

Associação entre acompanhamento em serviços de saúde e adesão terapêutica anti-hipertensiva

Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence
Asociación entre seguimiento en servicios de salud y adhesión terapéutica antihipertensiva

Nilá Larisse Silva de Albuquerque¹, Andressa Suelly Saturnino de Oliveira¹,
Jacqueline Mota da Silva¹, Thelma Leite de Araújo¹

¹ Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, Brasil.

Como citar este artigo:

Albuquerque NLS, Oliveira ASS, Silva JM, Araújo TL. Association between follow-up in health services and antihypertensive medication adherence. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(6):3006-12. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0087>

Submissão: 21-02-2018

Aprovação: 01-05-2018

RESUMO

Objetivo: Analisar a associação entre as características do acompanhamento em serviços de saúde e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes com doença cardiovascular. **Método:** Estudo analítico, realizado com 270 pacientes com hipertensão internados pela ocorrência de complicação cardiovascular. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2015 e abril de 2016. Analisaram-se variáveis sociodemográficas, presença de diabetes autorreferida, condições de acesso e utilização de serviços de saúde, níveis de pressão arterial e adesão terapêutica por meio do Teste de Morisky-Green (TMG). **Resultados:** A taxa de adesão terapêutica anti-hipertensiva identificada foi de 63,0%. O cadastro no programa Hiperdia não apresentou significância estatística com a adesão. Esta medida foi melhor naqueles que compareceram entre 4 e 6 consultas de enfermagem no ano ($p=0,02$). **Conclusão:** Os achados fornecem subsídios para a reorientação dos serviços de saúde e suas políticas públicas para a ampliação da adesão terapêutica anti-hipertensiva.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Serviços de Saúde; Acesso aos Serviços de Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To analyze the association between the characteristics of follow-up in health services and adherence to antihypertensive medication in patients with cardiovascular disease. **Method:** Analytical study carried out with 270 patients suffering from hypertension and hospitalized due to cardiovascular complications. Data collection occurred between November 2015 and April 2016, involving sociodemographic variables, presence of self-reported diabetes, accessibility and use of health services, blood pressure levels and medication adherence (analyzed through the Morisky-Green Test). **Results:** The rate of adherence to antihypertensive therapy was 63.0%. Enrollment in the Hiperdia program had no statistical significance to medication adherence. People who attended at least between 4 and 6 nursing consultations throughout the data collection period ($p = 0.02$) had better adherence. **Conclusion:** The study's findings provide support for the reorientation of health services and their public policies towards improving adherence to antihypertensive therapeutics.

Descriptors: Hypertension; Medication Adherence; Health services; Health Services Accessibility; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la asociación entre las características del seguimiento en servicios de salud y la adhesión al tratamiento antihipertensivo en pacientes con enfermedad cardiovascular. **Método:** Estudio analítico, realizado con 270 pacientes con hipertensión internados por la ocurrencia de complicación cardiovascular. La recolección de datos ocurrió entre noviembre de 2015 y abril de 2016. Se analizaron variables sociodemográficas, presencia de diabetes autorreferida, condiciones de acceso y utilización de servicios de salud, niveles de presión arterial y adhesión terapéutica a través de la prueba de Morisky-Green. **Resultados:** La tasa de adhesión terapéutica antihipertensiva identificada fue del 63,0%. El registro en el programa Hiperdia no presentó significancia estadística con la adhesión. Esta medida fue mejor en aquellos que asistieron entre 4 y 6 consultas

de enfermería en el año ($p=0,02$). **Conclusión:** Los hallazgos proporcionan subsidios para la reorientación de los servicios de salud y sus políticas públicas para la ampliación de la adhesión terapéutica antihipertensiva.

Descriptores: Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Servicios de Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE

Nila Larisse Silva de Albuquerque

E-mail: larisseeuf@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica com importante influência na ocorrência de complicações, incluindo insuficiência cardíaca, doença coronariana e acidente vascular cerebral⁽¹⁾, quando os níveis de pressão arterial não se mantêm controlados⁽²⁾. No Brasil, estima-se que a HA esteja presente em 30% da população adulta, em 50% dos idosos e em 5% de crianças e adolescentes⁽³⁻⁴⁾. Investigação desenvolvida em 190 países apontou o Brasil como o país com a sexta maior taxa de pessoas com hipertensão no mundo, sendo essa de 552/100.000 habitantes, com expressivo aumento de 13,2% na prevalência da doença entre 2001 e 2011⁽⁵⁾.

Em contrapartida à alta prevalência da doença e aos avanços nas suas estratégias de diagnóstico e tratamento, estima-se que 60% dos pacientes com hipertensão possuem valores de pressão arterial acima da meta pressórica, o que os coloca em risco de complicações cardiovasculares e de lesões em órgãos-alvo⁽⁶⁾. O baixo nível de controle da hipertensão arterial é, muitas vezes, reflexo da adesão inadequada ao tratamento anti-hipertensivo⁽⁷⁾.

O termo “adesão” é definido pela Organização Mundial de Saúde⁽⁸⁾ como a medida em que o comportamento de um indivíduo, ao tomar medicação corretamente, seguir dieta e/ou possuir hábitos de vida saudáveis, corresponde às recomendações de profissionais de saúde. O nível de adesão ao tratamento anti-hipertensivo apresenta taxas entre 50 e 60% na população em geral, com registros de percentuais inferiores a 50% em idosos^(7,9-10). A baixa adesão eleva a mortalidade de hipertensos e subutiliza os recursos despendidos para o tratamento⁽¹¹⁻¹²⁾.

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é um fenômeno multi-dimensional. Pode estar relacionada a: usuário, doença/tratamento, serviços de saúde e ambiente⁽¹³⁻¹⁴⁾. Estudos que analisam os fatores associados à adesão têm sido focados, com maior frequência, em características relacionadas à doença e ao tratamento. Isso denota a dificuldade de pesquisadores e profissionais de saúde em buscar respostas às barreiras de adesão que estejam associadas a outros elementos, como o acesso e a utilização de serviços de saúde.

OBJETIVO

Analisar a associação entre as características do acompanhamento em serviços de saúde e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes com doença cardiovascular.

MÉTODO

Aspectos éticos

Aqueles que aceitaram participar deste estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira.

Desenho, local do estudo e período

Estudo analítico, realizado em hospital público de referência para diagnóstico e tratamento de doenças cardiovasculares, localizado na região Nordeste do Brasil. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2015 e abril de 2016.

População, critérios de inclusão e exclusão

Foram critérios de inclusão dos participantes: possuir o diagnóstico de hipertensão arterial no prontuário hospitalar, afirmar que estava realizando tratamento medicamentoso anti-hipertensivo antes da internação e estar internado devido à ocorrência de uma das complicações cardiovasculares: infarto agudo do miocárdio, doença arterial coronariana, angina estável ou angina instável. Como critérios de exclusão, foram estabelecidos: apresentar instabilidade hemodinâmica no momento da coleta e não estar orientado auto e alopsiquicamente.

Para o cálculo amostral, considerou-se como população 600 pacientes, uma vez que, em média, ocorriam 100 internações por mês nas unidades hospitalares incluídas no estudo e foram estabelecidos seis meses para a coleta de dados. A prevalência de adesão à terapia medicamentosa em hipertensos considerada foi de 50%, o erro de 5% e o intervalo de confiança de 95%. Dessa forma, o número amostral totalizou 253 pessoas. Durante o período de coleta de dados, foi possível ultrapassar a amostra mínima, chegando a 270 participantes no estudo. O acesso aos participantes deu-se por conveniência, de forma não intencional.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por enfermeiras por meio de questionamentos sobre: dados sociodemográficos, diabetes autorreferida, informações sobre acesso e utilização de serviços de saúde e Teste de Morisky-Green (TMG)⁽¹⁵⁾. Para completar a coleta de informações, foi verificada a pressão arterial do participante conforme a técnica estabelecida por consenso brasileiro⁽¹⁶⁾. O TMG é composto por quatro questões com respostas dicotômicas (sim/não): 1- Você costuma esquecer-se de tomar seus remédios? 2- Você é desatento quanto à tomada do seu remédio? 3- Você deixa de tomar o remédio caso sintasse melhor? 4- Você deixa de tomar o remédio caso sintasse pior?⁽¹⁷⁾. O teste foi validado com hipertensos, utilizando como padrão-ouro a pressão arterial⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Esse teste é o instrumento para medida de adesão terapêutica medicamentosa mais utilizado no Brasil, uma vez que contém poucas questões, é simples e sensível, possui baixo custo e reflete a conduta do paciente em relação à prescrição recebida⁽²⁰⁾.

Análise dos resultados e estatística

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel[®] 2010 e exportados para o programa IBM SPSS Statistics[®] 20, por meio do qual foi realizado tratamento descritivo e analítico. A estatística descritiva contemplou o cálculo de frequências e de medidas

de tendência central (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão e intervalo interquartil).

A estatística inferencial foi aplicada para buscar associação entre o acompanhamento nos serviços de saúde e a adesão ao tratamento medicamentoso da HA. Por se tratar de instrumento com apenas quatro questões, para melhor detalhamento do resultado do TMG, as respostas a cada pergunta foram analisadas isoladamente, a fim de conhecer as dificuldades dos participantes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo. Ainda, foi considerado o somatório total das respostas, sendo atribuído 1 ponto a cada pergunta respondida corretamente. A partir do somatório, a média de adesão ao tratamento anti-hipertensivo do grupo estudado pôde ser calculada, sendo considerada a variável de desfecho. As variáveis preditoras foram os fatores associados ao acompanhamento nos serviços de saúde, cujas respostas foram categorizadas de modo dicotômico para permitir a comparação entre as médias de adesão (teste U de Mann-Whitney). Todas as variáveis contínuas foram testadas quanto à normalidade de distribuição por meio do teste Kolmogorov-Smirnov. Valores de $p < 0,05$ foram considerados para atribuir significância aos resultados dos testes.

RESULTADOS

Dos 270 participantes, a maioria era do sexo feminino (53,0%). A idade variou entre 26 e 89 anos, com predominância de idosos (191; 70,7%; = $64,8 \pm 10,1$ anos), conforme apresentado na Tabela 1.

A média da pressão arterial no momento da internação pôde ser classificada como normal. Apenas 43,7% dos participantes apresentavam diagnóstico de diabetes mellitus (DM) em associação à HA. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a adesão de participantes com HA daqueles com HA associada à DM ($p = 0,668$).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes, segundo dados sociodemográficos e da pressão arterial, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	Estatística (N = 270)
Idade em anos, média (DP)	64,8 (10,1)
Sexo feminino, n (%)	143 (53,0)
Pressão arterial em mmHg	
Sistólica, mediana (IQR)	128 (24)
Diastólica, mediana (IQR)	72 (16)
HA associada ao DM, n (%)	118 (43,7)

Nota: DP = Desvio-padrão; n = amostra; IQR = Intervalo interquartil; DM = Diabetes mellitus.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes, segundo as respostas adequadas ao Teste de Morisky-Green, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

	TMG	n(%)	IC 95%
Não possui problemas para se lembrar de tomar o remédio		187 (69,3)	63,8 - 74,8
Não é descuidado quanto à tomada do remédio		178 (65,9)	60,3 - 71,5
Não deixa de tomar o remédio quando se sente bem		245 (90,7)	87,3 - 94,1
Não deixa de tomar o remédio quando se sente mal		244 (90,4)	86,9 - 93,9

Nota: TMG = Teste de Morisky-Green.

Tabela 3 – Adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, segundo variáveis de acompanhamento dos participantes em serviços de saúde, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017

Variáveis	n	TMG Média \pm DP	Valor de p^*
Cadastro no Hiperdia			
Sim	196	3,2 \pm 1,1	0,370
Não	74	3,1 \pm 1,1	
Internação nos últimos 2 anos			
0 – 1	225	3,2 \pm 1,1	0,346
2 – 3	45	3,0 \pm 1,2	
Emergência nos últimos 2 anos			
0 – 1	213	3,2 \pm 1,1	0,046
2 – 3	57	2,9 \pm 1,2	
Consultório nos últimos 2 anos			
0 – 1	173	3,1 \pm 1,2	0,741
2 – 4	96	3,2 \pm 1,0	
UBS nos últimos 2 anos			
0 – 1	76	3,2 \pm 1,0	0,733
2 – 6	192	3,1 \pm 1,2	
Acolhido na UBS			
Sim	179	3,2 \pm 1,1	0,125
Não	91	3,0 \pm 1,2	
Acolhido no consultório			
Sim	74	3,0 \pm 1,2	0,109
Não	196	3,2 \pm 1,1	
Dificuldade de locomoção até a UBS			
Sim	61	3,1 \pm 1,2	0,565
Não	209	3,2 \pm 1,1	
Consulta médica nos últimos 12 meses			
0 – 3	86	3,1 \pm 1,1	0,345
4 – 6	180	3,2 \pm 1,2	
Consulta de enfermagem nos últimos 12 meses			
0 – 3	120	3,0 \pm 1,1	0,022
4 – 6	142	3,3 \pm 1,1	
Última consulta antes da admissão			
Até 6 meses	226	3,2 \pm 1,1	0,007
Mais de 7 meses	31	2,5 \pm 1,4	
Última orientação sobre cuidados com DCV			
Até 6 meses	219	3,2 \pm 1,1	0,013
Mais de 7 meses	30	2,6 \pm 1,4	

Nota: * Teste U de Mann-Whitney; TMG = Teste de Morisky-Green; UBS = unidade básica de saúde.

Neste estudo, a prevalência de adesão ao tratamento farmacológico, mensurada por meio do TMG, foi de 63,0%. De acordo com os dados contidos na Tabela 2, a maior dificuldade detectada na aplicação do TMG correspondeu à presença de descuidos quanto à tomada do remédio, sendo o item com o menor percentual positivo (65,9%) entre as respostas ao instrumento mensurador.

A média do TMG foi analisada e associada às características de acompanhamento dos participantes do estudo em serviços de saúde, conforme pode ser identificado na Tabela 3.

O cadastro no programa Hiperdia não apresentou significância estatística em relação a diferenças na adesão terapêutica ($p=0,370$). A amostra estudada apresentou como características predominantes: poucas internações nos últimos dois anos (83,3%); baixa frequência de comparecimento às consultas na atenção secundária – consultórios/ambulatoriais (64,3%); nenhuma dificuldade de locomoção até a UBS (77,4%); alta frequência de comparecimento à UBS (71,6%), com sensação de acolhimento na UBS (66,3%), embora não tenham se sentido acolhidos nas consultas ambulatoriais (72,6%).

A adesão foi diferente considerando a quantidade de vezes em que o paciente deu entrada no serviço de emergência nos últimos dois anos: aqueles que não procuraram esse serviço, ou o fizeram apenas uma vez, tiveram melhor adesão quando comparados àqueles que tiveram maior frequência de admissões ($p=0,046$).

Os dados relativos à frequência de comparecimento às consultas ofertadas na atenção primária no último ano permitiram inferir que os pacientes compareceram mais às consultas médicas (67,6%) do que às consultas de enfermagem (54,2%). Contudo, a adesão medida pelo TMG foi melhor naqueles que compareceram às consultas de enfermagem com maior frequência – de 4 a 6 vezes no último ano ($p=0,022$).

Houve predominância de pacientes que, até seis meses antes da internação atual, compareceram a alguma consulta (87,9%; $p=0,007$) ou que receberam alguma orientação sobre cuidados com a DCV (84,5%; $p=0,013$). Ambas as ações, quando recentes à internação, influenciaram significativamente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso: esses pacientes tiveram melhores resultados na avaliação pelo TMG.

DISCUSSÃO

A investigação do nível de adesão terapêutica em diferentes populações de hipertensos no Brasil é frequente, diante da relevância do problema no país. Aplicações do TMG em populações brasileiras com hipertensão, mas sem doença cardiovascular associada, identificaram taxas de adesão entre 36%⁽²¹⁾ e 57%⁽⁷⁾.

A adesão identificada na população deste estudo foi superior (63%), possivelmente influenciada pelas características dos participantes, os quais possuíam doença cardiovascular associada à hipertensão arterial e, por consequência, necessitavam e buscavam com maior frequência atenção à saúde. Conforme evidenciado nos achados desta pesquisa, o maior comparecimento a consultas possui relação estatisticamente significativa com a melhor adesão terapêutica, o que reforça o impacto do acesso e utilização de serviços de saúde aos pacientes hipertensos com doença cardiovascular associada. Ademais, outras investigações corroboram o achado ao apontarem o aumento dos níveis de adesão terapêutica em portadores de hipertensão após a ocorrência de complicações da doença⁽²²⁻²³⁾.

Entende-se que a presença de doenças cardiovasculares associadas à hipertensão leva o paciente a necessitar de e, consequentemente, buscar com maior frequência os serviços de saúde. Isso apresenta impacto na adesão terapêutica anti-hipertensiva,

uma vez que, conforme evidenciado nos achados deste estudo, há relação estatisticamente significativa entre o maior comparecimento a consultas e a melhor adesão terapêutica. Ainda, esse achado é comprovado por outros estudos que demonstraram uma maior adesão terapêutica dos portadores de hipertensão depois que passaram por complicações na doença⁽²²⁻²³⁾.

No entanto, o déficit de adesão apresentado pela população com hipertensão e cardiopatia, mesmo inferior à população sem o agravamento, influencia negativamente o prognóstico e a sobrevida com a doença.

Descuidos na tomada da medicação foi a categoria associada à maior dificuldade para o alcance da adesão nos pacientes do estudo, corroborando os resultados de demais investigações com pessoas hipertensas⁽²⁴⁻²⁵⁾. A descontinuidade da ação da medicação anti-hipertensiva gerada pelo esquecimento de doses e pela tomada em horários incorretos leva a oscilações pressóricas que comprometem o controle e facilitam a ocorrência de eventos cardiovasculares negativos, tais como infarto agudo do miocárdio e angina⁽²⁶⁾. Ressalta-se que tais eventos foram as causas de internação dos participantes deste estudo, fortalecendo a relação entre sua ocorrência e a baixa adesão terapêutica.

Uma vez que envolve população com elevada demanda de atenção à saúde devido à associação entre hipertensão e doença cardiovascular, esta pesquisa pôde evidenciar que a não adesão esteve relacionada aos fatores de acesso e utilização dos serviços de saúde, em consonância com outros estudos⁽²⁷⁻²⁸⁾. Embora a maioria dos participantes fosse cadastrada no programa Hiperdia (72,6%), o acompanhamento nesse programa de atenção primária à saúde não foi capaz de influenciar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo medicamentoso ($p=0,370$). O achado corrobora a identificação na literatura quanto à elevada parcela de hipertensos que se mantém com níveis pressóricos descontrolados apesar do acompanhamento no programa⁽²⁹⁾.

A importância do acompanhamento em serviços de saúde também foi analisada na vertente da associação entre o nível de adesão terapêutica e a ocorrência de eventos agudos. Aqueles participantes que não procuraram serviços de emergência nos últimos dois anos obtiveram melhores taxas de adesão ($p=0,04$). Uma vez que a instalação de episódios agudos costuma resultar na introdução de novas drogas no tratamento do paciente com hipertensão, a redução da adesão no grupo que buscou serviços de emergência pode estar relacionada à dificuldade de adaptação à politerapia⁽³⁰⁻³¹⁾, o que demanda acompanhamento pós-alta.

Estudo europeu indica que a adesão terapêutica após a ocorrência de infarto agudo do miocárdio está mais relacionada às orientações fornecidas pelo hospital de internação do que pela atuação da atenção primária à saúde⁽³²⁾. Tal relação ainda é pouco explorada na realidade brasileira, mas pode configurar-se como um aspecto fundamental na manutenção da adesão terapêutica após a alta hospitalar.

Neste estudo buscou-se avançar no conhecimento concernente à correlação entre serviços de saúde e adesão medicamentosa ao investigar o comparecimento do paciente com hipertensão a consultas de enfermagem, uma vez que estas são voltadas, fundamentalmente, para a educação em saúde. Identificou-se que, apesar dos participantes terem passado por maior quantidade de consultas médicas do que de enfermagem, a adesão

medicamentosa foi melhor naqueles que compareceram às consultas de enfermagem com maior frequência ($p=0,022$). Esse achado corrobora evidências semelhantes que associam o monitoramento de enfermagem à maior adesão medicamentosa em pessoas com doenças cardiovasculares⁽³³⁻³⁵⁾, mas destaca-se ao indicar o número adequado de consultas para melhorar a adesão terapêutica em pacientes com hipertensão.

Acompanhamentos excessivos de enfermagem tendem a não resultar em maior adesão terapêutica e gerar custos desnecessários ao sistema de saúde⁽³⁶⁾. Recomenda-se a utilização do parâmetro testado neste estudo, de 4 a 6 consultas de enfermagem por ano, uma vez que se mostrou adequado para o alcance de melhores níveis de adesão terapêutica anti-hipertensiva.

Percebeu-se, ainda, que os pacientes com hipertensão que compareceram a consultas médicas e de enfermagem ou que receberam orientações de saúde nos últimos seis meses apresentaram maior adesão terapêutica, com correlação estatística significativa ($p=0,013$). Profissionais da atenção primária possuem elevada capacidade e oportunidade de influenciar na melhoria da adesão medicamentosa de pacientes, por meio da disponibilização de orientações e cuidados durante atendimentos, visitas domiciliares, ações de educação em saúde e rastreamento de comportamentos não aderentes⁽¹⁴⁾.

Diante do impacto do acompanhamento em serviços primários de saúde na adesão terapêutica de pacientes com hipertensão, é fundamental o direcionamento das políticas públicas para fortalecer esse nível de atenção e aproximá-lo da população. Há, ainda, que ser considerado na população brasileira o capital social, que auxilia as pessoas a superar as barreiras de acesso e utilização de serviços de saúde ao prover apoio para a obtenção de informações e tratamento. No âmbito da hipertensão, estar inserido em redes sociais de saúde encoraja as pessoas a buscar serviços de saúde especializados, e a decisão de seguir o tratamento será do paciente com hipertensão⁽³⁷⁾. No entanto, a sua adesão certamente será influenciada pela inserção na sua rede social e pela disponibilidade de acompanhamento no sistema de saúde.

Limitações do estudo

Como limitação do estudo, aponta-se a coleta de dados somente durante a internação hospitalar, o que não permitiu

a comparação com a adesão terapêutica após a ocorrência do evento cardiovascular.

Contribuições para a área de enfermagem, saúde ou política pública

Acredita-se que a identificação dos importantes achados de associação entre o acompanhamento em serviços de saúde e a adesão terapêutica de pacientes hipertensos contribuirá para o remodelamento dos serviços de atenção primária e de acompanhamento pós-alta àqueles que passaram pela ocorrência de eventos cardiovasculares. Ademais, o estudo acrescenta ao arcabouço empírico necessário para a orientação de políticas públicas saudáveis para as pessoas com hipertensão, no que concerne às suas redes sociais de saúde e disponibilização de serviços.

CONCLUSÃO

O estudo identificou 63% de adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas com hipertensão e doença cardiovascular associada, sendo o déficit de adesão causado, primordialmente, por descuidos na tomada da medicação. A presença de diabetes autorreferida e o acompanhamento no programa Hiperdia não se mostraram estatisticamente associados ao nível de adesão.

Os fatores de acompanhamento no serviço de saúde que influenciaram positivamente a adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo foram: poucas admissões em serviço de emergência, frequência de 4 a 6 consultas de enfermagem por ano, comparecimento à consulta recente à internação e recebimento de orientação sobre o cuidado com DCV nos últimos seis meses.

Os achados do estudo fornecem subsídios para a reorientação dos serviços de saúde e suas políticas públicas no intuito de ampliar o alcance da meta pressórica de pacientes com hipertensão por meio do aumento da adesão terapêutica anti-hipertensiva.

FOMENTO

Os autores declaram ter recebido financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

REFERÊNCIAS

1. Singh S, Shankar R, Singh GP. Prevalence and associated risk factors of hypertension: a cross-sectional study in urban Varanasi. *Int J Hypertens*[Internet]. 2017[cited 2017 Dec 05];2017(1). Available from: <https://www.hindawi.com/journals/ijhy/2017/5491838/>
2. Tibebe A, Mengistu D, Bulto LN. Adherence to prescribed antihypertensive medications and associated factors for hypertensive patients attending chronic follow-up units of selected public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *Int J Health Sci*[Internet]. 2017[cited 2017 Nov 30];11(4):47-52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5654188/>
3. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2015[cited 2017 Mar 15];24(2):297-304. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00297.pdf>
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013[Internet]. Rio de Janeiro; 2014[cited 2017 Mar 15]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
5. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M. Heart disease and stroke statistics—2015 update: a report

- from the American Heart Association. *Circulation*[Internet]. 2015[cited 2016 Dec 10];131(4):e29-322. Available from: <http://circ.ahajournals.org/content/131/4/e29.long>
6. Braam B, Taler SJ, Rahman M, Mahboob R, Jennifer AF, Greco BA. Recognition and management of resistant hypertension. *Clin J Am Soc Nephrol*[Internet]. 2017[cited 2017 Jan 20];12(3):524-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27895136>
 7. Barreto MC, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. *Rev Bras Enferm*[Internet]. 2015[cited 2016 Nov 30];68(1):60-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0060.pdf
 8. Organização Mundial de Saúde-OMS. Adherence to Long-Term Therapies: evidence for action[Internet]. Geneva; OMS; 2003[cited 2016 Nov 30]. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>
 9. Navar-Boggan AM, Pencina MJ, Williams K, Sniderma AD, Peterson ED. Proportion of US adults potentially affected by the 2014 hypertension guideline. *JAMA*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 30];311(14):1424-9. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1853202>
 10. Aquino GA, Cruz DT, Silverio MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Factors associated with adherence to pharmacological treatment among elderly persons using antihypertensive drugs. *Rev Bras Geriatr Gerontol*[Internet]. 2017[cited Mar 15];20(1):111-22. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v20n1/1809-9823-rbagg-20-01-00111.pdf>
 11. Ritchey M, Chang A, Powers C, Loustalot F, Schieb L, Ketcham M, et al. Vital signs: disparities in antihypertensive medication adherence among medicare part D beneficiaries – United States, 2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*[Internet]. 2016[cited Mar 15];65(36):967-76. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6536e1.htm>
 12. Vrijens B, Antoniou S, Burnier M, Sierra A, Volpe M. Current situation of medication adherence in hypertension. *Front Pharmacol*[Internet]. 2017[cited 2016 Jun 12];8:100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5331678/>
 13. Piercefield EW, Howard ME, Robinson MH, Kirk CE, Pharm APR, Reese SD. Antihypertensive medication adherence and blood pressure control among central Alabama veterans. *J Clin Hypertens*[Internet]. 2017[cited 2016 Jun 12];19(5):543-9. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.12953/full>
 14. Chang TE, Ritchey MD, Ayala C, Jeffrey MD, Loustalot F. Use of strategies to improve antihypertensive medication adherence within United States outpatient health care practices, DocStyles 2015-2016. *J Clin Hypertens*[Internet]. 2018[cited 2018 Mar 10];20:225-32. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jch.13188/pdf>
 15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*[Internet]. 1986[cited 2016 Dec 10];24(1):67-74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3945130>
 16. Sociedade Brasileira de Hipertensão. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2016[cited 2017 Jan 10];107(3):1-103. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
 17. Raymundo ACN, Pierin AMG. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: A longitudinal, retrospective study. *Rev Esc Enferm USP*[Internet]. 2014[cited 2016 Dec 10];48(5):811-19. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n5/0080-6234-reeusp-48-05-811.pdf>
 18. Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2008[cited 2016 Sep 20];24(12):2979-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n12/30.pdf>
 19. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The brief medication Questionnaire and Morisky-Green Test to evaluate medication adherence. *Rev Saúde Pública*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 20];46(2):279-89. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/en_3357.pdf
 20. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*[Internet]. 2015[cited 2018 Apr 10];13(1):75-84. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>
 21. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paul Enferm*[Internet]. 2012[cited 2016 Sep 20];25(1):27-34. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0103-21002012000800005
 22. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2013[cited 2017 Jan 20];18(6):1763-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>
 23. Lima DBS, Moreira TMM, Borges JWPB, Rodrigues TPM. Association between treatment compliance and different types of cardiovascular complications in arterial hypertension patients. *Texto Contexto Enferm*[Internet]. 2016[cited 2017 Mar 15];25(3):e0560015. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/0104-0707-tce-25-03-0560015.pdf>
 24. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Colet*[Internet]. 2012[cited 2017 Nov 10];17(7):1885-92. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n7/28.pdf>
 25. Jesus NS, Nogueira AR, Pachu CO, Luiz RR, Oliveira GMM. Blood pressure treatment adherence after participation in the ReHOT. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 20];107(5):437-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5137388/>

26. Lulebo AM, Mutombo PB, Mapatano MA, Mafuta EM, Kayembe PK, Ntumba LT, et al. Predictors of non-adherence to antihypertensive medication in Kinshasa, Democratic Republic of Congo: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*[Internet]. 2015[cited 2017 Nov 20];8:526. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4591704/>
27. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saúde Pública*[Internet]. 2014[cited 2017 Nov 05];30(1):126-36. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n1/0102-311X-csp-30-01-00126.pdf>
28. Mansour SN, Monteiro CN, Carmo LO. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol Serv Saúde*[Internet]. 2016[cited 2017 Sep 17];25(3):647-54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n3/2237-9622-ress-25-03-00647.pdf>
29. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the “Hiperdia Program”: a territory-based study. *Arq Bras Cardiol*[Internet]. 2014[cited 2017 Sep 20];102(6):571-78. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v102n6/0066-782X-abc-102-06-0571.pdf>
30. Kirchmayer U, Agabati N, Belleudi V. Socio-demographic differences in adherence to evidence-based drug therapy after hospital discharge from acute myocardial infarction: a population-based cohort study in Rome, Italy. *J Clin Pharm Ther*[Internet]. 2012[cited 2017 Nov 20];37(1):37-44. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2010.01242.x>
31. Mathews R, Wang TY, Honeycutt E, Henry TD, Zettler M, Chang M, et al. Persistence with secondary prevention medications after acute myocardial infarction: insights from the TRANSLATE-ACS study. *Am Heart J*[Internet]. 2015[cited 2017 Nov 20];170(1):62-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4808054/>
32. Martino MD, Alagna M, Cappai G, Mataloni F, Lallo A, Perucci CA. Adherence to evidence-based drug therapies after myocardial infarction: is geographic variation related to hospital of discharge or primary care providers? a cross-classified multilevel design. *BMJ Open*[Internet]. 2016[cited 2017 Dec 10];6(4):e010926. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4823440/>
33. Hardeman W, Lamming L, Kellar I, Simoni A, Graffy J, Boase S, et al. Implementation of a nurse-led behaviour change intervention to support medication taking in type 2 diabetes: beyond hypothesised active ingredients (SAMS Consultation Study). *Implement Sci*[Internet]. 2014[cited 2017 Nov 20];9:70. Available from: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-9-70>
34. Fava SMCL, Teraoka EC, Oliveira AS, Calixto APTF, Eid LP, Veiga EV. Factors related to adherence to treatment for systemic hypertension. *Rev Rene*[Internet]. 2014[cited 2016 Nov 10];15(2):354-61. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3168/2431>
35. Youn-Jung S, Shim SK, Hwang SY, Ahn H, Yu HY. Impact of left ventricular ejection fraction and medication adherence on major adverse cardiac events during the first year after successful primary percutaneous coronary interventions. *J Clin Nurs*[Internet]. 2016[cited 2017 Nov 10];25(7):1101-11. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jocn.13109/pdf>
36. Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S, Peters TJ. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Fam Prac*[Internet]. 2005[cited 2017 Nov 10];22(2):144-51. Available from: <https://academic.oup.com/fampra/article/22/2/144/522313>
37. Palafox B, Goryakin Y, Stuckler D, Suhrcke M, Balabanova D, Alhabib KF, et al. Does greater individual social capital improve the management of hypertension? cross-national analysis of 61 229 individuals in 21 countries. *BMJ Glob Health*[Internet]. 2017[cited 2018 Feb 02];2(4):e000443. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5759715/>