a HAS constitui importante fator de risco para doença cardiovascular e cerebrovasculares com elevado impacto nos índices de morbimortalidade e déficits econômicos²⁹.

Neste estudo, a alta prevalência da não adesão coincidiu com dados apresentados na literatura^{21,23,31} e esteve associada a fatores relacionados ao planejamento terapêutico, estilo de vida e ao acesso aos recursos necessários para cuidado integral e continuado, como a assiduidade em consultas e atividades educativas.

Quanto ao estilo de vida, hábitos como o etilismo regular mostraram-se associados a não adesão. Tal prática acarreta comportamento desfavorável à disciplina terapêutica por abandono, esquecimento ou ineficácia causada pela interação medicamentosa com o álcool^{3,26}. Trata-se de prática que colabora com o descontrole da PA e que requer política de combate eficaz, de modo a proporcionar condições para que o hipertenso abandone hábitos insalubres em prol de eficácia terapêutica, adesão continuada e redução de agravos associados¹⁸.

Dentre os fatores que apresentaram associação com a não adesão e que refletem dados encontrados na literatura mundial, destaca-se a PA não controlada como consequência de uma adesão terapêutica não continuada e compreendida em seu contexto mais amplo possível. A menor prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso por indivíduos com PA não controlada pode estar relacionada ao baixo envolvimento no planejamento terapêutico^{3,19,32,33}.

Apresentar eventos cardiovasculares na família foi mais frequente entre aqueles com não adesão. Tal resultado pode estar relacionado ao possível déficit de conhecimento da pessoa com HAS sobre a doença que, ao desconhecer eventos cardiovasculares na família como fator de risco adicional, não o compreende como fator de maior preocupação com a saúde, sendo assim, parece não ser percebido como fator para motivar adesão terapêutica³.

Não assiduidade às consultas com os profissionais de saúde e PA não controlada mostraram associação com não adesão ao tratamento medicamentoso. Tais resultados fortalecem a compreensão de que assistência qualificada; vínculo profissional/cliente; e disponibilização de recursos farmacológicos, como programas de acesso aos medicamentos que atendam às necessidades do indivíduo com eficácia e sem desconfortos, contribuem de modo significativo para a adesão ao tratamento medicamentoso^{19,34-36}.

A frequência irregular às consultas é importante fator de risco para não adesão à medicação anti-hipertensiva. Como alternativa de solução desse problema, destaca-se técnicas de saúde móvel como forma de monitorar e lembrar os pacientes de suas visitas de acompanhamento³⁷. Também é preciso pensar nos itinerários terapêuticos dos pacientes até à Unidade Básica de Saúde compreendendo o transporte e as barreiras socioambientais que necessitam enfrentar para ter acesso aos serviços de saúde²⁷.

Dentre os outros fatores investigados, o número e tipo de medicamentos prescritos estão frequentemente associados à terapêutica medicamentosa^{33,36}, apesar de neste estudo não ter sido comprovada essa associação. A relação entre adesão e o número de medicamentos pode sofrer influências das características do tratamento medicamentoso, tais como o uso de maior número de comprimidos por tempo prologado e de medicamentos que apresentam eventos adversos. Tal associação evidencia a importância do cuidado continuado, individualizado e qualificado da atenção básica na promoção da adesão.

A forma de aquisição dos fármacos é outro fator que, apesar de neste estudo não ter apresentado associação estatística, merece destaque, pois tem sido frequentemente associado a não adesão^{24,31,35,38}. Pesquisa que analisou a adesão ao tratamento farmacológico em hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa constatou adesão de 80,2%, bem superior à média de adesão de outros pacientes hipertensos atendidos na atenção básica que não têm a garantia do recebimento dos medicamentos, demonstrando a importância do acesso às medicações no controle da doença⁷.

Sobre a renda familiar, a não associação ao desfecho não adesão pode estar relacionada ao fato de tratar-se de informação autorreferida, que, portanto, pode ter sofrido viés de informação por omissão ou preservação dos participantes sobre os dados financeiros. Outra explicação sobre a não associação da renda com o desfecho são os programas governamentais de melhoria do acesso da população às medicações, assim como pelas políticas de melhorias do acesso e qualidade nos serviços de saúde que permitem ao indivíduo com HAS seguir terapêutica implementada sem comprometer ou ser influenciada significativamente pela renda familiar¹⁰.

Considerando os fatores associados ao desfecho não adesão ao tratamento medicamentoso na ESF, destacaram-se, neste estudo, o sexo feminino, menor faixa etária, consumo de álcool, PA não controlada, reação adversas medicamentosas e o não comparecimento às consultas, evidenciando a importância da assistência qualificada e das políticas que favorecem o acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral.

Áreas-alvo potenciais para a melhoria da adesão na atenção básica incluem aconselhamento, prescrição, dispensação e acompanhamento de pacientes além da integração do tratamento com serviços de alfabetização, englobando todos os tratamentos ou pontos específicos de cuidado, buscando melhorar os programas de triagem e assim reduzir a morbidade, a mortalidade e os custos associados à HAS³⁷.

Como limitações deste estudo, destaca-se a possibilidade do viés de memória ou de informação, visto serem dados autorreferidos e viés de aferição da PA. Porém, para controlar essa limitação, foram realizadas orientações sobre a importância de serem informados os dados corretos, obedecidos rigorosamente os critérios de exclusão e inclusão, além de controlar os fatores externos, como a presença de terceiros no momento da entrevista que por ventura

influenciassem os relatos dos participantes. Para controlar possível viés de aferição, os pesquisadores foram treinados de modo a uniformizar o procedimento, e a coleta de dados foi realizada em ambiente tranquilo, sem ruídos. Ainda, cada pesquisador fez uso de vestuário que não acarretasse alteração no valor da PA, tal como ocorre no uso do jaleco branco. Outra limitação é que, apesar do instrumento utilizado para medir a adesão ser o mais empregado em pesquisas, outras variáveis de confusão, como os transtornos de humor e autopercepção de saúde, que poderiam influenciar nas respostas subjetivas ao TMG, não foram avaliadas. Além disso, a amostra foi predominantemente do sexo feminino, o que faz com que exista uma tendência de serem encontradas associações das variáveis analisadas com esse sexo.

CONCLUSÃO

O percentual de não adesão encontrado neste estudo foi elevado. Ser mulher, possuir menor faixa etária, consumir álcool, apresentar PA não controlada e reação adversas medicamentosas e não comparecer às consultas foram fatores associados a não adesão ao tratamento da HAS.

Torna-se necessário ações eficazes para aumentar a adesão ao tratamento da HAS na atenção básica considerando todos os fatores inerentes neste processo no tocante ao indivíduo, ao profissional e à gestão de recursos e serviços de saúde por meio de políticas de saúde que proporcionem o cuidado continuado, integrado e adequado à necessidade do indivíduo hipertenso.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. A global brief on hypertension: Silent killer, global public health crisis. [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [citado 2017 Fev 01]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. [Internet]. Geneva: WHO; 2014. [citado 2017 Fev 02]. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>
3. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2016;107(Supl.3):1-83. <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>
4. Aronow WS, Fleg JL, Pepine CJ, Artinian NT, Bakris G, Brown ASMD, et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*. 2011;123(21):2434-506. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31821daaf6>
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2224-60. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61766-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61766-8)
6. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116):179-90. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614>
7. Mansour SN, Monteiro CN, Luiz OC. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol Serv Saúde*. 2016;25(3):647-54. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000300021>
8. Dallacosta FM, Restelatto MTR, Turra L. Adesão ao tratamento e hábitos de vida de hipertensos. *J Res Fundam Care Online*. 2019;11(1):113-7. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.113-117>
9. Silva AUA, Azevedo JS, Nobre TF. Adesão ao tratamento não farmacológico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *RETEP – Rev Tendên da Enferm Profis*. 2016;8(4):2019-23.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
11. Pinheiro FM, Espírito Santo FH, Sousa RM, Silva J, Santana RF. Adesão terapêutica em idosos hipertensos: revisão integrativa. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min*. 2018;8:e1938. <https://doi.org/10.19175/recom.v7i0.1938>

12. Rodrigues MTP, Moreira TMM, Andrade DF. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(2):232-9. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005044>
13. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade 2016*. [Internet]. São Paulo: ABESO; 2016. [citado 2017 Jan 20]. Disponível em: <https://abeso.org.br/wp-content/uploads/2019/12/Diretrizes-Download-Diretrizes-Brasileiras-de-Obesidade-2016.pdf>
14. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar a medicação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46, 2(1):279-89. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>
15. Hosmer DW, Lemeshow S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley; 2000.
16. Garson GD. *Structural equation modeling*. Asheboro-North Carolina: Statistical Publishing Associates; 2010.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução no 466, de 12 de dezembro de 2012. [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013. [citado 2015 Jun 20]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
18. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):373-90. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000200016>
19. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):114-20. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160016>
20. Pierin AMG, Silva SSB, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):763-70. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000600008>
21. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. *PLoS One*. 2014;9(12):e112875. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0112875>
22. Yang Z, Howard DH, Will J, Loustalot F, Ritchey M, Roy K. Association of antihypertensive medication adherence with healthcare use and medicaid expenditures for acute cardiovascular events. *Med Care*. 2016;54(5):504-11. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000515>
23. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl 2):1-11s.
24. Raymundo ACN, Pierin AMG. Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(5):811-9. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000500006>
25. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta Paul Enferm*. 2005;18(3):269-75. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002005000300007>
26. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>
27. Magnabosco P, Teraoka EC, Oliveira EM, Felipe EA, Freitas D, Marchi-Alves LM. Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(1):20-7. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0144.2520>
28. Nguyen TPL, Schuiling-Veninga CCM, Nguyen TBY, Vu TH, Wright EP, Postma MJ. Adherence to hypertension medication: quantitative and qualitative investigations in a rural Northern Vietnamese community. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171203>
29. Rash JA, Lavoie KL, Feldman RD, Campbell TS. Adherence to antihypertensive medications: current status and future directions. *Curr Cardiovasc Risk Rep*. 2014;8:415. <https://doi.org/10.1007/s12170-014-0415-4>
30. Yoshida VC, Andrade MGG. Health care from the view of male workers with chronic diseases. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):597-610. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0611>
31. Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(1):116-27. <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160098>
32. Tocci G, Ferrucci A, Pontremoli R, Ferri C, Rosei EA, Morganti A, et al. Blood pressure levels and control in Italy: comprehensive analysis of clinical data from 2000-2005 and 2005-2011 hypertension surveys. *J Hum Hypertens*. 2015;29(11):696-701. <https://doi.org/10.1038/jhh.2015.4>

33. Pimenta FB, Pinho L, Silveira MF, Botelho ACC. Fatores associados a doenças crônicas em idosos atendidos pela Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(8):2489-98. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11742014>
34. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria no 111, de 28 de janeiro de 2016. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). [Internet]. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 2016. [citado 2017 Jun 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0111_28_01_2016.html
35. Bello FMA, Carvalho EF, Farias SF. Análise do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica em Recife-PE. *Saúde Debate*. 2014;38(103):706-19. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140065>
36. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl 2):8s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006154>
37. Nashilongo MM, Singu B, Kalemeera F, Mubita M, Naikaku E, Baker A, et al. Assessing adherence to antihypertensive therapy in primary health Care in Namibia: findings and implications. *Cardiovasc Drugs Ther*. 2017;31(5-6):565-78. <https://doi.org/10.1007/s10557-017-6756-8>
38. Hedna K, Hakkarainen KM, Gyllensten H, Jönsson AK, Sundell KA, Petzold M, et al. Adherence to antihypertensive therapy and elevated blood pressure: should we consider the use of multiple medications? *PLoS One*. 2015;10(9):e0137451. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137451>