

Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia¹

Mayckel da Silva Barreto²

Annelita Almeida Oliveira Reiners³

Sonia Silva Marcon⁴

Objetivos: identificar o nível de conhecimento de pessoas com hipertensão arterial acerca da doença e verificar os fatores associados à não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva. **Método:** estudo transversal, realizado com 422 indivíduos. Os dados foram coletados nos domicílios, entre dezembro de 2011 e março de 2012, por meio de entrevistas, utilizando os instrumentos: Questionário de Adesão a Medicamentos, Índice de Complexidade da Farmacoterapia e um roteiro com questões relativas ao perfil sociodemográfico, satisfação com o serviço de saúde e conhecimento sobre a doença. **Resultados:** 42,6% não aderiram à farmacoterapia e 17,7% possuíam conhecimento insatisfatório sobre a doença. Os fatores associados à não adesão foram: farmacoterapia complexa, conhecimento insatisfatório sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde. **Conclusão:** os achados reforçam que prescrições farmacológicas complexas, pouco conhecimento sobre a doença e insatisfação com o serviço de saúde influenciam no processo de não adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Fatores de Risco; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Enfermagem.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Não adesão à terapêutica medicamentosa em indivíduos com hipertensão arterial em Maringá – Paraná" apresentada à Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 485807/2011-4.

² Doutorando, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil. Professor, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari, Mandaguari, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, MT, Brasil.

⁴ PhD, Professor Associado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Endereço para correspondência:

Mayckel da Silva Barreto
Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Mandaguari
Rua Renê Táccola, 152
Centro
CEP: 86975-000, Mandaguari, PR, Brasil
E-mail: mayckelbar@gmail.com

Copyright © 2014 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) não controlada permanece como importante problema médico-social nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Mesmo conhecendo-se a eficácia, efetividade e eficiência de várias medidas preventivas e de controle disponíveis, os agravos da doença provavelmente continuarão, por décadas, representando um dos maiores desafios sociais e de saúde⁽¹⁾.

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, assim como o diagnóstico tardio e o curso prolongado e assintomático da doença, é descrita como um dos principais desencadeadores dos agravos da HAS, suscitando o desenvolvimento de estudos na área⁽²⁻⁵⁾. Estimativas indicam que o grau de não adesão mundial aos tratamentos de Doenças Crônicas (DC) varia de 25 a 50%⁽⁶⁾.

A não adesão ao tratamento medicamentoso nas DCs, comumente verificada pelo teste de Morisky-Green-Levine⁽⁷⁾, é considerada um fenômeno complexo e multideterminado, associado a baixos níveis socioeconômicos, prescrição de esquemas terapêuticos complexos e insatisfação com o serviço de saúde, fatores que prevalecem na população com HAS^(4,8-11).

Outra explicação para a elevada taxa de não adesão é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso. O curso assintomático da HAS contribui para essa falta de entendimento e assim muitos indivíduos acabam acreditando que a doença é intermitente e pode ser tratada exclusivamente com terapias não farmacológicas, como alívio do estresse ou remédios caseiros⁽¹⁰⁾.

A relação existente entre a não adesão ao tratamento da HAS e o conhecimento do paciente sobre a doença e o regime terapêutico tem sido reportada^(4-6,10). Contudo, essa relação ainda necessita de maiores evidências^(5,12). Ademais, para que os profissionais de saúde possam atuar de maneira mais eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades dessa população, é necessário identificar os pacientes que não aderem ao tratamento, bem como suas características e os motivos pelos quais isso ocorre.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivos: identificar o nível de conhecimento de pessoas com hipertensão arterial acerca da doença e verificar os fatores associados à não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva.

Método

Este é um estudo descritivo, de corte transversal, realizado junto a pessoas com HAS, em tratamento

ambulatorial na Atenção Primária à Saúde, em um município da Região Sul do Brasil, o qual possuía, por ocasião da coleta de dados, 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 65 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Para os fins desta pesquisa, utilizou-se, por conveniência, a área de abrangência das 23 UBSs localizadas no perímetro urbano.

O tamanho da amostra foi calculado com base no total de pessoas com HAS cadastradas no município (40.073). Considerou-se que 50% dos indivíduos pudessem apresentar a característica de interesse (não adesão)⁽⁶⁾, erro de estimativa de 5% e intervalo de confiança de 95%. Foi acrescentado mais 10% para possíveis perdas, resultando em uma amostra de 422 indivíduos, selecionados de forma aleatória e estratificada, com distribuição proporcional ao número total de pessoas com HAS cadastradas em cada UBS da zona urbana.

Como critérios de inclusão no estudo consideraram-se: idade igual ou superior a 18 anos e ter iniciado tratamento medicamentoso há, no mínimo, um ano, visto que o abandono ao tratamento anti-hipertensivo ocorre mais intensamente nos primeiros meses após o seu início, sendo que de 11 a 22% dos casos ocorre no primeiro ano⁽⁶⁾. Foram excluídas 17 pessoas, das quais duas mulheres que fizeram uso de fármacos anti-hipertensivos somente durante a gestação e 15 indivíduos com diagnóstico psiquiátrico de transtorno mental em fase aguda, pois, devido às próprias características da doença, esses tendem a não aderir à terapêutica, além do fato de muitos dependerem de outras pessoas para a correta tomada dos medicamentos de uso contínuo.

Para a coleta dos dados, primeiramente, obteve-se da Secretaria Municipal de Saúde uma listagem, dividida por UBS, com os dados cadastrais das pessoas com HAS, as quais receberam uma numeração. Por meio de sorteio eletrônico, foram determinadas aquelas que seriam entrevistadas. Nos casos em que a pessoa sorteada não atendia os critérios de inclusão ou se negava a participar da pesquisa, automaticamente a próxima da lista era convidada a participar do estudo, repetindo-se essa operação por até três vezes.

Após o levantamento dos endereços e telefones dos indivíduos sorteados, o que ocorreu nas UBSs, procedeu-se à coleta de dados propriamente dita, desenvolvida durante os meses de dezembro de 2011 a março de 2012, por meio de visita domiciliar, utilizando-se um roteiro semiestruturado constituído por questões relacionadas ao perfil sociodemográfico, acompanhamento à saúde e conhecimento sobre a doença, preenchido pelo pesquisador. A classe econômica foi definida com base nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil (Associação

Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP), que tem por referência a escolaridade e os bens de consumo e é utilizada para estimar o poder de compra das pessoas e famílias. Neste estudo, as oito classes possíveis (A1-A2-B1-B2-C1-C2-D-E) foram agrupadas em dois tipos A/B e C/D/E.

Procedimentos e análise dos dados

A variável dependente foi a não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo. Para sua mensuração, utilizou-se um instrumento de avaliação indireta, o Questionário de não Adesão de Medicamentos da Equipe Qualiaids (QAM-Q), que foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de seus medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento) e o resultado da adesão (no caso, se a PA estava controlada)⁽¹³⁾.

O instrumento elaborado e validado⁽¹³⁾ leva em consideração o relato do entrevistado como fonte de informação e consta de três perguntas, sendo as duas primeiras baseadas nos últimos sete dias: 1) em quais dias da semana o(a) sr.(a) não tomou ou tomou a mais pelo menos um comprimido desse remédio?, 2) nesses dias, quantos comprimidos o(a) sr.(a) deixou de tomar ou tomou a mais?, 3) como estava sua pressão na última vez que o(a) sr.(a) a mediu? Cabe salientar que para essa última questão não houve restrição ao tempo.

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

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

Optou-se por utilizar o QAM-Q por ser um instrumento abrangente, que abarca três diferentes dimensões do constructo referentes à adesão (tomada da dose,

comportamento quanto à medicação e desfecho clínico), apresentar a mesma efetividade do uso concomitante de outros instrumentos e possibilitar mais facilidade e rapidez na aplicação⁽¹³⁾.

Variáveis independentes

O conhecimento sobre a doença foi verificado por intermédio de 10 questões, com respostas dicotômicas (sim/não)⁽⁸⁾. A partir do instrumento, os indivíduos que respondem corretamente a todas as perguntas obtêm nota 10 (100%) e aqueles que erram todas obtêm nota 0 (zero). Nesta investigação, conforme usado em outro estudo⁽¹⁰⁾, o conhecimento foi considerado satisfatório para aqueles com notas iguais ou superiores a sete (70%) e insatisfatório para os demais.

Já a complexidade do regime terapêutico foi avaliada por meio do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), instrumento validado⁽¹⁴⁾, no qual o escore final é obtido pela soma dos pontos (escores) das três seções – A, B e C – sendo que quanto mais alta a pontuação mais complexa é a farmacoterapia⁽¹⁴⁾. A primeira seção contém informações sobre formas de dosagens, a segunda, sobre frequências de doses e a terceira, informações adicionais, como, por exemplo, horários específicos, partir ou triturar o comprimido e uso concomitante com alimentos.

A satisfação do usuário com o serviço de saúde foi estimada a partir de oito questões, sendo duas referentes à estrutura e acesso ao serviço; três ao atendimento, tratamento e cuidado dos profissionais da UBS, duas à satisfação com o tratamento e com o médico e uma à satisfação geral. A escala de pontuação das respostas é do tipo Likert com quatro alternativas possíveis, sendo um a máxima satisfação e quatro totalmente insatisfeito. Após a obtenção dos escores médios, a mediana dividiu a amostra nos grupos dos “mais satisfeitos” e “menos satisfeitos”, conforme utilizado em outro estudo⁽⁴⁾.

As informações foram digitadas em uma planilha do Excel para Windows 2007[®] e, posteriormente, analisadas estatisticamente com auxílio do software *Statistical Analysis System – SAS*[®]. As variáveis de interesse foram dicotomizadas. Na regressão logística do tipo *Stepwise Backward Elimination*, foram inseridas todas as variáveis e, após a aplicação dos testes, mantiveram-se no modelo ajustado somente as variáveis que possuíam significância estatística com $p < 0,20$. Para verificar a medida da associação, foi calculado o Risco Relativo (RR) das variáveis que, no nível de 5% de significância, permaneceram no modelo final da regressão logística.

O estudo observou as diretrizes da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, e seu Projeto foi aprovado pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa

com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Parecer 631/2011).

Resultados

A partir da medida combinada do QAM-Q, constatou-se que 180 (42,65%) indivíduos foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo (Tabela 1).

Em relação às características, a maioria dos indivíduos em estudo era do sexo feminino (59,48%), idosa (63,25%), de cor branca (70,14%), casada (68,96%), com baixo nível educacional (63,51%), baixa renda familiar (71,81%), menos de 10 anos de diagnóstico de HAS (56,16%), mas já apresentava comorbidades (61,14%). Porém, nenhuma dessas características apresentou associação significativa com o desfecho de interesse ($p < 0,05$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Análise univariada da associação da não adesão à farmacoterapia a fatores biossocioeconômicos e de acompanhamento à saúde de pacientes com hipertensão arterial. Maringá, PR, Brasil, 2012

Variáveis	Adesão				Total		p
	Não		Sim		n	%	
	n	%	n	%			
Sexo							0,14
Feminino	98	23,22	153	36,26	251	59,48	
Masculino	82	19,43	89	21,09	171	40,52	
Idade							0,64
<60 anos	67	15,99	87	20,76	154	36,76	
≥60 anos	111	26,49	154	36,75	265	63,25	
Etnia							0,33
Branco	115	27,25	181	42,89	296	70,14	
Não branco	65	15,41	61	14,45	126	29,86	
Estado civil							0,64
Com cônjuge	117	27,73	174	41,23	291	68,96	
Sem cônjuge	63	14,93	68	16,12	131	31,04	
Escolaridade							0,52
≤08 anos	126	29,86	142	33,65	268	63,51	
>08 anos	54	12,79	100	23,70	154	26,49	
Classe econômica*							0,91
A/B	47	11,13	72	17,06	119	28,19	
C/D/E	133	31,52	170	40,29	303	71,81	
Tempo de diagnóstico							0,64
≤10 anos	102	24,17	135	31,99	237	56,16	
>10 anos	78	18,49	107	25,35	185	43,84	
Comorbidades							0,40
Sim	108	25,60	150	35,54	258	61,14	
Não	72	17,06	92	21,80	164	38,86	
Índice de complexidade da farmacoterapia							0,02 [†]
Baixa	91	21,56	155	36,73	246	58,29	
Alta	89	21,09	87	20,62	176	41,71	
Satisfação com serviço de saúde							0,00 [†]
Satisfeito	70	17,81	156	39,70	226	57,51	
Insatisfeito	98	24,94	69	17,55	167	42,49	
Conhecimento satisfatório							0,00 [†]
Sim	123	29,14	224	53,09	347	82,23	
Não	57	13,51	18	4,26	75	17,77	

*Baseada nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)
†p-valor significativo no modelo de regressão logística *Stepwise Backward Elimination*

Por sua vez, os indivíduos com HAS que apresentaram pouco conhecimento sobre sua doença ($p=0,00$), farmacoterapia complexa ($p=0,02$) e insatisfação com o

serviço de saúde ($p=0,00$) tiveram respectivamente 2,1 (IC: 1,7-2,7), 1,4 (IC: 1,1-1,7) e 1,9 (IC: 1,51-2,39) vezes mais chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso.

Os dados da Tabela 2 mostram que a maioria dos indivíduos com HAS possuía conhecimento satisfatório sobre a doença, pois oito questões apresentaram porcentagem de acerto superior a 70,0%. Porém, desperta a atenção o baixo índice de acertos em relação a duas questões: somente 59,50% dos aderentes e 49,44% dos não aderentes sabiam que, na maioria das vezes, a HAS é uma doença silenciosa, e 39,66% dos aderentes e 28,33% dos não aderentes sabiam

que a doença também pode ser tratada sem o uso de medicações.

Das 10 questões aplicadas para avaliar o conhecimento dos entrevistados, sete apresentaram associação estatisticamente significativa com não adesão à farmacoterapia. O cálculo do RR mostrou que, de modo geral, o pouco conhecimento sobre a HAS e seu tratamento aumenta de 1,3 a 2,1 vezes a chance de o indivíduo com HAS não aderir corretamente ao tratamento medicamentoso proposto.

Tabela 2 - Distribuição das pessoas com hipertensão arterial aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo, de acordo com as atitudes positivas em relação ao conhecimento da doença. Maringá, PR, Brasil, 2012

Questão sobre o conhecimento da doença	Aderentes (242)		Não aderentes (180)		p	Risco relativo	Intervalo de confiança
	n	%	n	%			
Pressão alta é uma doença para toda a vida?	192	79,33	141	78,33	0,80	-	-
Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?	144	59,50	89	49,44	0,03*	1,3	1,01-1,57
A pressão é alta quando for \geq a 14/9?	197	81,40	137	76,11	0,18	-	-
Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?	212	87,60	157	87,22	0,90	-	-
O tratamento para pressão alta é para toda a vida?	219	90,49	137	76,11	0,00*	1,7	1,31-2,19
A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?	96	39,66	51	28,33	0,01*	1,4	1,06-1,73
Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?	219	90,49	143	79,44	0,00*	1,6	1,19-2,05
Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?	230	95,04	159	88,33	0,01*	1,6	1,11-2,19
Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?	241	99,58	173	96,11	0,00*	2,1	1,20-3,66
Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?	237	97,93	166	92,22	0,00*	1,8	1,19-2,69

*p-valor significativo no teste de qui-quadrado de Pearson

Discussão

A prevalência de indivíduos não aderentes ao tratamento farmacológico, identificada neste estudo (42,65%), é inferior ao encontrado em pesquisa realizada em outro município brasileiro também da Região Sul, o qual, utilizando o mesmo instrumento (QAM-Q), encontrou prevalência de 53,1% de não aderentes⁽⁴⁾. Tal diferença, superior a 10%, talvez decorra das distintas características apresentadas pelas amostras. No presente estudo, por exemplo, houve maior número de pessoas casadas, com mais de oito anos de estudo e de classe econômica A e B, o que influencia positivamente o processo de adesão^(2,9). Contudo, a prevalência de indivíduos não aderentes à farmacoterapia em outros estudos que utilizaram os testes de Morisky-Green-Levine e Batalla^(7,15) e contagem manual de comprimidos⁽¹⁶⁾ é menor do que a encontrada neste estudo, em torno de 30%^(7,15-16).

Características biológicas e socioeconômicas como sexo, idade, estado civil, escolaridade, classe econômica e etnia, em outros estudos, foram descritas como preditoras sobre a adesão/não adesão ao tratamento da HAS⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Porém, na presente investigação, nenhuma dessas

variáveis apresentou significância estatística junto ao desfecho de interesse. Em parte, talvez isso possa ser explicado pela diferença de métodos utilizados para se mensurar a não adesão à terapêutica.

Um fator que vem sendo estudado conjuntamente ao processo de adesão/não adesão ao tratamento medicamentoso é a complexidade do regime terapêutico. Na presente investigação, a alta complexidade da farmacoterapia pode ser evidenciada em 41,71% dos entrevistados, sendo mais prevalente e de forma significativa entre aqueles não aderentes. Contudo, a existência de relação entre a complexidade do regime terapêutico e a adesão à farmacoterapia não é sempre tão direta ou facilmente observada.

De qualquer modo, semelhantemente aos resultados deste estudo, pesquisa realizada em um município da Região Sudeste do Brasil, junto a 120 idosos com HAS, por exemplo, verificou forte correlação entre maior complexidade da farmacoterapia e baixa adesão ao tratamento⁽¹¹⁾, ao passo que estudo randomizado, realizado no Japão, junto a 207 indivíduos com HAS demonstrou que não houve diferença significativa na adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo

entre o grupo que consumia apenas um comprimido e o grupo controle, que consumia dois⁽¹⁹⁾.

Mesmo sem um consenso na literatura, no entanto, algo que na prática vem se mostrando como impactante sobre a adesão à farmacoterapia é a simplificação do regime terapêutico. Estudo de revisão da literatura demonstrou que a utilização de medicamentos combinados em uma única dose diária, em comparação com a combinação livre das drogas tomadas em horários diferentes mostrou associação com aumento significativo na aderência ao tratamento⁽¹⁷⁾.

Já em relação ao conhecimento do indivíduo frente à doença, os dados disponíveis parecem mais consolidados, donde se observa que a falta de conhecimento, as crenças e mitos que os pacientes têm sobre sua patologia, a desmotivação para controlá-la, a incapacidade para associar seu comportamento com o manejo de situações adversas e as baixas expectativas no resultado do tratamento influenciam negativamente a adesão⁽³⁾.

Na presente investigação, observou-se que a maioria das pessoas com HAS possuía conhecimento satisfatório sobre a doença, sendo que apenas duas questões apresentaram percentual de acerto inferior a 70,0%, coincidindo com outros estudos brasileiros^(8,10). O baixo índice de acerto, quando ocorre, pode estar associado ao próprio nível de conhecimento dos pacientes sobre a sua doença ou a outros fatores, como a aceitação da DC, a motivação para apreender as informações e até mesmo o grau de escolaridade⁽¹⁰⁾.

Em pesquisa realizada em São Paulo, SP, com 511 pacientes acompanhados por uma Liga da Hipertensão observou elevados índices de conhecimento sobre as formas não medicamentosas de tratamento da doença, pois mais de 80,0% deles reconhecia a influência benéfica da cessação do fumo, redução do peso, prática de exercícios físicos e redução da ingestão de bebida alcoólica, o que influenciava positivamente a adesão ao tratamento⁽²⁰⁾. Do mesmo modo, estudo realizado no Paquistão, junto a 447 indivíduos com HAS, demonstrou que aqueles com adequado controle dos níveis tensionais eram justamente os que apresentavam mais conhecimentos sobre a doença⁽²¹⁾.

O fato de os indivíduos com HAS apresentarem conhecimento satisfatório sobre a doença é bastante positivo e constitui, no mínimo, indicativo de que essas pessoas estão tendo mais acesso a informações, seja por iniciativa própria, por maior divulgação nos veículos de comunicação de massas, ou, até mesmo, por melhor atuação dos profissionais de saúde, em especial das equipes da ESF. Sendo assim, é possível inferir que esse nível de assistência vem alcançando seus propósitos, já que um dos pilares do

tratamento da HAS na atenção básica é a educação para a saúde, com vistas à modificação no estilo de vida, adesão aos fármacos quando indicados e prevenção dos agravos decorrentes do descontrole da doença.

De acordo com o exposto até o momento, pode-se constatar que quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença maior o comprometimento no autocuidado e adesão ao tratamento. No entanto, o problema da adesão é mais complexo, porque o acesso a informações sobre a HAS não implica, necessariamente, em maior adesão às medidas de controle⁽¹⁾. Nessa perspectiva, em estudo randomizado, desenvolvido na Espanha, junto a 996 indivíduos com HAS, ficou demonstrado que intervenções educativas não impactaram significativamente sobre a adesão dos pacientes à medicação⁽⁵⁾.

Isso ocorre porque há incongruência entre ter informação a respeito da doença e aderir ao tratamento medicamentoso e controlar a PA. Assim, existe uma diferença essencial entre conhecimento e prática, ou seja, apesar de conhecerem o que deve ser feito, os pacientes não agem em conformidade com tal saber, pois, enquanto o conhecimento é racional, a adesão envolve um processo multifatorial influenciado por fatores emocionais, sociais, biológicos e culturais⁽¹⁾.

Nesse sentido, não se pode negar que a ampliação da cobertura dos serviços básicos de saúde, proporcionada pela implantação da ESF, melhorou o acesso da população à assistência primária, permitindo, entre outros avanços, a criação de vínculo entre os usuários e a equipe da ESF, o que tende a favorecer o acompanhamento sistemático e o incremento das atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos⁽²²⁾. Porém, deve-se atentar para que não haja, por parte das equipes de saúde, principalmente do enfermeiro, apenas o simples repasse de informações, evitando-se o surgimento de uma lacuna entre a orientação ofertada pelo profissional e sua efetiva aplicabilidade.

Assim, uma das principais funções do enfermeiro ao assistir o paciente com HAS e sua família na atenção básica é buscar prevenir os agravos e promover a saúde. Destarte, durante as consultas de enfermagem e os grupos de Hiperdia, o profissional deve realizar ações de educação para a saúde, incentivando o autocuidado apoiado, de modo que indivíduos, famílias e grupos possam desenvolver competências que lhes permitam atuar de maneira consciente em relação aos fatores de risco modificáveis, entre eles a adesão ao tratamento medicamentoso⁽²⁾.

Levando isso em consideração, a qualidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros nos serviços de saúde é fundamental, pois cuidados inovadores de

saúde a grupos com DC e seus familiares em uma UBS são essenciais para sensibilizá-los, de modo que juntos – doente, familiares e profissionais – elaborem as diretrizes do tratamento⁽²³⁾.

Para o planejamento conjunto da assistência, com vistas à adesão à farmacoterapia e controle pressórico é essencial a presença do paciente na UBS. O diálogo com os profissionais traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros/consultas frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso⁽⁷⁾.

Nessa perspectiva, o acesso ao sistema de saúde, tem sido apontado como relevante na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Portanto, as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade do trabalho desenvolvido pelos profissionais e gestores influenciam diretamente o processo da adesão⁽¹⁷⁾. Dessa forma, pesquisas atuais confirmam a forte correlação entre a satisfação com os serviços de saúde e a problemática da adesão/não adesão^(4,11).

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

Conclusão

Os resultados evidenciaram que 42,6% dos indivíduos com HAS em estudo foram considerados não aderentes ao tratamento medicamentoso e que, apesar de somente 17,7% possuírem conhecimento insatisfatório sobre a doença, esse constituiu fator associado à não adesão ao tratamento medicamentoso. Outros fatores associados à não adesão ao tratamento foram: farmacoterapia complexa e insatisfação com o serviço de saúde.

Tais achados reforçam a necessidade de os profissionais de saúde da atenção básica, em especial o enfermeiro – profissional que cotidianamente atua junto aos indivíduos com HAS, razão pela qual a problemática da não adesão deve continuamente ser estudada pela enfermagem – trabalhar com vistas à simplificação do esquema terapêutico, criar maior vínculo com a população e, a partir disso, desenvolver atividades de promoção para a saúde e prevenção de agravos, com o repasse de informações e sensibilização da população com HAS de sua área adscrita, acerca da importância de se aderir corretamente ao tratamento anti-hipertensivo acordado com o provedor de saúde.

Referências

1. Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42.
2. Reiners AAO, Nogueira MS. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(1):59-65.
3. Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion-Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43.
4. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Pública*. 2010;26(12):2389-98.
5. Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011;25(1):62-7.
6. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res*. 2010;(4):196-202.
7. Dosse C, Cesarino, CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' non-compliance with hypertension treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):201-6.
8. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion-Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):43-8.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95 Supl1:1-51.

10. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(4):322-9.
11. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS, Cuman RKN. Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande. *Rev Cienc Farm Basica Apl.* 2010;31(3):229-33.
12. Osamor PE, Owumi BE. Factors Associated with treatment compliance in hypertension in Southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr.* 2011; 29(6):619-28.
13. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saude Pública.* 2008;42(4):764-7.
14. Melchioris AC, Correr CJ, Llimos FF. Tradução e Validação para o Português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(4):210-8.
15. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(7):1885-92.
16. Garcia JE, Claros NM, Ruiz AL, Gurrea DFB. Cumplimiento farmacológico en el tratamiento de la hipertensión arterial: Revisión de los estudios publicados entre los años 1975 y 2011. *Semergen: Medic Famil.* 2012;38(5):292-300.
17. Gupta AK, Arshad S, Poulter NR. Compliance, Safety, and Effectiveness of Fixed-Dose Combinations of Antihypertensive Agents: A Meta-Analysis. *Hypertension.* 2010;55(2):399-407.
18. Veras RFS, Oliveira JS. Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev RENE.* 2009;10(3):132-8.
19. Matsumura K, Arima H, Tominaga M, Oshtsubo T, Sasaguri T, Fujii K, et al. Does a combination pill of antihypertensive drugs improve medication adherence in Japanese? A randomized controlled trial. *Circ J.* 2012;76(6):1415-22.
20. Serafim TS, Jesus ES, Pierin AMG. Influence of knowledge on healthy lifestyle in the control of hypertensive. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(5):658-64.
21. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good Knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension a multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes.* 2012;5:579.
22. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(2):623-33.
23. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. *Cienc Cuid Saúde.* 2009;8 Supl:11-22.

Recebido: 22.8.2013

Aceito: 13.3.2014