

FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO EM HIPERTENSOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

FACTORS ASSOCIATED TO THE ADHERSION TO DRUG THERAPY FOR HYPERTENSION IN A FAMILY HEALTH CARE UNIT

Izabel Cristina Ribeiro Saccomann¹, Júlia Gomes Souza Neta², Bruna Fernanda Martins²

RESUMO

Objetivos: avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família. Métodos: estudo descritivo e exploratório, com aplicação da avaliação global da adesão e a Medida de Adesão Medicamentosa autorrelatada em 54 pacientes do Programa de Saúde do Adulto. Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher; para as numéricas, o teste de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis; e para a correlação, o coeficiente de correlação de Spearman. Resultados: os pacientes apresentaram média de idade de 61,4 ($\pm 12,5$) anos, sendo 51,8% mulheres e 48,1% homens, escolaridade média de 4,3 ($\pm 3,5$) anos, 59% possuíam algum vínculo empregatício, 35,1% realizavam controle da pressão arterial somente nas consultas médicas e/ou de enfermagem, 61,1% eram não aderentes ao tratamento medicamentoso apesar de apresentarem comportamento de alta favorabilidade de adesão. Os homens e aqueles que não seguiam as recomendações da dieta eram mais descuidados ao tomar os medicamentos; os que trabalhavam fora de casa se esqueciam de tomar a medicação mais frequentemente; os fumantes e os que faziam uso de bebida alcoólica tinham comportamento de menor favorabilidade de adesão. Conclusões: os fatores associados a não adesão foram o gênero e os hábitos saudáveis. Sendo assim, o grande desafio para os profissionais de saúde é a implementação de medidas que de fato mudem o comportamento de adesão. O desenvolvimento de uma intervenção baseada na reflexão, respeito à autonomia e individualidade do paciente podem ajudar a melhorar a adesão. Descritores: hipertensão; cooperação do paciente; tratamento medicamentoso.

ABSTRACT

Objectives: to evaluate factors associated with adherence to drug therapy in hypertensive patients in a Primary Care Unit. Methods: a descriptive, exploratory study, applying the assessment of adherence and Self-reported Medication Adherence Measure in 54 patients of the Adult Health Program. For categorical variables, the chi-square test or Fisher exact test were used; for the numeric, the Mann-Whitney or Kruskal-Wallis test were used; and for correlation the correlation coefficient of Spearman was used. Results: patients had a mean age of 61.4 (± 12.5) years, 51.8% women and 48.1% men, mean schooling was 4.3 (± 3.5) years, 59% were employed, 35.1% performed blood pressure control only for medical consultation and/or nursing, 61.1% were non-adherent to medication treatment despite showing high favourability behavior accession. Men and those who did not follow dietary recommendations were more careless when taking medications; those who worked out of their home forgot to take the medication more often; smokers and those who frequently ingest alcohol were behaviors less favorable to adhesion.

Conclusions: factors associated with nonadherence were gender and healthy habits. Thus, the major challenge for health professionals is to implement measures that actually change the behavior of adhesion. The development of an intervention based on reflection, respect for the autonomy and individuality of the patient may help to improve adherence.

Key-words: hypertension; patient compliance; medication adherence.

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.¹ Sua prevalência varia entre 15% e 20% na população adulta, e na idosa estima-se que esta afecção atinja 60%.² É responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular, 60% de infarto agudo do miocárdio e 40% das aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano.³

A literatura descreve vários estudos a respeito da não adesão ao tratamento e conseqüente aumento no risco de desenvolvimento de patologias relacionadas à doença. Um paciente hipertenso não tratado está em grande risco de desenvolver insuficiência ventricular esquerda incapacitante ou fatal, infarto do miocárdio, hemorragia ou infarto cerebral ou, ainda, insuficiência renal em estágio precoce.⁴ Cerca de 50% dos hipertensos não realizam nenhum tipo de tratamento e, dentre os que estão em tratamento, muitos não possuem sua pressão arterial controlada, justamente devido à falta de adesão.⁵ Um estudo apontou que 10% dos pacientes hipertensos não utilizam os medicamentos regularmente porque não apresentam sintomas.⁶

Vários fatores interferem na adesão ao tratamento. Dentre eles destacam-se o conhecimento do paciente sobre sua doença e o seu comportamento frente à tomada dos medicamentos.

A literatura destaca a complexidade que envolve a adesão ao tratamento e seus fatores relacionados, como: associados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), além de fatores relacionados à doença

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 17, n. 1, p. 21 - 26, 2015

1. Professora do Depto. de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

2. Acadêmica do curso de Enfermagem - FCMS/PUC-SP

Recebido em 9/10/2014. Aceito para publicação em 11/12/2014.

Contato: isacomann@pucsp.br

(cronicidade, ausência de sintomas e de complicações), os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima), os ligados ao tratamento que englobam a qualidade de vida (custos, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde.⁷⁻⁹

Na prática assistencial, os profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família (USF) exercem importante função tanto no controle e tratamento dos hipertensos quanto na prevenção de complicações e educação para a saúde, cujo espaço é local privilegiado para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde e detecção precoce de agravos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Ministério da Saúde, objetiva a reorganização da atenção básica na lógica da vigilância à saúde e traz uma concepção de trabalho em saúde baseada nos conceitos de qualidade de vida, responsabilização e vínculo entre as equipes e os usuários.¹⁰ Os enfermeiros e os membros da equipe da ESF vivenciam que parte dos pacientes hipertensos não apresenta adesão ao tratamento anti-hipertensivo, portanto se faz necessária a utilização de estratégias para superar este desafio em busca de melhor qualidade de vida aos hipertensos.¹¹

Estas questões levaram alunos de graduação de Enfermagem e o professor, cuja prática profissional é realizada em uma ESF, a desenvolver o presente estudo com o objetivo de avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de hipertensão arterial com a finalidade de propor, mediante os resultados encontrados, uma intervenção que reforce a adesão ao tratamento medicamentoso.

MATERIALE MÉTODOS

Estudo descritivo e exploratório de natureza quantitativa, realizado na ESF do Bairro Aparecidinha.

Fizeram parte da amostra portadores de HAS que participam do Programa de Atendimento ao Adulto cadastrados no sistema HIPERDIA, de ambos os sexos, maiores de 18 anos e que concordaram em participar do estudo oficializado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro e dezembro de 2013, por meio de entrevista estruturada guiada pelos instrumentos: Perfil Sociodemográfico e Clínico, Medida da Adesão Medicamentosa, Escala de Adesão de Morisky e em prontuário para completar as informações referentes aos dados de caracterização clínica.

Os dados coletados foram submetidos à análise descritiva e inferencial.¹²⁻¹⁴ Para as variáveis categóricas foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher; para as numéricas, o teste de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis; e para a correlação, o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, *p* valor 0,05.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da PUC-SP (FCMS/PUC-SP), conforme normativa das pesquisas com seres humanos, sob número 681.666 e pela Área de Educação e Saúde da Prefeitura Municipal de Sorocaba. O anonimato dos sujeitos foi respeitado.

Instrumentos

Perfil Sociodemográfico e Clínico

Contém as informações referentes à idade, raça, estado civil, escolaridade, tempo de diagnóstico de HAS, comorbidades, medicamentos prescritos, controle da pressão arterial, hábitos alimentares, prática de exercícios físicos.

Adesão Medicamentosa

Para a medida da adesão medicamentosa foi adotada a avaliação global da adesão, avaliada pela dose e posologia do medicamento prescrito, ou seja, o número de medicamentos ingeridos e sua associação com marcadores temporais: jejum, café da manhã, almoço e jantar.¹⁵ Assim, os pacientes foram classificados em quatro grupos (1, 2, 3 e 4) (Quadro 1).

Foram considerados “aderentes” os sujeitos que se enquadraram no Grupo I e “não aderentes” aqueles pertencentes aos grupos 2, 3 e 4.

Escala de Adesão de MORISKY

Esse instrumento foi adaptado culturalmente para a língua portuguesa do Brasil.¹⁶ É constituído por quatro questões relativas aos fatores relacionados com a não adesão ao tratamento medicamentoso. As questões referem-se: ao esquecimento, ao descuido, à interrupção do uso do medicamento pela percepção de melhora e à interrupção da terapia pela percepção de piora do quadro clínico.¹⁷ A escala foi inicialmente concebida com possibilidades dicotômicas para as respostas (sim - não).

Na versão utilizada, as respostas aos itens são estruturadas em escala tipo-Likert, com quatro a cinco opções em cada item, cuja soma gera uma pontuação que varia de 4 a 18: quanto menor o escore, maior a probabilidade de adesão ao tratamento.¹⁵ Os itens são considerados dimensões distintas dos fatores que interferem na adesão e, portanto, serão analisados em conjunto e de forma individual.

Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Dose e cuidados adequados à prescrição	Dose adequada e cuidados inadequados	Dose insuficiente e cuidados adequados	Dose e cuidados inadequados

Quadro 1. Classificação dos sujeitos conforme a adesão global à terapêutica medicamentosa¹⁵

RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por 54 portadores de HAS que participavam do Programa de Atendimento ao Adulto. A média de idade foi de 61,4 (\pm 12,5) anos, com escolaridade média de 4,3 (\pm 3,5) anos e 59% possuíam algum vínculo empregatício. Em relação ao controle da PA, 38,8% realizavam o controle três vezes por semana, 25,9% uma vez por mês e 35,1% somente nas consultas médicas e/ou de enfermagem. Apresentavam índice de massa corpórea (IMC) com média de 29,6 (\pm 6,4).

Quanto aos hábitos de vida, 42,6% dos entrevistados não seguiam a dieta recomendada pela ESF e 50% não realizam atividades físicas. O tabagismo e o etilismo estavam presentes em 7,4% e 3,7% dos entrevistados, respectivamente. As características sociodemográficas e clínicas estão descritas na Tabela 1.

Na avaliação da adesão pela Escala de Morisky, a média do escore total foi 6,39 (\pm 2,07), o que indica alta probabilidade de adesão ao tratamento medicamentoso.

No entanto, pela avaliação global da adesão, ou seja, avaliação do cuidado ao tomar a medicação, 38,8% dos sujeitos foram classificados como aderentes ao tratamento e 61,1% como não aderentes, com o emprego inadequado da dose e/ou cuidados necessários (Tabela 2).

Para analisar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso, foi realizada comparação entre os dados sociodemográficos e clínicos com as medidas de adesão. Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação ao gênero, vínculo empregatício, hábitos alimentares, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. Os homens tendem a ser mais descuidados ao tomar a medicação em relação às mulheres; as pessoas que trabalham fora se esquecem de tomar a medicação mais frequentemente que aquelas que não trabalham ou são do lar; aqueles que não seguem a dieta recomendada pela ESF são mais descuidados ao tomar a medicação que aqueles que seguem a dieta; os sujeitos que nunca fumaram possuem maior favorabilidade de adesão ao tratamento em relação aos fumantes ou que fumaram anteriormente; e aqueles que não faziam uso de bebida alcoólica tendem a ser mais cuidadosos ao tomar a medicação, não param de tomar o medicamento quando se sentem melhor e possuem maior favorabilidade de adesão ao tratamento (Tabelas 3 e 4). Em relação à comparação entre os dados sociodemográficos e clínicos e os grupos de adesão foi observada diferença estatisticamente significativa na idade, na qual os sujeitos com idade inferior a 60 anos eram mais aderentes ao tratamento medicamentoso que aqueles com idade superior ($p=0,032$).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas dos pacientes com HAS (n = 54). Sorocaba, 2014.

	M (dp)*	n (%)**
Idade	61,4 (\pm 12,5)	
Sexo		
Feminino		28 (51,8)
Masculino		26 (48,1)
Cor/etnia		
Branca		37 (68,5)
Preta		08 (14,8)
Parda		09 (16,6)
Estado Civil		
Casado		31 (57,4)
Solteiro/Viúvo/Separado		23 (42,5)
Escolaridade (anos)	4,3 (\pm 3,5)	
Situação Empregatícia		
Auxílio Doença		03 (05,5)
Do Lar		08 (14,8)
Aposentado		06 (11,1)
Desempregado		05 (09,2)
Empregado/Autônomo		32 (59,2)
Renda (SM)***	2,08 (\pm 1,1)	
Tempo de Diagnóstico (anos)	13,5 (\pm 9,3)	
Comorbidades		
Insuficiência Cardíaca		14 (25,9)
Diabetes mellitus		13 (24,0)
Coronariopatia		05 (09,2)
Insuficiência Renal		03 (05,5)
AVE †		01 (01,8)

*M (dp): Média e desvio padrão; ** n (%): número absoluto e frequência; ***SM: Salário Mínimo; † AVE: Acidente Vascular Encefálico.

Tabela 2. Adesão ao tratamento medicamentoso segundo a Escala de Morisky e Avaliação Global da Adesão (n=54). Sorocaba, 2014.

Escala de Morisky	M (dp)*	N (%)**
M 1. Esquecimento	1,74 (±0,81)	
M 2. Descuido	1,65 (±0,91)	
M 3. Para com o medicamento na melhora dos sintomas	1,39 (±0,76)	
M 4. Para com o medicamento na piora dos sintomas	1,59 (±1,02)	
Total	6,39 (±2,07)	
Avaliação Global da Adesão		
Aderentes		
Dose e cuidados adequados à prescrição (Grupo I)		21 (38,9)
Não Aderentes		
Dose correta e cuidados inadequados (Grupo II)		05 (09,2)
Dose insuficiente e cuidados adequados (Grupo III)		09 (16,7)
Dose e cuidados inadequados (Grupo IV)		19 (35,2)
Total		66 (61,1)

*M (dp): Média e desvio padrão; ** n (%): número absoluto e frequência.

Tabela 3. Análise comparativa dos escores da escala de adesão de Morisky e as variáveis categóricas. Sorocaba, 2014.

Escala de Morisky	Sexo			Vínculo Empregatício		
	Masculino	Feminino	P valor**	Trabalha	Não trabalha	P valor**
	M (dp)	M (dp)		M (dp)	M (dp)	
M1	1,92 (±0,89)	1,57 (±0,69)	0,114	1,91 (±0,86)	1,13 (±0,35)	0,039
M2	1,92 (±1,09)	1,39 (±0,63)	0,045	1,72 (±0,89)	1,13 (±0,35)	0,142
M3	1,54 (±0,86)	1,25 (±0,65)	0,105	1,31 (±0,64)	1,50 (±0,93)	0,832
M4	1,50 (±0,86)	1,68 (±1,16)	0,760	1,38 (±0,75)	2,13 (±1,55)	0,311
M total	6,88 (±2,32)	5,93 (±1,72)	0,167	6,34 (±2,07)	5,88 (±2,10)	0,571

*M (dp): Média e desvio padrão; ** Valor - P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

Tabela 4. Análise comparativa dos escores da escala de adesão de Morisky e as variáveis categóricas. Sorocaba, 2014.

Escala de Morisky	Dieta recomendada			Tabagismo		Uso de bebida alcoólica			
	Sim	Não	P** valor	Atual	Não	P** Valor	Atual	Não	P** valor
	M (dp)*	M (dp)*		M (dp)*	M (dp)*		M (dp)*	M (dp)*	
M1	1,61 (±0,84)	1,91 (±0,73)	0,094	1,90 (±0,89)	1,64 (±0,74)	0,278	2,06 (±0,90)	1,59 (±0,72)	0,062
M2	1,32 (±0,54)	2,09 (±1,12)	0,003	1,95 (±1,16)	1,45 (±0,67)	0,101	2,24 (±1,20)	1,38 (±0,59)	0,003
M3	1,29 (±0,64)	1,52 (±0,90)	0,320	1,62 (±0,97)	1,24 (±0,56)	0,145	1,71 (±0,99)	1,24 (±0,60)	0,043
M4	1,71 (±1,13)	1,43 (±0,84)	0,400	1,71 (±1,01)	1,52 (±1,03)	0,235	1,76 (±0,97)	1,51 (±1,04)	0,160
M total	5,97 (±1,82)	6,96 (±2,29)	0,116	7,19 (±2,38)	5,88 (±1,69)	0,038	7,76 (±2,36)	5,76 (±1,59)	0,003

*M (dp): Média e desvio padrão; ** Valor - P referente ao teste de Mann-Whitney para comparação das variáveis entre 2 grupos.

DISCUSSÃO

Neste estudo, a maioria dos sujeitos não realizava controle da PA regularmente, 25,9% faziam o controle uma vez por mês e 35,1% somente nas consultas médicas e/ou de enfermagem. Um estudo semelhante, realizado em duas Unidades de Saúde, constatou que 30% e 48% aferiam a PA nas consultas agendadas, respectivamente, nas unidades A e B.¹⁸

Outro resultado observado foi quanto à prática regular de atividades físicas, na qual 50% dos pacientes não as praticavam. Um estudo descreveu resultados semelhantes em que mais da metade dos indivíduos não tinha adesão à atividade física, mesmo tendo recebido aconselhamento adequado sobre sua importância.¹⁹ As *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*¹ recomendam esta prática, pelo menos, cinco vezes por semana durante 30 minutos. A prática de atividade física, além de ajudar a controlar os fatores de riscos cardiovasculares, reduz a pressão arterial independentemente do efeito na diminuição do peso.²⁰

Quanto aos hábitos alimentares, quase metade dos sujeitos declarou que não seguia a dieta recomendada pela ESF, fato que pode estar relacionado ao sobrepeso encontrado neste estudo. Além disso, eles eram mais descuidados ao tomar a medicação. Segundo as recomendações das Diretrizes é essencial para o controle da pressão arterial, dieta hipossódica, com ingestão de 20 a 30 g/dia de fibras alimentares, sendo de 5 a 10 g com fibras solúveis, e consumo de duas ou mais porções de leite e derivados.¹ Sendo assim, as taxas encontradas, neste estudo, conduzem a revisão das estratégias utilizadas na orientação da dieta.

Na avaliação da adesão, pela Escala de Morisky, os sujeitos apresentaram alta favorabilidade de adesão, ou seja, tinham uma atitude positiva em relação à tomada de medicamento. Entretanto, quando avaliados pela avaliação global de adesão, 61,1% foram classificados como não aderentes, ou seja, dose e/ou cuidados inadequados.

Um estudo em idosos hipertensos demonstrou que 64% apresentavam atitudes positivas quanto à tomada dos medicamentos.¹⁹ Por outro lado, um estudo demonstrou que 64% dos participantes foram classificados como não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo²¹ e índices maiores foram encontrados em outro estudo, no qual 86,76% dos pacientes não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso.²²

Os profissionais de saúde necessitam conhecer o perfil da clientela hipertensa atendida nas Unidades de Saúde para que a implementação dos protocolos de atendimento, atividades educativas e demais intervenções sejam direcionadas para a promoção da saúde, com melhora na adesão ao tratamento anti-hipertensivo e consequente melhora na qualidade de vida dos pacientes.²³

Ao analisar os fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso, os resultados mostraram que os homens tendem a ser mais descuidados em relação à tomada dos medicamentos que as mulheres, o que pode ser justificado pela menor preocupação com a saúde.

Um estudo de revisão encontrou três estudos nos quais o gênero feminino tinha maior adesão ao tratamento.⁷ Cabe ressaltar que, com esses resultados, a equipe de saúde deve direcionar as ações de cuidado na saúde do homem pelo alto índice de mortalidade, entre eles, por doença cardiovascular.

Outro resultado relevante foi em relação à situação empregatícia. Os pacientes que trabalham fora tendem a se esquecer de tomar a medicação com maior frequência. Este resultado corrobora com outro estudo, no qual os pacientes que trabalhavam eram menos aderentes em relação aos que não

trabalhavam.²¹ A existência de obrigações trabalhistas leva o paciente a abrir mão da importância do seu tratamento.²⁴

Ao comparar os hábitos saudáveis, este estudo demonstrou que os pacientes com história de tabagismo atual ou pregresso tinham menor favorabilidade de adesão ao tratamento e aqueles que já utilizaram bebida alcoólica ou ainda a utilizam tendiam a ser mais descuidados ao tomar a medicação, paravam de tomá-la quando se sentiam melhor e consequentemente apresentam menor favorabilidade de adesão ao tratamento.

Esses resultados indicam que os pacientes com hábitos de vida pouco saudáveis têm maior tendência a não adesão ao tratamento medicamentoso. Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores, nos quais 85,9% dos pacientes não aderentes apresentaram pelo menos um hábito de vida não saudável.²²

Os pacientes que têm hábitos de tabagismo e ingestão de bebida alcoólica, em 77% não são aderentes ao tratamento medicamentoso.²¹ Este autor reforça que a mudança de hábitos e do estilo de vida dos hipertensos faz parte da assistência terapêutica, já que a adoção dessas práticas e da atividade física contribuem significativamente para a redução da PA.

Os pacientes com idade maior que 60 anos apresentaram menor adesão ao tratamento. Uma revisão bibliográfica constatou que pessoas de faixa etária acima de 60 anos tendem a aderir menos ao tratamento.²⁵ Pacientes idosos requerem uma atenção especial por parte dos profissionais de saúde, pois são pessoas que têm vários fatores de risco, baixa motivação para a adesão e menor perspectiva de vida, além de outros fatores, como o esquecimento e a falta de orientação quanto à doença e ao tratamento.²⁶

É importante lembrar que a ocorrência da adesão não depende somente do portador de hipertensão arterial, mas de uma equipe multiprofissional que atue em conjunto ao processo. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária uma ação conjunta para que a “adesão ao tratamento anti-hipertensivo” seja alcançada.⁷

Cumpramos ressaltar e valorizar a inserção dos pacientes no HIPERDIA como importante facilitador da adesão, tendo em vista constituir uma proposta interventiva potente no controle, monitoramento e prevenção de complicações da HAS. Além disso, o envolvimento dos profissionais da saúde, em especial dos enfermeiros, na educação em saúde e na conscientização dos pacientes hipertensos em relação à sua doença e terapia medicamentosa e não medicamentosa é fundamental para mudar o comportamento de adesão. Assim, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA.²²

CONCLUSÃO

Neste estudo, os pacientes hipertensos não realizavam o controle regular da pressão arterial e grande parte deles não eram aderentes ao tratamento medicamentoso, considerando a dose e/ou cuidados inadequados, apesar de apresentarem comportamento de alta favorabilidade de adesão.

Os fatores associados a não adesão foram o gênero e os hábitos saudáveis. Os homens e aqueles que não seguiam a dieta recomendada eram mais descuidados ao se tomar os medicamentos, e os fumantes e os que faziam uso de bebida

alcoólica tinham comportamento de menor favorabilidade de adesão. Sendo assim, o grande desafio para os profissionais de saúde é implementação de medidas que de fato mudem o comportamento de adesão.

O desenvolvimento de uma intervenção para melhorar a adesão, baseado na reflexão e respeito à autonomia e individualidade do paciente, pode ajudar a melhorar a adesão. Além de estratégias conjuntas de mobilização social com participação de outros setores municipais, incluindo a Secretaria de Esportes, podem ajudar a comunidade na adoção de um estilo de vida capaz de melhorar as questões relacionadas ao cuidado com a saúde e impactar diretamente na qualidade de vida dos usuários hipertensos e da população em geral.

Limitação do Estudo

Neste estudo, a adesão foi avaliada sob o ponto de vista de autorrelato e verificação da receita médica no momento da entrevista ou por meio do prontuário. Apesar desse método ser bastante utilizado, podem ocorrer problemas quanto às autoinformações, tais como, omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo.

Conflito de Interesses

Não houve conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

- VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95(1 supl. 1):1-51.
- Barbosa JB, Silva AAM, Santos AM, Monteiro Júnior FC, Barbosa MM, Figueiredo Neto JA, et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(4):260-6.
- Zaitume MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006;22(2):285-94.
- Palota L. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2010.
- Osteberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*. 2005;353:487-97.
- Santos AJM, Rosa C, Oliveira EL, Almeida JR, Schneider RB, Rocha SS, et al. A não adesão de pacientes hipertensos ao tratamento em uma Unidade Básica de Saúde. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2009;27(4):330-7.
- Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enf [Internet]*. 2006 [acesso em 17 set. 2014];2(8):259-72. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista8_2/v8n2a11.htm.
- Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza ACA, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Supl.):703-10.
- Lima TM, Soler O, Meners MMMA. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2010;1(2):113-20.
- Souza E, Silva NA, Maldonado C. A necessidade de mudança nas estratégias de intervenção para controlar a hipertensão arterial. *Rev SOCERJ*. 2003;16(1):65-75.
- Carlos PR, Palha PF, Veiga EV, Beccaria LM. Perfil de hipertensos de um núcleo de saúde da família. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(4):176-81.
- Conover W J. *Practical nonparametric statistics*. 3ª ed. New York: John Wiley; 1999.
- Fleiss JL. *Statistical methods for rates and proportions*. 2ª ed. New York: John Wiley; 1981.
- Siegel S, Castellan Jr NJ. *Estatística Não-Paramétrica para ciências do comportamento*. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
- Januzzi FF. *Qualidade de vida relacionada à função visual e adesão medicamentosa em idosos com retinopatia diabética [dissertação]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 2009.
- Ferreira MCS, Gallani MCBJ. Adaptação transcultural do instrumento de Morisky de adesão a medicação para pacientes com insuficiência cardíaca. *Rev SOCESP*. 2006; 16:116-22.
- Morisky DE, Levine M, Green LW, Smith CR. Health education program effects on the management of hypertension in the elderly. *Arch Intern Med*. 1982;142(10):1835-8.
- Alves BHS, Prado MA, Góes NC, Beccaria LM, Cesarino CB, et al. Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em Unidade de Saúde da Família. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):91-8.
- Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012;9(1):636-41.
- Shaw KA, Gennat HC, O'Rourke P, Del Mar C. Exercise for overweight or obesity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD003817.
- Demoner MS, Ramos ERP, Pereira E.R. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(N. Esp. 1):27-34.
- Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009; 17(2):1-7.
- Paz EPA, Souza MHN, Guimarães RM, Pavani GF, Correa HF, Carvalho PM, et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde da Família. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(3):467-76.
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.
- Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens*. 2009;16(1):38-43, 2009.
- Dourado CS, Macedo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal OD, Silva GR. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. *Acta Sci Health Sci*. 2011;33(1):9-17.