

# PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO POR PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL

## PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO DRUG TREATMENT IN HYPERTENSIVE PATIENTS

## PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

Ícaro José Santos Ribeiro<sup>1</sup>  
Rita Narriman Silva de Oliveira Boery<sup>2</sup>  
Cezar Augusto Casotti<sup>3</sup>  
Ivna Vidal Freire<sup>4</sup>  
Jules Ramon Brito Teixeira<sup>5</sup>  
Eduardo Nagib Boery<sup>6</sup>

A adesão à terapia medicamentosa influencia no controle da pressão arterial (PA) e na ocorrência de complicações decorrentes do seu descontrole. Objetivou-se avaliar a prevalência e os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes hipertensos. Estudo transversal e descritivo. Utilizou-se questionário na coleta de dados. Evidenciou-se prevalência de 72,8% de adesão ao tratamento; diferenças significativas na adesão segundo situação marital de união estável ( $p=0,043$ ), controle da PA por meio de tratamento medicamentoso combinado com mudanças no estilo de vida ( $p=0,003$ ) e tempo de diagnóstico da hipertensão inferior a 10 anos ( $p<0,001$ ). Concluiu-se que a adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS pôde ser considerada satisfatória na amostra estudada; e apresentaram melhores níveis de adesão indivíduos em situação marital de união estável, com controle da PA por meio do tratamento medicamentoso aliado à adoção de hábitos de vida saudáveis e tempo de diagnóstico da HAS inferior a 10 anos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adesão à medicação. Hipertensão. Terapêutica. Enfermagem.

*The adherence to drug therapy influences blood pressure (BP) control and in the occurrence of complications due to its lack of control. The aim was to evaluate the prevalence and factors associated to adherence to drug therapy by hypertensive patients. Cross-sectional, descriptive study. A questionnaire was used in data collection. The prevalence of 72.8% was evidenced for treatment adherence; significant differences in treatment adherence according to the marital status of stable relationships ( $p<0.043$ ), BP control through drug treatment combined with lifestyle changes ( $p<0.003$ ) and hypertension diagnosis time lower than 10 years ( $p<0.001$ ). It was concluded that adherence to drug treatment for hypertension could be considered satisfactory in the studied sample; and had higher levels of adherence*

<sup>1</sup> Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Bolsista CAPES. [icaro.ribeiro@ymail.com](mailto:icaro.ribeiro@ymail.com)

<sup>2</sup> Professora do Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. [rboery@gmail.com](mailto:rboery@gmail.com)

<sup>3</sup> Professor do Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. [cacasotti@uesb.edu.br](mailto:cacasotti@uesb.edu.br)

<sup>4</sup> Mestranda pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem e Saúde, bolsista Fapesb, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. [vidal.ivna@gmail.com](mailto:vidal.ivna@gmail.com)

<sup>5</sup> Doutorando pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem, bolsista CAPES, Universidade Federal da Bahia. [julesramon@gmail.com](mailto:julesramon@gmail.com)

<sup>6</sup> Professor do Departamento de Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. [eboery@ig.com.br](mailto:eboery@ig.com.br)

*individuals in marital status of a stable union with BP control through drug treatment combined with the adoption of healthy lifestyle habits and hypertension diagnostic time of less than 10 years.*

**KEY WORDS:** Medication adherence. Hypertension. Therapeutics. Nursing.

*La adherencia a la terapia farmacológica influye en el control de la presión arterial (PA) y en la ocurrencia de complicaciones debido a su descontrol. Se objetivó evaluar la prevalencia y factores asociados a adhesión al tratamiento farmacológico en los pacientes hipertensos. Estudio transversal y descriptivo. Un cuestionario fue utilizado en la recolección de datos. Se evidenció 72,8% del prevalencia de adherencia al tratamiento; diferencias significativas en adhesión según estado civil de relaciones estables ( $p=0,043$ ), control de la PA mediante tratamiento farmacológico combinado con cambios en estilo de vida ( $p=0,003$ ) y tiempo de diagnóstico de la hipertensión inferior a 10 años ( $p<0,001$ ). Se concluyó que la adhesión al tratamiento farmacológico para hipertensión fue considerada satisfactoria en la muestra estudiada; y presentaron mejores niveles de adhesión individuos en el estado civil de unión estable, con control de la PA a través del tratamiento farmacológico combinado con la adopción de hábitos de vida saludables y tiempo de diagnóstico de la hipertensión inferior a 10 años.*

**PALABRAS-CLAVE:** Cumplimiento de la Medicación. Hipertensión. Terapéutica. Enfermería.

## INTRODUÇÃO

A prevalência e os fatores associados à adesão ao tratamento entre pessoas acometidas por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), objeto deste estudo, constitui uma atenção científica que há muito vem sendo alvo de estudos e intervenções científicas, visando oferecer tratamento e qualidade de vida a essa clientela. Boa parte desta preocupação deve-se às mudanças no padrão populacional e ao processo de envelhecimento contemporâneo.

Nesse contexto, o Censo Demográfico 2010 tem registrado uma mudança na estrutura populacional brasileira com o passar dos anos, o que fica evidente na análise das pirâmides etárias de três censos. O alargamento do topo das pirâmides representa crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passou a 5,9% em 2000 e chegou a 7,4% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2011). Ademais, com a mudança nos padrões epidemiológicos do país, representada pela constante inversão da pirâmide etária, notadamente pelo envelhecimento populacional, observa-se também o aumento da prevalência das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que tem desencadeado um grave problema de saúde pública.

Nessa perspectiva, no Brasil, dentre as DCNT, as Doenças Cardiovasculares (DCV) vêm se configurando como a principal causa

de morte ao longo dos anos. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos. No espaço de tempo entre 1990 e 2006, porém, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular. Entretanto, ainda são responsáveis por elevadas taxas de morbidade, especialmente na população idosa, que apresenta alta frequência de internações e ocasiona custos médicos e socioeconômicos elevados (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

No contexto das DCV, a HAS é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para a redução da morbimortalidade por essas causas, contudo apresenta alta prevalência e baixas taxas de controle da Pressão Arterial (PA) (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). A baixa adesão ao tratamento medicamentoso e as mudanças insatisfatórias no estilo de vida foram identificadas como as causas modificáveis mais importantes para as disparidades no controle da PA e para a ocorrência de complicações relacionadas ao seu descontrole (BEUNE et al., 2014).

Destarte, a adesão/aderência ao tratamento medicamentoso é de fundamental importância para o controle da HAS. Nesse sentido, a adesão pode ser definida como o grau de concordância entre o comportamento do paciente e as instruções profissionais. O termo aderência é o mais utilizado

no meio científico, por expressar a participação do cliente em seu tratamento, pois é ele quem decide aderir ou não (UNGARI, 2007), e basear-se na aliança terapêutica entre o cliente e o tratamento prescrito pela equipe de saúde, relacionando-se, conseqüentemente, às responsabilidades de ambos os lados (MATTHES; ALBUS, 2014).

Por conseguinte, a adesão inadequada ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo é um fator condicionante para o descontrole da PA e determinante para as complicações que dela podem advir (KIM et al., 2014). A baixa adesão ao tratamento é um problema comum entre os pacientes com DCNT e a promoção dessa adesão pode contribuir, sobremaneira, para a melhoria dos resultados (MATTHES; ALBUS, 2014) e da qualidade de vida das pessoas com HAS, à medida que incidirá na redução da morbimortalidade relacionada à doença.

Portanto, os serviços de saúde devem desenvolver ações e estratégias que favoreçam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, o que pode influenciar positivamente as condições de saúde da população e, conseqüentemente, a melhoria da sua qualidade de vida. Sendo assim, para que essas intervenções sejam desenvolvidas, torna-se premente a identificação precoce dos usuários não aderentes (MEDEIROS et al., 2014).

Considerando os pressupostos aqui descritos, a justificativa para a realização desta pesquisa deve-se ao fato de que a identificação do diagnóstico situacional concernente à adesão dos pacientes hipertensos à terapia medicamentosa poderá subsidiar a elaboração de ações de educação em saúde e de um plano de cuidados para a sensibilização desses indivíduos quanto à importância do uso adequado das medicações para o controle da PA e redução do risco para o desenvolvimento de DCV.

Desta forma, foi utilizada como questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso entre pacientes hipertensos?

Este estudo teve como objetivo avaliar a prevalência e os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas acometidas por HAS.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e analítico. Foi realizado com hipertensos do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes, antigo programa HIPERDIA, de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do município de Jequié, Bahia, Brasil.

De um total de 300 hipertensos cadastrados em um dos turnos de atendimento do Serviço de Controle de Hipertensão e Diabetes na UBS onde o estudo foi realizado, 200 compareceram às consultas agendadas durante o período de janeiro a março de 2011. Mediante realização de cálculo amostral, por meio do Epi Info (Versão 7.0), e adotando os parâmetros de IC90%, margem de erro de  $\pm 5\%$ , foi apontada uma amostra de 132 indivíduos.

Aplicados os critérios de inclusão de uso de terapia medicamentosa, ausência de problemas de cognição e assinatura do TCLE, foram entrevistados 92 hipertensos que compareceram na Unidade para consulta de rotina de controle da HAS, de fevereiro a março de 2011.

A coleta das informações foi realizada de forma individualizada, por meio de questionário sociodemográfico, econômico e de saúde, contendo 21 questões, objetivando estabelecer a caracterização da população do estudo. Incluiu-se o Teste de *Morisky-Green* (TMG), validado para mensuração da adesão a terapias medicamentosas (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986). Os estudos baseados no TGM utilizam diferentes critérios para mensurar a adesão. Optou-se pelo critério que classifica como “mais aderentes” os participantes que obtiveram 3 a 4 pontos e “menos aderentes” os que alcançaram de 0 a 2 pontos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; UNGARI, 2007).

Visando a identificação de fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, aferiu-se a PA utilizando o método indireto, com esfigmomanômetro aneróide (Premium®), devidamente calibrado, e estetoscópio (Littman®). Seguiu-se a diretriz nacional, que orienta a medida da PA na posição sentada, com descanso mínimo de 5 minutos, ausência de atividade

física nos últimos 30 minutos, entre outras recomendações (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). Para a mensuração de peso e altura, foi utilizada balança mecânica da própria unidade de saúde.

Os dados foram tabulados e analisados pelo SPSS (Versão 21). Diferenças entre os grupos foram testadas pelo teste *Mann Whitney* e entre proporções pelo *Chi* quadrado. Adotou-se para associações estatisticamente significantes o valor de  $p < 0,05$ .

Esta pesquisa obedeceu às recomendações da Resolução n. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UESB), sob protocolo n. 135/2008.

## RESULTADOS

Foi possível identificar que a média de idade foi de 63,0 anos ( $dp \pm 12,1$ ), sendo os valores, mínimo e máximo, respectivamente, 34 e 86 anos. Verificou-se que a maioria dos(as) participantes era do sexo feminino (72,8%); com escolaridade de ensino fundamental (54,3%); estado civil, casada (47,8%); crença religiosa, católica (53,3%); e possuíam uma renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (68,5%). Quanto às características de saúde, a maioria foi classificada como pré-obesos (32,6%); apresentavam PA normal e/ou limítrofe (48,9%); utilizavam tratamento misto para controle da PA (67,4%); e adquiriam os medicamentos na rede pública e/ou privada (58,7%). A Tabela 1 sumariza os dados coletados.

**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos participantes do estudo – Jequié (BA) – 2011

Variáveis	(N=92)	
	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	25	27,2
Feminino	67	72,8
<b>Escolaridade</b>		
Sem escolaridade	31	33,7
Fundamental	50	54,3
Médio	11	12,0
<b>Estado civil</b>		
Solteira(o)	10	10,9
Casada(o)	44	47,8
Viúva(o)	27	29,3
Outra	11	12,0
<b>Crença religiosa</b>		
Católica	49	53,3
Protestante	37	40,2
Nenhuma	6	6,5
<b>Renda Familiar</b>		
< de 1 Salário	14	15,2
1-2 Salários	63	68,5
> 2 Salários	15	16,3
<b>IMC</b>		
Magreza	2	2,2
Eutrofia	29	31,5
Pré-obeso	30	32,6
Obesidade	31	33,7

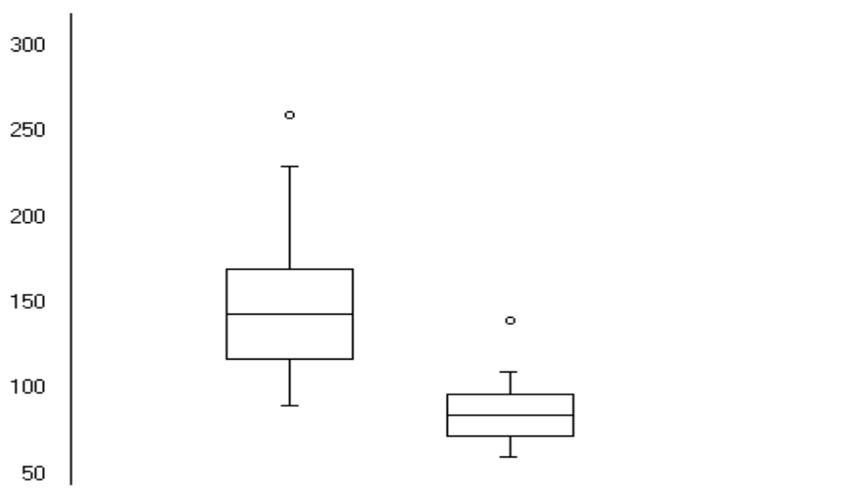
**Tabela 1** – Distribuição das características sociodemográficas, econômicas e de saúde dos participantes do estudo – Jequié (BA) – 2011

Variáveis	n	(N=92)	(conclusão)
		%	
<b>Hipertensão</b>			
Normal e/ou Limítrofe	45	48,9	
Hipertensão Estágio 1	18	19,6	
Hipertensão Estágio 2	17	18,5	
Hipertensão Estágio 3	12	13,0	
<b>Frequência que afere a PA</b>			
Regularmente	36	39,1	
Esporadicamente	56	60,9	
<b>Formas de tratamento da PA</b>			
Medicamento	30	32,6	
Combinado	62	67,4	
<b>Aquisição de medicamentos</b>			
Exclusivamente público	38	41,3	
Público e/ou privado	54	58,7	

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos níveis pressóricos, a média da PA foi de 145,83 x 86,43 mmHg, com desvio padrão de  $\pm 29,54$  x  $\pm 14,69$  mmHg, moda de 120 x 80

mmHg, respectivamente, sendo o valor máximo observado de 260 x 110 mmHg, o que está representado pelos *outliers* do Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Valores médios das medidas de tendência central da PS e PD de hipertensos participantes do estudo – Jequié (BA) – 2011

Fonte: Elaboração própria.

Foram também mensuradas as medidas antropométricas – peso (kg) e altura (m) – para

viabilizar o cálculo do IMC. A média geral desta variável foi de 27,4 (dp $\pm$ 5,4). A Tabela 2

apresenta o sumário das médias dessas medidas e seus respectivos desvios padrões por grupos etários. Verificou-se que a maior parte dos participantes encontrava-se na faixa etária dos 61 aos 70 anos de idade (31,5%), com média de IMC de

28,8 (dp±5,8), seguidos daqueles entre 51 e 60 anos de idade (26,1%), os quais apresentaram média de IMC de 28,0 (dp±4,4). A maior média de IMC foi detectada entre os participantes entre 30 e 40 anos, 30,7 (dp±5,5).

**Tabela 2** – Médias e desvios padrões das medidas antropométricas dos participantes do estudo – Jequié (BA) – 2011

(N=92)								
Idade	N	%	Massa (Kg)	dp	Est (cm)	dp	IMC	Dp
30-40	3	3,3	79,1	±15,3	160,3	±4,7	30,7	±5,5
41-50	12	13,0	68,8	±11,4	153,3	±5,0	28,6	±4,7
51-60	24	26,1	64,2	±9,4	151,5	±7,4	28,0	±4,4
61-70	29	31,5	69,4	±13,7	155,5	±7,9	28,8	±5,8
71-80	13	14,1	56,8	±13,9	149,5	±8,8	25,2	±4,9
< 80	11	12,0	57,3	±14,1	157,4	±10,1	22,9	±4,0

Fonte: Elaboração própria.

Quanto ao tempo de diagnóstico como hipertensa(o), foi identificada média aproximada de 12,5 anos (dp±8,1), com valor mínimo e máximo, respectivamente, de 2 e 35 anos. Sobre a acessibilidade aos medicamentos, 94,6% informaram ter fácil acesso. Quanto à importância atribuída aos medicamentos, verificou-se que 96,7% dos participantes informaram que são essenciais para o controle de sua PA. Em relação às orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, 97,8% consideraram importantes para o controle da PA.

O resultado do TMG evidenciou que 72,8% (n=67) da(o)s usuária(o)s obtiveram pontuação 3 ou 4, sendo classificada(o)s como aderentes à terapêutica medicamentosa e como categoria de referência nas análises, 25% (n=23) pontuação 1 ou 2 e 2,2% (n=2) obtiveram pontuação 0, totalizando 27,7% (n=25), sendo esses dois últimos grupos categorizados como menos aderentes.

Foram realizadas medidas de comparação entre as variáveis e mensurou-se o grau de correlação entre elas. Quanto às características sociodemográficas não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as médias das variáveis, sexo, escolaridade, renda familiar e faixa etária, quando comparadas entre os grupos estratificados pela adesão e não adesão ao

tratamento medicamentoso. Quanto à situação marital ( $p=0,043$ ), prevaleceu maior adesão no grupo de usuária(o)s que conviviam com companheiro(a) e não adesão entre aquela(e)s que não possuíam companheiro(a), com diferenças estatisticamente significantes.

De acordo com a Tabela 3, com relação às características de saúde, não foi identificada correlação entre grupos, segundo a adesão ao tratamento medicamentoso, para as variáveis IMC, frequência de aferição da PA, presença de sintomas relacionados à hipertensão e fonte de aquisição dos medicamentos (esses aspectos deveriam ter dado alguma correlação negativa, considerando que ser pré-obesos e obesos, verificar a PA irregularmente, comprar medicamentos, tendo uma renda tão limitada, deveriam influenciar). Identificou-se, nas formas de controle da PA ( $p=0,003$ ) entre aqueles usuários que combinavam o tratamento medicamentoso com outros meios de controle da PA, como realização de atividade física e/ou alimentação adequada, que houve maior adesão ao tratamento, com diferença estatisticamente significativa em relação aos que faziam apenas o controle medicamentoso; a não adesão, segundo o TMG, foi mais frequente no grupo de usuários que faziam

controle apenas medicamentoso, com médias estatisticamente diferentes entre si. Ainda conforme a Tabela 3, quanto aos aspectos do tratamento ligados a adesão à terapêutica, segundo o TGM, foi encontrada diferença significativa quanto ao tempo de diagnóstico da HAS e a referida variável ( $p < 0,001$ ). Verificou-se, no grupo com tempo

de diagnóstico inferior a 10 anos, que prevaleceu maior adesão ao tratamento medicamentoso; a não adesão foi mais evidente naqueles usuários com tempo de diagnóstico superior a 10 anos. A Tabela 3 sumariza os resultados estratificados de acordo com a adesão ou não ao tratamento.

**Tabela 3** – Caracterização da amostra do estudo, segundo a adesão ao tratamento medicamentoso – Jequié (BA) – 2011

Variável	Adesão à terapia medicamentosa				p-valor	X <sup>2</sup>
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
<b>Sexo</b>						
Masculino	17	18,5	8	8,7	0,525	0,40
Feminino	50	54,3	17	18,5		
<b>Escolaridade</b>						
Alfabetizado	45	48,9	16	17,4	0,775	0,08
Não alfabetizado	22	23,9	9	9,8		
<b>Renda Familiar</b>						
< de 1 Salário	11	12,0	3	3,3	0,635	0,91
1-2 Salários	44	47,8	19	20,6		
> 2 Salários	12	13,0	3	3,3		
<b>Situação marital</b>						
Com companheiro(a)	40	43,5	9	9,8	0,043*	4,11
Sem companheiro(a)	27	29,3	16	17,4		
<b>Idade</b>						
Adulto	28	30,4	9	9,8	0,200	0,25
Idoso	39	42,4	16	17,4		
<b>Pressão Arterial</b>						
Normal	36	39,1	9	9,8	0,130	2,29
Elevada	31	33,7	16	17,4		
<b>IMC</b>						
Eutrófico	22	23,9	7	7,6	0,657	0,20
Distrófico	45	48,9	18	19,6		
<b>Frequência que afere PA</b>						
Regularmente	27	29,3	9	9,8	0,707	0,14
Esporadicamente	40	43,5	16	17,4		
<b>Controle da PA</b>						
Medicamentoso	16	17,4	14	15,2	0,003*	8,55
Combinado (medicamentos + métodos naturais)	51	55,4	11	12,0		
<b>Tempo de diagnóstico</b>						
≤ 10 anos	41	44,6	14	15,2	<0,001*	18,08
> 10 anos	11	12,0	26	28,2		
<b>Sintomas</b>						
Sim	25	27,2	13	14,1	0,288	1,13
Não	41	44,6	13	14,1		
<b>Fonte dos medicamentos</b>						
Público	31	33,7	7	7,6	0,113	2,51
Público e/ou privado	36	39,1	18	19,6		

Fonte: Elaboração própria.

\* diferença estatisticamente significativa – nível de significância de 5%

## DISCUSSÃO

A ausência de resposta a tratamentos medicamentosos é resultado de uma extensa gama de fatores, dentre os quais a não adesão à terapêutica apresenta-se como um dos maiores desafios. Assim, a adesão ao tratamento medicamentoso por pessoas acometidas por HAS, bem como os fatores associados a esta, foi objeto de estudo da pesquisa aqui apresentada.

Quanto ao perfil sociodemográfico, evidenciou-se, entre as(os) participantes deste estudo, a predominância de mulheres, com baixo nível de escolaridade, casadas e com baixo poder aquisitivo. Esses resultados também foram verificados em estudo realizado com 595 hipertensos(as) atendidos em Unidade de Saúde da Família de Blumenau (SANTAN-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010); e em estudo com 100 hipertensa(o)s de um ambulatório do município de Belém, estado do Pará (LIMA; MEINERS; SOLER, 2010).

A situação de baixa renda individual e familiar, a baixa escolaridade e a cor/raça negra podem explicar parte do processo de mediação dessas variáveis com a não adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Estudos verificaram que o baixo nível de escolaridade pode estar relacionado com a adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; YIANNAKOPOULOU et al., 2005). Além disso, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, os fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional, o qual pode ser decorrente desses outros fatores, participam do desencadeamento e manutenção da HAS e podem se configurar como barreiras para a adesão ao tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010).

Ainda nesse sentido, este estudo corroborou os achados de outro que não registrou associação estatisticamente significativa para as variáveis faixa etária, sexo, raça/cor, escolaridade e renda mensal (MARTINS et al., 2014), divergindo quanto à situação conjugal, tendo em vista

que aqui prevaleceu maior adesão no grupo que convivia com companheiro(a) e não adesão entre aqueles sem companheiro(a), com diferenças estatisticamente significantes ( $p=0.043$ ).

A situação de instabilidade conjugal pode levar a uma diminuição da renda, além de causar estresse psicossocial e interferir no estilo de vida. Consequentemente, os casamentos duradouros e harmoniosos podem incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis, reduzindo o risco de acometimento por doenças crônicas, além de promover maior sobrevivência e adesão aos tratamentos para essas doenças (DUPRE; BECK; MEADOWS, 2009).

A variável sexo não apresentou significância estatística em relação à adesão, todavia os resultados evidenciaram uma população predominante de mulheres hipertensas (72,8%). Segundo dados do DATASUS, no estado da Bahia, entre janeiro de 2002 e abril de 2013, foram cadastradas 733.840 pessoas com HAS para acompanhamento no HIPERDIA; desse total, 514.277 (70,1%) são mulheres (BRASIL, 2015). Há de se considerar que os homens quase não buscam os serviços de saúde, principalmente a atenção básica, pois se consideram invulneráveis, por vergonha de frequentar o serviço etc. (SIQUEIRA et al., 2014). A não procura pelo atendimento de saúde por indivíduos do sexo masculino potencializa a subestimação das doenças e agravos que os acometem, como a HAS, e aponta para a necessidade de ações específicas para esse grupo populacional.

Desse modo, esse número pode estar subestimado e repercute nos cuidados que o homem tem sobre sua saúde, tendo em vista que o fato de não buscar o serviço de saúde para o tratamento dificulta a sua adesão à terapêutica necessária, intensificando o risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e outras morbidades associadas. Além das mulheres procurarem mais os serviços de saúde, em especial a ESF, elas apresentam maior disponibilidade e preocupação em participar das atividades desenvolvidas por esses serviços, o que se configura como fator condicionante para maior adesão ao tratamento da HAS.

A idade é fator de risco e grande contribuinte para a epidemiologia da HAS. Existe relação direta e linear com PA, sendo a prevalência superior a 60% acima de 65 anos (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA, 2010). O aumento da idade está relacionado à elevação da PA. Por conseguinte, ocorre rigidez arterial e a HAS decorrente do envelhecimento biológico é inevitável. Além disso, nas sociedades industrializadas, é uma consequência do estilo de vida caracterizado por elevado consumo de gordura e sal, além do sedentarismo (KOKKINOS, 2014). Em contrapartida, outro estudo observou maior adesão ao tratamento com o avançar da idade, especialmente após os 60 anos, repercutindo no controle da doença (RAYMUNDO; PIERIN, 2014).

Identificou-se também que as formas de controle da PA (medicamentoso ou combinado) apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0.034$ ) em relação à adesão ao tratamento, tendo sido verificado que houve maior adesão ao tratamento entre os hipertensos que combinavam o tratamento medicamentoso com a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Consequências da não adesão ao tratamento medicamentoso associado à adoção de hábitos de vida saudáveis são expressas em várias esferas da vida do indivíduo, em componentes do sistema de saúde e na morbimortalidade da população. Destarte, repercute de modo negativo na saúde e na qualidade de vida das pessoas. Estudo de Raymundo e Pierin (2014) revelou que o hipertenso deve ser estimulado constantemente à adoção de hábitos de vida saudáveis e, ocasionalmente, devem ser realizados ajustes no tratamento medicamentoso, para que possa alcançar e manter os níveis tensionais controlados.

Para poder intervir de forma adequada na adesão ao tratamento, e de acordo com as necessidades de cada paciente, é preciso, primordialmente, entender que a forma de aderir é própria de cada um deles. Os muitos aspectos da adequada adesão envolvem diversas vertentes que compõem o cotidiano dos pacientes e precisam ser considerados em se tratando de

indivíduos acometidos por DCNT, entre elas a HAS (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2010).

A adesão ao tratamento da HAS é um processo comportamental complexo, influenciado por vários fatores, como meio ambiente, indivíduo e assistência médica, além de abranger as dimensões, biológica, psicológica, socioeconômica e cultural. Ademais, as mudanças no estilo de vida são condicionadas à interação entre esses fatores e podem ser influenciadas pelas orientações de saúde recebidas durante o atendimento nos serviços de saúde (MARTINS et al., 2014).

Nessa perspectiva, a investigação do tempo de diagnóstico da HAS revelou que os hipertensos com menor tempo de diagnóstico apresentaram maior adesão ao tratamento medicamentoso, com diferenças estatisticamente significantes ( $p<0.001$ ), quando comparados ao grupo de maior tempo de diagnóstico. Essa forte associação demonstra ser um fator importante quando se trata de adesão medicamentosa. Esse resultado diverge de estudos realizados com pessoas acometidas pela HAS, nos quais se verificou que o menor tempo de doença (e de tratamento farmacológico) repercute na maior não-adesão e no abandono. Talvez isto se deva ao fato de a HAS ser uma doença crônica, quase sempre de longa duração, e na maior parte do tempo assintomática, o que induz muitas pessoas a não se reconhecerem como doentes (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Infere-se que essa relação entre o menor tempo de diagnóstico e a maior adesão pode decorrer da expansão do acesso às informações de saúde, da ampla divulgação dos mecanismos de prevenção da HAS por meio da televisão, Internet e da produção científica. Assim, os recém-diagnosticados podem estar mais atentos com o controle da PA e aqueles com maior tempo podem estar sendo influenciados pelo fato de ser, por vezes, assintomática, condicionando a não adesão, sujeitando-se aos vícios não saudáveis e ao desencorajamento para o seguimento correto da terapêutica necessária para o tratamento da HAS.

Além do descrito anteriormente, outros fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento da HAS podem ser modificáveis, tais

como a fase inicial assintomática, o uso de medicamento somente quando “sentem” que a PA está elevada, a impressão de cura com consequente abandono, o desgosto de ter que tomar remédios continuamente, a necessidade de consultas mensais para prescrições e retirada do medicamento na unidade de saúde, além da falta de medicamento gratuito na unidade de saúde (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Quanto ao acesso aos medicamentos para tratamento da HAS, o qual é um direito do usuário do serviço e deve ser irrestrito e igualitário, 94,6% afirmaram ter acesso fácil. Verificou-se, porém, que 56,5% das(os) participantes afirmaram adquirir parte ou todas as medicações na rede privada.

Segundo este estudo, o fornecimento gratuito dos medicamentos da HAS é um forte aliado para a adesão ao tratamento, sendo uma das bases, se não o alicerce, do Serviço de Controle do HAS, especialmente porque a terapêutica não medicamentosa é de difícil aderência. Sendo assim, a falta dos medicamentos ou a distribuição inadequada leva ao tratamento incompleto, ao abandono e/ou à não adesão, tendo em vista que, quando a UBS deixa de oferecer, os usuários acabam interrompendo o tratamento, por não possuírem recursos suficientes para adquiri-los (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; MEDINA, 2014).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que a adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS pode ser considerada satisfatória na amostra estudada, uma vez que a prevalência de boa adesão foi de 72,8%. Quanto aos fatores que influenciaram nessa adesão, verificou-se que indivíduos em situação marital de união estável, com controle da PA por meio do tratamento medicamentoso aliado à adoção de hábitos de vida saudáveis e tempo de diagnóstico da HAS inferior a 10 anos apresentaram melhores níveis.

Os(as) usuários(as) informaram, em sua maioria, que adquirem medicamentos na rede privada, fator que potencializa a dificuldade da

adesão ao tratamento para a HAS, uma vez que muitos(as) não detêm recursos financeiros suficientes para adquiri-los na rede privada, o que pode levar à interrupção e ao abandono do tratamento. Desta forma, torna-se necessário que os profissionais de saúde reflitam sobre a atenção a essa clientela e ofereçam orientações capazes de minimizar os fatores que influenciam na adesão à terapia medicamentosa e os estimulem a promover mudanças no estilo de vida e a adotar comportamentos saudáveis para a melhoria da sua qualidade de vida.

Este estudo apresentou limitações concernentes ao desenho metodológico. Estudos transversais não permitem estabelecer relação de causa e efeito. Mesmo tendo sido observadas alterações nos padrões das variáveis estudadas, seria necessário um recorte temporal maior e a presença de grupo controle para investigar onexo causal em voga. Outro fator limitante, além do tamanho da amostra, foi o fato de não ter sido utilizada uma amostra probabilística. Vale ressaltar que, em amostras maiores e probabilísticas, outras associações podem ser identificadas. Além disso, é premente a realização de outros estudos para a avaliação de outras variáveis que podem influenciar na adesão ao tratamento da HAS, a exemplo de variáveis biológicas, psicológicas, socioeconômicas e culturais.

## AGRADECIMENTOS

Ao CNPq, pela concessão de bolsa de Iniciação Científica a Ícaro José Santos Ribeiro no período da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- BEUNE, Erik J.A.J. et al. Culturally Adapted Hypertension Education (CAHE) to improve blood pressure control and treatment adherence in patients of african origin with uncontrolled hypertension: cluster-randomized trial. *PLoS One*, São Francisco, v. 9, n. 3, p. 1-11, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Informações de Saúde. *População residente – Região Nordeste*. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/>>

cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdba.def>. Acesso em: 5 jan. 2015.

CARVALHO FILHA, Francidalma S.S.; NOGUEIRA, Lídyia T.; MEDINA, Maria G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 265-278, 2014.

DUPRE, Matthew E.; BECK, Audrey N.; MEADOWS, Sarah O. Marital trajectories and mortality among US adults. *Am. J. epidemiol.*, Baltimore, v. 170, n. 5, p. 546-555, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*: sinopse do censo e resultados preliminares do universo. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000402.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

KIM, Jeung-Hee et al. Psychometric properties of a Short Self-Reported Measure of Medication Adherence among patients with hypertension treated in a busy clinical setting in Korea. *J. epidemiol.*, Tóquio, v. 24, n. 2, p. 132-140, 2014.

KOKKINOS, Peter. Cardiorespiratory fitness, exercise, and blood pressure. *Hypertension*, Dallas, v. 64, p. 1160-1164, 2014.

LIMA, Tácio M.; MEINERS, Micheline M.M.A.; SOLER, Orenzio. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev. Pan-Amaz. Saude*, Ananindeua, PA, v. 1, n. 2, p. 113-130, 2010.

MANFROI, Angélica; OLIVEIRA, Francisco A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev. bras. med. fam. com.*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 7, p. 165-176, 2006.

MARTINS, Aurelina G. et al. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 266-272, 2014.

MATTHES, Jan; ALBUS, Christian. Improving adherence with medication: a selective literature review based on the example of hypertension treatment. *Dtsch. Arztebl. Int.*, Cologne, v. 111, n. 4, p. 41-47, 2014.

MEDEIROS, Amira R.C. et al. Modelo de suporte à decisão aplicado à identificação de indivíduos não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 104-118, 2014.

MORISKY, Donald E.; GREEN, Lawrence W.; LEVINE, David M. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. *Med. Care*, United States, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.

RAYMUNDO, Ana C.N.; PIERIN, Angela M.G. Adherence to anti-hypertensive treatment within a chronic disease management program: a longitudinal, retrospective study. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 5, p. 811-819, 2014.

SANTA-HELENA, Ernani T.; NEMES, Maria I.B.; ELUF NETO, José. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.

SIQUEIRA, Bruna P.J. et al. Men and health care in the social representations of health professionals. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 690-696, 2014.

SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq. bras. cardiol.*, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, supl. 1, p. 1-51, 2010.

TORRES, Raimeyre M.; FERNANDES, Josicelia D.; CRUZ, Enêde A. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: revisão bibliográfica. *Rev. baiana enferm.*, Salvador, v. 21, n. 3, p. 61-70, 2010.

UNGARI, Andrea Q. *Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto, SP*. 2007. 95 f. Dissertação (Mestrado em Ciência Médicas) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

YIANNAKOPOULOU, Eugenia C. et al. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur. J. cardiovasc. prev. Rehabil.*, Londres, v. 12, n. 3, p. 243-249, 2005.

Artigo apresentado em: 21/1/2015

Aprovado em: 21/5/2015

Versão final apresentada em: 6/7/2015