

Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde

The adherence to drug and non-drug treatment to hypertensive patients treat in basic health units

Débora Weber¹, Karla Renata de Oliveira¹, Christiane de Fátima Colet¹

RESUMO

Fundamento: A hipertensão arterial sistêmica é uma das doenças mais prevalentes no mundo necessitando, para seu controle, de tratamento farmacológico e não farmacológico. **Objetivo:** Buscou-se avaliar a adesão de hipertensos ao tratamento medicamentoso ou não, e identificar os fatores que podem influenciar na adesão a essas terapias. **Matérias e métodos:** Foi realizado um estudo transversal, utilizando questionário e aparelhos para verificação dos dados antropométricos. **Resultados:** Foram avaliados 100 hipertensos cadastrados em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família, destes, 78% encontravam-se acima do peso, 82% apresentaram valores de circunferência da cintura elevados, 30% utilizavam um medicamento e 70% dois ou mais, 53% mantinham a Pressão Arterial (PA) controlada e 73% relataram conhecer terapias não medicamentosas. Verificou-se que 43% aderem ao tratamento não medicamentoso e entre os que conheciam terapias não medicamentosas, 91,78% a cumprem. **Conclusões:** A adesão ao tratamento é um processo complexo e necessita da implantação de estratégias para sua ampliação, que envolvam a equipe de saúde e os usuários.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão; adesão à medicação; centros de saúde.

ABSTRACT

Background: Hypertension is one of the most prevalent diseases in the world need to control for non-drugs and drugs treatment. **Objective:** this study evaluate the adherence to treatment of hypertensive patients, pharmacological or not, and to identify factors that may influence the adherence to these therapies. **Matherial and methods:** It was accomplished a cross-sectional study using questionnaire and apparatus for verification of anthropometric data. **Results:** It was evaluated 100 hypertensive patients enrolled in the Strategy Unit of the Family Health, of these 78% were overweight, 82% had values of waist high, 30% used one drug and 70% had two or more drugs, 53% had controlled BP and 73% reported known the non-drug therapies. It was found that 43% adhere to treatment and non-drug therapies among those who knew no drug, 91.78% to meet. **Conclusion:** Treatment adherence is a complex process and requires the implementation of strategies for its expansion, involving health professionals and users.

KEYWORDS

Hypertension; medication adherence; health centers.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças mais prevalentes na população mundial, sendo que, no Brasil, afeta de 22,3 a 43,9% da população adulta. Por ser assintomática, na maioria dos casos, torna-se ainda mais grave, por se constituir um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, é responsável por 54% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 47% por doença isquêmica do coração no mundo.¹

A HAS é uma doença de origem multifatorial e está associada à presença de diversos fatores de risco, como hereditariedade, sedentarismo, tabagismo, etilismo, ingestão elevada de sal e obesidade.²

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a HAS. Neste contexto, um incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver HAS. Os mesmos autores apontam ainda que ganho

de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de HAS e a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular. Neste sentido, recomenda-se que hipertensos com excesso de peso participem de programas de emagrecimento com o objetivo de alcançar IMC inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres.¹

O tratamento da HAS, envolvendo a utilização correta dos medicamentos, associado às mudanças de hábitos de vida, contribui efetivamente para o sucesso do tratamento e a redução de eventos cardiovasculares fatais.³ As mudanças nos hábitos de vida, como o controle de peso, adoção de hábitos alimentares saudáveis com redução do consumo de sal e gordura, redução do consumo de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e prática de atividade física regular, são indicadas para todos os hipertensos, independente do tratamento medicamentoso estar instituído. Em indivíduos com pré-hipertensão ou hipertensão leve, sem fatores de risco, realizar mudanças no estilo de vida é o suficiente para controlar a pressão arterial (PA) e evitar ou adiar a manifestação de comorbidades. Em contrapartida, na presença de fatores de risco e na hipertensão grave é necessário o tratamento medicamentoso.²

O principal objetivo do tratamento anti-hipertensivo é reduzir a morbi-mortalidade das doenças cardiovasculares associadas aos valores elevados da PA.⁴ O tratamento medicamentoso deve ser instituído de maneira gradual, tendo em vista que podem ocorrer efeitos colaterais relacionados à redução abrupta deste parâmetro fisiológico, como fadiga, fraqueza e vertigem postural,⁵ os quais contribuem para o abandono do tratamento já na fase inicial.

Embora um grande número de medicamentos anti-hipertensivos, com benefícios comprovados no tratamento e na prevenção de doenças cardiovasculares, esteja disponível, o número de hipertensos que consegue manter a PA em níveis adequados é muito baixo.⁶ Conforme os autores, esse fato se deve, entre outros, a baixa adesão ao tratamento por parte destes usuários.

O conceito de adesão ao tratamento varia bastante entre os autores, mas pode ser entendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.⁷ Um conceito mais complexo aborda o tema relacionando-o com uma escolha livre das pessoas de adotarem ou não certa recomendação, refere-se ao entendimento do papel do paciente como sujeito ativo, que participa e assume responsabilidades sobre seu tratamento.⁸

Estudos evidenciam que, no Brasil, cerca de 50% dos hipertensos abandonam o tratamento no primeiro ano em que são submetidos a acompanhamento médico e, após cinco anos, apenas 17% permaneceram em tratamento.⁹

Diversos fatores podem interferir para que não ocorra adequada adesão ao tratamento, dentre eles destaca-se o uso de vários medicamentos concomitantemente, regimes terapêuticos complexos, dificuldade de compreender as informações durante a dispensação, interações farmacológicas e a manifestação de reações adversas, além da característica crônica da doença.^{10,11}

Com base na elevada prevalência da HAS e na baixa adesão ao tratamento, da mesma forma que no diabetes mellitus (DM), foi criado e disponibilizado para estados e municípios, em 2002, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), o qual permite cadastrar e acompanhar os portadores de HAS e DM. Este sistema permite definir o perfil epidemiológico da população cadastrada, além de viabilizar a construção e elaboração de estratégias destinadas a melhorar a qualidade de vida dessas pessoas e reduzir custos de internação.¹²

O HIPERDIA constitui-se em um sistema de informação importante para o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HA) e ao DM, o qual pode gerar diversos relatórios, por meio dos quais a equipe de saúde pode conhecer as estatísticas inerentes à população de diabéticos e hipertensos.⁹

O objetivo deste estudo foi avaliar a adesão de hipertensos ao tratamento instituído, seja este medicamentoso ou não, e identificar os fatores que podem influenciar na adesão a essas terapias.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, no qual foi utilizado um questionário como principal método indireto e quantitativo de coleta de dados, além de um estetoscópio e um esfigmomanômetro para a verificação da PA, balança para pesagem e fita métrica para verificação de altura e circunferência da cintura.

A coleta dos dados foi realizada em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos meses de julho e agosto de 2010 no turno da tarde. Os aparelhos necessários para a verificação da PA e determinação dos índices antropométricos foram disponibilizados pela ESF e as verificações foram acompanhadas pela enfermeira que atua no local. A medida da PA foi feita uma vez, com o paciente sentado e após pelo menos cinco minutos de repouso.

Foram incluídos no estudo todos os hipertensos, com diagnóstico, que buscaram a referida ESF no período do estudo com o intuito de dar continuidade ao acompanhamento realizado pelo HIPERDIA. Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso foi utilizado o método desenvolvido por Morisky, Green e Levine,¹³ composto por quatro perguntas fechadas. De acordo com este método, o usuário é aderente ao tratamento quando o número de respostas sim é igual a zero, moderadamente aderente quando uma ou duas respostas são sim e pouco aderente quando responder sim a três ou quatro

questões. A adesão à terapia não medicamentosa foi avaliada através de autorrelato, a partir das perguntas do questionário.

Para a classificação do IMC dos entrevistados, foram utilizados os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme Quadro 1.

Em relação à circunferência da cintura, foi considerado ideal o preconizado pelas VI Diretrizes de Hipertensão Arterial,¹ valores inferiores a 102 cm para os homens e 88 cm para as mulheres.

Para a classificação da PA, foram utilizados os valores estabelecidos pelo Ministério da Saúde.²

Para a análise estatística de associações, foram realizados os seguintes testes estatísticos de Análise Variância (ANOVA) seguida do Teste *t* de Student para amostras independentes, sendo avaliadas as seguintes associações: 1) associação entre sexo e controle da pressão arterial; 2) associação entre uso de monoterapia ou polimedicamentos com controle da pressão arterial; 3) associação entre adesão pelo teste de Morisky e o controle da pressão arterial.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 100 hipertensos, dos quais 68 eram mulheres, Mochel et al.¹⁴ e Pierin et al.¹⁵ também verificaram prevalência feminina entre os hipertensos em estudos realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBSs) no Maranhão e em um hospital de São Paulo, respectivamente. Entre as mulheres a média de idade foi $63,28 \pm 10,9$ anos, já para os homens foi de $67,09 \pm 7,5$ anos. As duas variáveis apresentadas indicam que as mulheres possuem maior percepção da gravidade da doença e maior tendência ao auto-cuidado, buscando assistência médica com maior frequência em relação aos homens, o que permite o diagnóstico precoce e o tratamento da doença.¹⁴

Com relação ao tempo de diagnóstico da HAS, 29% dos entrevistados tiveram o diagnóstico entre um a quatro anos, 28% entre cinco a nove anos e 43% há 10 anos ou mais, com média de 9,01 anos de diagnóstico, o que corrobora com o estudo de Pierin et al.,¹⁵ no qual 43% da população entrevistada afirmou saber ser hipertenso há mais de 10 anos.

No que tange a escolaridade, a maioria dos hipertensos (85%) afirmou ter o ensino fundamental incompleto e 92% não

completaram a educação básica. Dados semelhantes foram encontrados no estudo de Reis e Glashan,¹⁶ no qual 92,8% dos entrevistados não haviam concluído o ensino fundamental. As autoras salientam que há uma estreita ligação entre o grau de escolaridade e a adesão ao tratamento devido à dificuldade de compreensão deste por parte do paciente. Ainda em relação à compreensão das informações, outra dificuldade enfrentada pelos hipertensos com baixa escolaridade é a abordagem da maioria das campanhas de tratamento da HAS, que se dá através de folhetos ou cartilhas explicativas, o que dificulta e, por vezes, impossibilita a adesão correta ao tratamento.¹⁴ Neste sentido, destaca-se que se faz necessário estabelecer vínculo com os usuários e identificar suas limitações e potencialidades para, a partir delas, estabelecer estratégias eficazes de adesão ao tratamento.

O conhecimento do tratamento não medicamentoso foi relatado por 73% dos entrevistados, destes, 69,86% eram do sexo feminino. Dados opostos foram encontrados por Mion Jr. et al.¹⁷ em estudo realizado com 353 hipertensos atendidos na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas em São Paulo, onde 81% dos entrevistados desconheciam o tratamento não medicamentoso e a maior parte dos que desconheciam esta prática eram mulheres.

Entre aqueles que conheciam alguma forma de tratamento não medicamentoso, 91,78% afirmaram cumpri-la. Dos 64,38% indivíduos que relataram conhecer a dieta hipossódica, 89,36% a cumprem. A adesão à dieta com restrição de sódio também foi observada por Plaster,¹⁸ em um estudo realizado com hipertensos acima de 60 anos cadastrados no HIPERDIA de Cacoal/RO, onde apenas 7% dos entrevistados afirmaram que sua comida é bem temperada. A segunda forma de tratamento não medicamentoso mais citada foi a restrição de gordura (38,36%), e dos hipertensos que a conheciam 96,43% referiram segui-la.

A prática de exercícios físicos regulares foi pouco mencionada como estratégia para o controle da PA, apenas 11% dos hipertensos a conhecem e nove relataram praticar a atividade regularmente. Plaster¹⁸ verificou que apenas 19% dos entrevistados praticavam atividade física de maneira regular, sendo os principais motivos para a não adesão: não querer fazer ou descuido, doenças, cansaço pelo trabalho e falta de informação. Vários ensaios clínicos demonstram a redução da PA promovida pela prática exercícios aeróbios, estando estes indicados tanto para prevenção quanto para o tratamento da HAS.¹ É recomendado que, inicialmente, sejam realizadas atividades leves a moderadas e, após um período de adaptação, se passe a atividades mais vigorosas.¹

Outro aspecto importante do tratamento não medicamentoso é a redução de peso. Neste estudo, apenas três hipertensos

Quadro 1. Classificação do IMC, conforme Brasil (2002).

Classificação	IMC
Baixo peso	< 18,5 kg/m ²
Normal	18,5 – 24,9 kg/m ²
Sobrepeso	25,0 – 29,9 kg/m ²
Obesidade grau I	30,0 – 34,9 kg/m ²
Obesidade grau II	35,0 – 39,9 kg/m ²
Obesidade grau III	> 40,0 kg/m ²

consideram a redução de peso como estratégia para o controle da PA, o que preocupa, visto que, na Tabela 1 percebe-se alta prevalência de obesidade entre os hipertensos entrevistados. Segundo as VI Diretrizes de Hipertensão Arterial, a redução do peso e da circunferência da cintura resultam em redução da PA e melhora das alterações metabólicas associadas.¹

Quando questionados quanto à pessoa que orientou sobre o tratamento não farmacológico, 71,23% referiram-se ao médico, porém 37% afirmaram que o mesmo não questiona o cumprimento de tal tratamento. Assim, cabem aos médicos e demais profissionais da saúde reforçar o papel fundamental do tratamento não medicamentoso no controle da PA.

A Tabela 1 apresenta os dados antropométricos dos voluntários do estudo, no qual se verifica a prevalência da obesidade tanto nos homens quanto nas mulheres, sendo que os homens se concentram na faixa de obesidade grau I e as mulheres na faixa de sobrepeso. Freitas et al.¹⁸ também observaram valores de IMC no limite entre sobrepeso e obesidade grau I, entretanto, as mulheres apresentaram valores médios de IMC maiores que os homens.

Considerando o total de entrevistados, 39% encontravam-se com sobrepeso, 29% apresentavam obesidade grau I, 7% obesidade grau II e 3% obesidade grau III, totalizando 78% dos hipertensos acima do peso. Nos estudos de Pierin et al.¹⁵ e Freitas et al.,¹⁹ ambos realizados em hospitais do estado de

São Paulo, 75 e 68% dos hipertensos, respectivamente, apresentavam peso acima do recomendado. Tendo em vista que uma relação proporcional entre obesidade e HAS vem sendo evidenciada em vários estudos, e de acordo com o Ministério da Saúde, a redução de 5 a 10% do peso corporal já é capaz de diminuir a PA² identifica-se a necessidade de trabalhar com medidas efetivas para redução de peso na população estudada.

No que se refere à medida da circunferência da cintura, percebe-se que a maioria dos entrevistados (82%) encontrava-se acima dos índices preconizados pelo Ministério da Saúde. Considerando o gênero, o número de mulheres com este índice elevado (88,24%) se sobrepõe ao número de homens (68,75%). Assim, nota-se que nas mulheres ocorre acúmulo de tecido adiposo principalmente na região abdominal, visto que se verificou IMC menor e circunferência da cintura maior entre as mulheres quando comparados aos mesmos índices evidenciados nos homens. Rosini, Machado e Xavier²⁰ também encontraram maior número de mulheres com circunferência da cintura elevada (67,6%) em relação aos homens (35,4%) em um estudo realizado com hipertensos cadastrados no Hiperdia do município de Brusque/SC. Neste sentido, Pimenta et al.²¹ apresentam estudos que sugerem que o acúmulo de tecido adiposo na região abdominal é um fator de risco mais significativo para doenças cardiovasculares do que a massa total de gordura.

Em relação aos níveis pressóricos, 53% dos hipertensos apresentaram PA controlada, ou seja, valores abaixo de 140/90 mmHg. Os resultados indicam que as mulheres conseguem um melhor controle da PA, visto que 55,88% destas encontravam-se normotensas, já entre os homens, 46,87% apresentavam a PA controlada. Para averiguar se havia associação entre o controle de PA e o gênero dos entrevistados, os dados foram analisados pelo Teste *t* de Student para amostras independentes, o que mostrou haver correlação entre estes fatores ($p_{\text{cal}} = 0,143$; $p > 0,050$). Embora somente metade dos entrevistados tenha apresentado níveis pressóricos controlados, este estudo verificou valores mais elevados quando comparado a grande maioria dos estudos realizados. Freitas et al.¹⁹ que avaliaram pacientes cadastrados em uma Clínica de Hipertensão Arterial e atendidos pelo Sistema Único de Saúde, verificaram que apenas 20,9% dos hipertensos mostraram-se com níveis tensionais dentro da normalidade. Mion Jr., Pierin e Guimarães²² apresentam dados norte-americanos que evidenciam que somente 27% dos hipertensos estão com PA inferior a 140/90 mmHg. Ainda no estudo de Mochel et al.,¹⁴ realizado com usuários de UBSs de São Luis/MA cadastrados no Programa de Hipertensão, os autores encontraram 33,1% dos hipertensos controlados e no estudo de Fuchs et al.,²³ realizado em UBSs de

Tabela 1. Distribuição dos entrevistados conforme dados antropométricos e respectivos valores médios.

Dados antropométricos	Homens	Mulheres	Total
Peso (kg)			
< 60	1	6	7
60 – 79	8	40	48
80 – 99	18	18	36
> 100	5	4	9
Peso Médio*	86,37 ± 13,16	73,48 ± 14,31	77,61 ± 15,21
IMC (kg/m ²)			
< 18,5	–	2	2
18,5 – 24,9	5	15	20
25 – 29,9	12	27	39
30 – 34,9	13	16	29
35 – 39,9	2	5	7
> 40	–	3	3
IMC Médio*	29,45 ± 3,76	28,78 ± 5,39	28,99 ± 4,92
Circ. Cintura (cm)			
Até 88	–	8	8
> 88	–	60	60
Até 102	10	–	10
> 102	22	–	22
Circ. Cintura Média*	107,66 ± 8,57	100,84 ± 11,87	103,02 ± 11,34

* Média ± desvio padrão.

Porto Alegre/RS foi observado que 35,5% dos pacientes eram normotensos. O estudo de Rosini, Machado e Xavier²⁰ que avaliou usuários cadastrados no programa HIPERDIA do município de Brusque/SC, verificou que 43,2% dos hipertensos estavam com a PA controlada, aproximando-se dos valores deste estudo. A maior porcentagem de indivíduos normotensos encontrados no presente estudo pode ser um indicador positivo em relação ao acompanhamento destes sujeitos pelo programa HIPERDIA. Os distintos resultados encontrados nos trabalhos apresentados podem estar relacionados às diferenças metodológicas empregadas.

Ainda sobre os níveis pressóricos, destaca-se que foram considerados normotensos os indivíduos classificados com PA normal e pré-hipertensão conforme Brasil.² Quando considerados somente os valores de PA menores ou iguais a 120/80 mmHg, apenas 27% dos hipertensos encontravam-se nesta faixa.

Os entrevistados utilizavam 202 medicamentos para o controle da PA, em média $2,02 \pm 0,90$ por indivíduo. A classe de medicamentos mais utilizada foi a dos diuréticos (38,61%), com destaque para a hidroclorotiazida, empregada no tratamento de 26,24% dos hipertensos. Em seguida, aparece a classe dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), com 28,22% dos medicamentos e ainda os beta-bloqueadores com 16,5%. Mion Jr., Pierin e Guimarães²² encontraram que os medicamentos mais prescritos foram os diuréticos (53%) e os IECA (24%). Esses dados também estão de acordo com o recomendado pelo Ministério da Saúde, onde os diuréticos são considerados de primeira escolha devido ao benefício comprovado em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, e também pelo baixo custo e extensa experiência de emprego. Caso o usuário não responda adequadamente a monoterapia com diuréticos associam-se IECA, beta-bloqueadores ou antagonistas do cálcio.² Dos indivíduos estudados, 30% utilizavam apenas um medicamento para PA e 70% dois ou mais. Foi possível visualizar maior controle da PA nos hipertensos que faziam uso de monoterapia, dos quais 73,33% apresentaram PA controlada, *versus* 53% do total de hipertensos. Resultados semelhantes foram encontrados por Salgado Filho et al.,²⁴ em estudo realizado com pacientes cadastrados na Liga de Hipertensão do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, onde pacientes tratados com mais de um medicamento tiveram taxa de não controle de PA de 79,7% ao passo que os tratados com apenas um medicamento apresentaram taxa de não controle de 56,8%. Ainda, no estudo de Plaster,¹⁸ 81% dos entrevistados utilizavam dois ou mais medicamentos e destes, 64,3% não apresentavam a PA controlada. O autor entende que o baixo índice de controle da PA se deve a baixa adesão à terapia medicamentosa e ao fato de o tratamento medicamentoso estar desassociado do tratamento não medicamentoso.

Em relação ao número de hipertensos aderentes ao tratamento e os com a PA controlada, percebe-se que mesmo havendo semelhança entre o número de indivíduos nos dois grupos (43 e 53, respectivamente) apenas 20 hipertensos que aderem ao tratamento apresentaram PA controlada (Tabela 2). Além disto, não se observou associação entre estas duas variáveis ($p_{\text{cal}} = 0,345$; $\alpha > 0,050$; ANOVA/*t* Student). Plaster¹⁸ também observou que apenas 24,5% dos hipertensos que aderiram ao tratamento anti-hipertensivo estavam com a PA controlada.

No que se refere ao presente estudo, entende-se que possa estar ocorrendo falha na terapêutica medicamentosa implantada ou que a sua desassociação do tratamento não medicamentoso esteja comprometendo a eficácia dos medicamentos nos indivíduos que aderem ao tratamento medicamentoso. Além disso, o entrevistado pode ter omitido informações em relação ao cumprimento do tratamento medicamentoso, uma vez o momento da entrevista foi o primeiro contato do hipertenso com a pesquisadora, o que pode levar a resultados falsos. Neste sentido, sugere-se o acompanhamento destes sujeitos através do seguimento farmacoterapêutico que pode ser uma estratégia para identificar os reais motivos da falta de controle da PA, bem como permitir que o hipertenso conheça melhor sua situação de saúde e os potenciais problemas relacionados.

De acordo com o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, o seguimento farmacoterapêutico pode ser definido como um componente da Atenção Farmacêutica, no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.²⁵ Neste contexto, destaca-se a importância de se estabelecer uma relação de confiança entre o farmacêutico e o usuário, com vistas a co-responsabilização deste com o tratamento. Salienta-se ainda, que depois de estabelecido o vínculo, o usuário tende a aderir completamente ao tratamento ou então a abandoná-lo.

Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem de indivíduos segundo a variável PA controlada e classificação do Teste de Morisky, Green e Levine (M-G-L) em aderentes e não aderentes.

Categoria	Controlada		Não controlada		Total
	n	%	n	%	
Classificação do teste de M-G-L					
Aderente	20	37,7	23	48,9	43
Não aderente	33	62,3	24	51,1	57
Total	53	53	47	47	100

Outras metodologias que avaliem a adesão a terapias medicamentosas, como a contagem de comprimidos, também podem ser úteis neste processo. Segundo Santa Helena et al.,²⁶ a contagem manual de comprimidos é a alternativa mais fácil e econômica utilizada para estimar as doses administradas.

Estes dados apontam a necessidade da implantação de programas de educação em saúde, os quais, de acordo com Chaves et al.²⁷ são capazes de reduzir custos, visto que favorecem a promoção do auto-cuidado e tornam o usuário mais responsável pelas decisões relacionadas à sua saúde.

A adesão ao tratamento medicamentoso é extremamente importante para o controle da PA, além de evitar ou adiar a manifestação de comorbidades. Verificou-se que 43% dos entrevistados são aderentes ao tratamento, entre as mulheres a taxa de adesão foi de 50%, enquanto entre os homens o percentual de adesão foi menor (28,13%). O estudo de Plaster¹⁸ que também utilizou a escala de Morisky, Green e Levine¹³ identificou um percentual ainda menor (29,6%) de adesão ao tratamento medicamentoso nos hipertensos acima de 60 anos cadastrados no HIPERDIA de Cacoal/RO.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) cita um estudo realizado na China evidenciando que apenas 43% dos hipertensos eram aderentes ao tratamento, já em países desenvolvidos, como os EUA, este índice foi de 51%²⁸ corroborando com os números encontrados neste estudo.

A OMS estimou que 50 a 70% dos hipertensos não aderem ao tratamento medicamentoso prescrito.²⁸ De acordo com o percentual encontrado no presente estudo e os dados da literatura, pode-se afirmar que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo ainda é baixa tanto em países emergentes

quanto nos desenvolvidos, apesar dos avanços obtidos em relação ao tratamento desta patologia.

Segundo Nogueira et al.,²⁹ esta situação se deve a HAS ser uma doença pouco sintomática, aos esquemas terapêuticos complexos, aos efeitos colaterais e a longa duração do tratamento, ao custo dos medicamentos, a falta de conhecimento sobre a doença, entre outros.

Em relação às perguntas que compõem o teste de Morisky, Green e Levine,¹³ (Tabela 3) verificou-se um maior número de respostas SIM para as duas primeiras, 39 e 49% respectivamente. Esse dado revela que a maior dificuldade encontrada para a adesão ao tratamento está no esquecimento de ingerir o medicamento e no não cumprimento dos horários prescritos, muitas vezes decorrente também do esquecimento. O menor número de respostas SIM para as perguntas 3 e 4 indica que dificilmente os hipertensos suspendem o tratamento de forma intencional. Observou-se que 42% dos entrevistados responderam não para todas as questões e 2% sim para todas as questões. Não houve associação significativa ($p_{\text{cal}} = 0,187$; $\alpha > 0,050$; ANOVA/*t* Student) entre resposta sim a todas as perguntas e respostas negativas a todas as perguntas e o controle dos níveis de PA.

Dados semelhantes foram encontrados por Plaster,¹⁸ que também verificou um maior índice de respostas SIM nas duas primeiras questões (52,1 e 60,6%), chegando a 19 e 12,7% nas questões 3 e 4, respectivamente.

Além disso, o estudo de Werlang, Argimon e Stein,³⁰ indica que existe uma tendência dos idosos a superestimarem sua adesão às terapias medicamentosas, principalmente quando o instrumento utilizado para avaliar a adesão é o autorrelato.

Tabela 3. Distribuição do número e porcentagem de respostas ao teste de Morisky, Green e Levine.

Teste de Morisky, Green e Levine (1986)	Mulheres		Homens		Total
	n	%	n	%	
1) Você alguma vez se esquece de tomar seu remédio?					
Sim	25	36,76	14	43,75	39
Não	43	63,24	18	56,25	61
2) Você, às vezes, se descuida com o horário para tomar seu remédio?					
Sim	29	42,65	20	62,50	49
Não	39	57,35	12	37,50	51
3) Quando você se sente melhor, às vezes, você pára de tomar seu remédio?					
Sim	12	17,65	5	15,62	17
Não	56	82,35	27	84,38	83
4) Às vezes, se você se sente pior quando toma o remédio, você pára de tomá-lo?					
Sim	6	8,82	2	6,25	8
Não	62	91,18	30	93,75	92

Com relação ao esquecimento, os autores afirmam que estratégias de memória de natureza interna ou externa podem ser um recurso para minimizar ou compensar as dificuldades dos idosos para seguir os regimes terapêuticos e que estas auxiliam na preservação da autonomia destes sujeitos.

Guedes et al.³¹ sugerem que a baixa adesão ao tratamento pode estar relacionada ao baixo conhecimento dos portadores sobre a doença, a necessidade de manutenção dos cuidados gerais e cumprimento do tratamento medicamentoso e não medicamentoso e afirmam que estas informações podem ser fornecidas aos usuários pela equipe de saúde. Assim, uma das estratégias utilizadas para aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso é a educação em saúde.^{32,33,34} No entanto, estas estratégias não são fáceis de serem implementadas, sendo que o método empregado e a interação entre equipe e usuário pode ser uma barreira para se avançar na mudança de comportamento dos usuários.²⁷

Silva et al.,³⁵ obtiveram resultados bastante satisfatórios quando organizaram grupos de hipertensos e diabéticos numa UBS de São Paulo, que eram atendidos por uma equipe multidisciplinar e quando recebiam os medicamentos recebiam também informações sobre a doença e o respectivo tratamento, verificavam a PA e a glicemia. Após trinta meses de acompanhamento, os autores concluíram que esta estratégia contribui de forma importante para o controle de doenças crônicas como HAS e DM. Os autores sugerem que ações como esta sejam mantidas e ampliadas nos serviços de saúde, e, para que sejam mais eficazes, devem ser institucionalizadas. Além disso, destacam a necessidade do comprometimento dos profissionais de saúde e da comunidade. A experiência de Lima e Gazetta³⁶ em uma UBS também foi positiva, 46,67% dos hipertensos que freqüentaram um grupo educativo de HAS relataram que através do grupo aprenderam a controlar a PA, 60% afirmaram que aumentaram seus conhecimentos sobre o tema e 13,33% gostariam de obter mais informações sobre exames, medicamentos e dieta.

Na necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional para melhor resolução dos problemas de saúde dos usuários é que se insere o Programa de Saúde da Família, onde a atenção é centrada na família e a estrutura se dá em uma unidade de saúde onde atua uma equipe multiprofissional.³⁷

Neste contexto, destaca-se o papel dos agentes comunitários de saúde (ACS), que é fundamental na promoção da adesão ao tratamento. Esses profissionais podem ser o elo entre a equipe e o usuário já que possuem contato direto com os usuários em suas casas. A fim de aumentar o grau de conhecimento sobre a HAS, Guedes et al.,³⁸ realizaram um projeto com hipertensos de uma

UBS de Barreiras/BA para que estes pudessem fornecer informações aos usuários e sensibilizá-los da importância da adesão.

De acordo com Oshiro, Castro e Cymrot,³⁹ o controle da PA requer, além da participação individual, o acompanhamento pela equipe de saúde para um programa eficiente de controle da hipertensão. E mostram que o farmacêutico inserido nas equipes pode contribuir muito para o aumento da adesão a farmacoterapia. Conforme os autores, a dispensação orientada permite que se estabeleçam relações terapêuticas baseadas na confiança e na co-responsabilidade, resultando na melhora da adesão farmacoterapêutica dos usuários.

Ainda, no estudo de Souza e Bertoncin,⁴⁰ onde foi realizada atenção farmacêutica domiciliar com dez clientes de um estabelecimento farmacêutico em Pouso Alegre/MG, os voluntários relataram se sentirem mais seguros, informados e motivados a seguirem corretamente o tratamento, o que interfere na adesão à farmacoterapia e a um estilo de vida mais saudável.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a adesão ao tratamento trata-se de um processo complexo, pois não depende somente da orientação do profissional e do fornecimento apropriado dos medicamentos, mas também do correto entendimento por parte do usuário e de seu engajamento com a terapia proposta.

Percebe-se que há ainda a necessidade de buscar estratégias para o aumento da adesão ao tratamento na população estudada, visto que os índices encontrados são considerados muito distantes daqueles necessários para o controle da PA e das comorbidades da HAS. Destaca-se que estas estratégias devem ser planejadas individualmente, levando em consideração as potencialidades e limitações de cada usuário.

Nota-se que a adoção de hábitos de vida saudáveis também se faz necessária, já que a maioria dos hipertensos relatou não praticar nenhum tipo de atividade física e muitos se encontram acima do peso ideal, principalmente as mulheres que, embora mais jovens, apresentaram índice de circunferência da cintura maior que os homens, o que preocupa devido à estreita relação entre a obesidade e o aumento da PA.

O esquecimento foi o principal fator identificado para a não adesão ao tratamento, portanto é indispensável que sejam implantadas medidas específicas que o solucionem, sendo que o seguimento farmacoterapêutico poderia ser uma das estratégias estudadas.

As intervenções de educação em saúde utilizadas nos estudos citados mostraram-se muito promissoras no que tange ao controle da PA e ao aumento da adesão ao tratamento e sua implantação deve ser incentivada pelas equipes de saúde, sendo a presença do farmacêutico crucial para o sucesso das intervenções realizadas.

REFERÊNCIAS

- Sociedade Brasileira De Cardiologia - Sbc / Sociedade Brasileira De Hipertensão - Sbh / Sociedade Brasileira De Nefrologia - Sbn. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010;95:1-51.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.
- Borges PCS, Caetano JC. Abandono do tratamento da hipertensão arterial Sistêmica dos pacientes cadastrados no HIPERDIA/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC, Santa Catarina. Arq. Cat. Med. 2005;34:45-50.
- Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Ed. Manole; 2004.
- Kaplan NM. Hipertensão Sistêmica: Terapêutica. In: Braunwald E, Zipes DP, Libby P. Tratado de Medicina Cardiovascular. 6ª ed. São Paulo: Roca, 2003: 994-1018.
- Ortega KC, Silva GV, Mion JrD. Hipertensão arterial sistêmica. Rev. Bras. Med. 2006;63:19-28.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. Saúde Colet. 2003; 8:775-82.
- Dowell J, Hudson H. A qualitative study of medication-taking behaviour in primary care. Family Practice. 1997;14:369-75.
- Ramos ALSL. Prevalência de fatores de risco cardiovasculares e adesão ao tratamento em pacientes cadastrados no Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) em unidade de referência de Fortaleza, Ceará, 2002-2005. 2008. 73 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fortaleza, 2008. Disponível em: <bvssps.icict.fiocruz.br/lidbi/docsonline/get.php?id=1857>. Acesso em: 24 ago. 2010.
- Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. Ciênc. Saúde Coletiva 2008; 3:703-10.
- Blanski CRK, Lenardt MHA Compreensão da Terapêutica Medicamentosa pelo Idoso. Revista Gaúcha de Enfermagem. 2005;26:180-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. HIPERDIA. 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 jul. 2010.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. 1986;24:67-74.
- Mochel EG, Almeida DS, Tobias AF, Cabral RF, Cossetti RJD. Hipertensão arterial sistêmica. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2006; 7:30-7.
- Pierin AMG, Mion JrD, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev Esc Enf USP. 2001;35:11-8.
- Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2001; 9:51-57.
- Mion JrD, Pierin A, Ignez E, Ballas D, Marcondes M. Conhecimentos, preferências: o perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológicos. J Bras Nefrol. 1995; 17:229-36.
- Plaster W. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial por idosos usuários da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel em Cacoal – RO. 2006. 86 f. Dissertação (Pós-graduação em Ciências da Saúde). Convênio Rede Centro-Oeste (UnB – UFG – UFMS), Goiânia, 2006. Disponível em: <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/3387/1/Dissert_%20Wilson%20Plaster.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2010.
- Freitas JB, Tavares A, Kohlmann JrO, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo Transversal sobre o Controle da Pressão Arterial no Serviço de Nefrologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. Arq Bras Cardiol. 2002;79:117-22.
- Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do Município de Brusque, SC. Arq Bras Cardiol. 2006;86:219-22.
- Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Corrêa-Oliveira R, Velásquez-Meléndez G. Associação entre obesidade central, triglicerídeos e hipertensão arterial em uma área rural do Brasil. Arq Bras Cardiol. 2008;90:1-12.
- Mion JrD, Pierin AMG, Guimarães A. Tratamento da hipertensão arterial - respostas de médicos brasileiros a um inquérito. Rev Assoc Med Bras. 2001;47:249-54.
- Fuchs FD, Moreira LB, Moraes R, Bredemeier SM, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arq Bras Cardiol. 1994; 63:473-9.
- Salgado Filho N, Monteiro Júnior FC, Rêgo JBB, Salgado BJL, Pereira MM, Brito LGO, Gonçalves ANR. Características associadas ao não controle da pressão arterial de pacientes hipertensos em tratamento medicamentoso. Revista do Hospital Universitário/UFMA. 2002;3:14-9.
- Ivama AM, Noblat L, Castro MS, Oliveira NVBV, Jaramillo NM, Rech N. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002, 24 p. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2010.
- Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saúde Pública. 2008;42:764-7.
- Chaves ES, Lúcio IML, Araújo TL, Damasceno MMC. Eficácia de programas de educação para adultos portadores de hipertensão arterial. Rev Bras Enferm. 2006;59:543-7.
- World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: WHO; 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2010.
- Nogueira D, Faerstein E, Coeli CM, Chor D, Lopes CS, Werneck GL. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27:103-9.
- Werlang MC, Argimon ILL, Stein LM. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrar do uso dos seus medicamentos. Estud Interdiscip Envelhec. 2008;13:95-115.
- Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Moreira TF, Chaves ES, Araújo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enf USP. 2005;39:181-8.
- Silva TR, Meiners MMMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saúde. 2010;1:2.
- Borges CP, Arantes RL. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica. Revista Médica Ana Costa, Santos. 2006;11:1.
- Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. Rev Saúde Com. 2006;2:30-8.
- Silva TR, Feldmam C, Lima MHA, Nobre MRC, Domingues RZL. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saúde Soc. 2006;15:180-9.
- Lima LPM, Gazetta CE. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. Arq Ciênc Saúde. 2007;14:88-94.
- Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev. Saúde Pública. 2007;41:368-74.
- Guedes AS, Teixeira CAC, Soares CAR et al. Agente comunitário de saúde como multiplicador na prevenção da hipertensão e do diabetes mellitus. Revista Conquer. 2008;3.
- Oshiro ML, Castro LL, Cymrot R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. Rev Ciênc Farm Básica Apl. 2010;31:93-8.
- Souza VV, Bertoincin ALF. Atenção farmacêutica para pacientes hipertensos – nova metodologia e a importância dessa prática no acompanhamento domiciliar. RBPS. 2008;21:224-30.