

Baixa adesão terapêutica em hipertensão arterial sistêmica: prevalência e fatores associados na atenção básica à saúde

Low adherence to medication therapy in systemic arterial hypertension: prevalence and associated factors in primary healthcare

Larissa Tosta¹, Luciana Ricarte Cavalcante², João Pedro Azevedo Gonzaga Vieira³, Yasmin Pitanga Rode⁴, Andréa de Araújo Guimarães⁵, Luciara Leite Brito⁶, Helena Fraga-Maia⁷

¹Autora para correspondência. Instituto Médico de Gestão Integrada. Multicentro de Saúde Carlos Gomes. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-4291-9571. larissa_tosta@hotmail.com

²Programa de Residência em Saúde da Família (FESF-SUS/FIOCRUZ). Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-7531-2584. lucianaricarte@gmail.com

³Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0003-3854-7522. jpagvieira@gmail.com

⁴Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0001-8396-7046. yasminprode@gmail.com

⁵Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-5275-6761. andreia.agfisio@gmail.com

⁶Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-9441-0523. luciara@ufba.br

⁷Universidade do Estado da Bahia. Salvador, Bahia, Brasil. ORCID: 0000-0002-2782-4910. helenafragamaia@gmail.com

RESUMO | INTRODUÇÃO: O abandono do tratamento pode ocorrer sem que os profissionais da Atenção Básica identifiquem os motivos para tais condutas concorrendo para o agravamento dos casos. **OBJETIVO:** Estimar a associação entre fatores sociodemográficos, culturais e de estilo de vida com a adesão terapêutica de hipertensos. **MÉTODOS:** Realizou-se um estudo transversal com usuários hipertensos que usavam medicação para controle dos níveis pressóricos e buscavam atendimento em unidades de atenção básica em um distrito sanitário da cidade do Salvador, Bahia. Foram incluídos os que tinham idade maior que 18 anos e excluídos os que tinham alteração cognitiva e também mulheres com hipertensão gestacional. A magnitude da associação entre as variáveis estudadas e a adesão terapêutica foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%). **RESULTADOS:** A amostra foi composta com 185 hipertensos e a prevalência de não adesão ao tratamento foi de 68,1%. Os fatores associados com a não adesão terapêutica foram situação conjugal solteiro, separado, viúvo (OR= 2,23; IC95% 1,04 – 4,47), não alteração dos hábitos alimentares (OR= 2,51; IC95% 1,12 – 5,59), assim como faltar às consultas (OR=4,20; IC95% 1,16 – 15,18) e entender bem tudo que é dito em uma consulta (OR=0,60; IC95% 0,38 – 0,95). **CONCLUSÕES:** Grande parte dos hipertensos não apresentou adesão terapêutica, e os fatores associados são passíveis de modificação por meio de tecnologias leves e investimentos na qualidade da atenção primária à saúde. Devem ser encorajados novos estudos com desenhos longitudinais que possam identificar as causas da não adesão.

PALAVRAS-CHAVE: Adesão ao tratamento medicamentoso. Hipertensão arterial sistêmica. Atenção primária à saúde. Fatores de risco.

ABSTRACT | INTRODUCTION: Abandonment of the treatment can occur without the professionals of the Primary Healthcare identifying the reasons for such behavior which can contribute towards the worsening of the condition. **OBJECTIVE:** To estimate the association between sociodemographic, cultural and lifestyle factors with adherence to medication therapy by hypertensive patients. **METHODS:** A cross-sectional study with hypertensive patients using medication for controlling blood pressure levels and being treated at primary healthcare units of a Health District of Salvador, Bahia. The patients included were of ages over 18 years and excluded those with cognitive impairment and also women with gestational hypertension. The dimension of the association between the studied variables and adherence to medication was estimated using the Odds Ratio (OR) adopting the Confidence Interval of 95% (CI95%). **RESULTS:** The sample was composed of 185 hypertensive patients and the prevalence of non-adherence to medication therapy were: marital status single, separated or widow(er) (OR= 2.23; CI95% 1.04 – 4.47), non-alteration to eating habits (OR= 2.51; CI95% 1.12 – 5.59), as well as missing appointments with the doctor (OR=4.20; CI95% 1.16 – 15.18) and clearly understanding what is said during the appointment (OR=0.60; CI95% 0.38 – 0.95). **CONCLUSIONS:** A large part of the hypertensive patients did not present adherence to medication therapy, and the associated factors are changeable through light technologies and investments in the quality of primary healthcare. New studies should be promoted with longitudinal designs to identify the causes for the non-adhesion.

KEYWORDS: Adhesion to medication therapy. Systemic arterial hypertension. Primary health care. Risk factors.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são responsáveis por um grande número de internações gerando, como consequências, severas disfunções e até mesmo o óbito¹. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) atinge diversos órgãos-alvo quando não controlada, e prevalência maior que 30% para a população brasileira adulta². É uma das principais causas de morte de indivíduos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Doença Arterial Coronariana (DAC) quando associada ao Diabetes Mellitus^{2,3}. Sabe-se que os indivíduos mais acometidos são aqueles com baixa renda e escolaridade, do sexo masculino, os solteiros e negros⁴.

O controle da HAS é dependente de diversos fatores, sendo estes medicamentosos e não medicamentosos⁵. Com relação aos medicamentos, tem sido reportado que muitos usuários não fazem o uso apropriado⁶. A polifarmácia pode ser um fator limitante para uma boa adesão terapêutica e, desta forma, preconiza-se a administração de dose terapêutica única, assim como eliminação das barreiras organizacionais de acesso aos serviços e aos medicamentos⁵⁻⁷. O tratamento não medicamentoso depende de mudanças de hábitos de vida e consequentemente sofre influência dos aspectos inerentes ao sujeito e aos fatores culturais da população. A redução do etilismo e do tabagismo, a prática de atividade física, de uma dieta adequada, e a gestão do estresse fazem parte do tratamento^{3,4}.

A baixa adesão terapêutica ocasiona um problema de saúde pública, sendo que os mais suscetíveis são os que se encontram em idade economicamente produtiva. Porém, deve-se ressaltar a transição da estrutura etária brasileira, o crescimento da faixa etária idosa⁸ e a concomitância de doenças não transmissíveis entre estes. Hori et al.⁹, relataram que nos países desenvolvidos, a não adesão de pacientes com doenças crônicas oscilou em torno de 50%, e que esta é maior ainda em países em desenvolvimento.

Entende-se a Adesão Terapêutica (AT) como o grau de coincidência entre o que foi prescrito pelos profissionais de saúde e o seguimento de maneira correta dos usuários⁵. Os pesquisadores estimam que apenas um terço da população hipertensa possua os níveis pressóricos mantidos em níveis desejáveis, o

que leva ao questionamento dos usuários quanto ao reconhecimento da gravidade da doença, sua aceitação como doença crônica, o uso adequado dos medicamentos e as barreiras referentes aos fatores socioeconômicos^{5,10}.

As Unidades de Saúde da Família (USF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), portas de entrada dos usuários no Sistema Único de Saúde, têm como propósito oferecer serviços de qualidade para o diagnóstico, tratamento conservador e medicamentoso a hipertensos leves e moderados¹¹. Ademais, devem também ser responsáveis pela educação em saúde e esforços precisam ser realizados no sentido de favorecer a adesão ao tratamento e controle dos níveis pressóricos¹¹. Todavia, o abandono do tratamento e sua interrupção podem ocorrer sem que os profissionais identifiquem os motivos para tais condutas, o que pode concorrer para o agravamento dos casos e posterior necessidade de encaminhamento para assistência de média complexidade¹².

Deste modo, o conhecimento dos problemas locais associados à baixa adesão terapêutica pode contribuir tanto para a redução da morbimortalidade quanto para fixação do usuário na atenção primária à saúde. A despeito de sua importância, estudos com esta temática não foram localizados na população em questão. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar a associação entre fatores sociodemográficos, culturais e de estilo de vida com a adesão terapêutica de hipertensos atendidos em unidades de saúde de um distrito sanitário.

Materiais e métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado com pacientes regularmente adscritos em USF e UBS vinculadas ao Distrito Sanitário Cabula Beiru (DSCB), do município de Salvador, Bahia, diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica. Foram incluídos aqueles maiores de dezoito anos e que se encontravam nas referidas unidades no período da coleta. Foram excluídas mulheres com hipertensão gestacional e também pacientes que não tinham domínio cognitivo para responder os instrumentos.

O tamanho da amostra foi calculado com o auxílio do programa Open-Epi version 2 (<http://www.openepi.com>). Os parâmetros utilizados foram: tamanho da população do DSCB de 359.071, prevalência do desfecho de 24%, limite de confiança de 5%, e efeito do delineamento de 1, totalizando 158 entrevistados. O processo de amostragem adotado foi consecutivo e por conveniência. Vale salientar que o Distrito Sanitário Cabula Beiru é uma área que abriga uma expressiva população com restritas oportunidades de educação, inserção produtiva e ascensão social. Observam-se, portanto, uma frequência elevada pessoas que não exercem qualquer trabalho remunerado. Problemas como a violência urbana e precária saúde são também comumente observados.

Dados primários foram coletados pelos pesquisadores por meio de aplicação de instrumentos e escala específica para avaliar adesão medicamentosa. O período de coleta ocorreu de setembro de 2015 a novembro de 2016. Em todas as três unidades alvo da pesquisa foram disponibilizadas salas para a aplicação dos instrumentos de coleta e captação dos dados clínicos do paciente.

Dentre os dados clínicos, duas medidas de pressão arterial foram realizadas pelo mesmo pesquisador, ambas no braço esquerdo, respeitando o intervalo de 5 minutos entre elas com o esfigmomanômetro aneroide adulto da marca SOLIDOR®. Já para a aferição do peso, o indivíduo deveria estar portando roupas leves e descalços tendo sido utilizado a balança digital modelo W801 ultraslim da marca WISO® com precisão de 100 gramas, adotando-se a medida em quilogramas. A circunferência da cintura e quadril foi aferida com a fita antropométrica da marca SECA®, em metros. Por fim, para mensurar a altura do usuário foi utilizado o estadiômetro compacto da marca MD® de precisão milimétrica e grandeza em metros. Com o intuito de minimizar o viés de aferição foram realizadas oficinas de treinamento para a coleta dos dados de pressão arterial, assim como para a coleta dos dados antropométricos com todos os pesquisadores. Para avaliar o grau de concordância entre os entrevistadores foi empregado o Índice Kappa cujo valor obtido, ao final da capacitação, foi de 0,79, indicando concordância substancial.

O formulário de investigação foi confeccionado pelos autores do estudo, contendo questões estruturadas. No que se refere às variáveis sociodemográficas, questionou-se idade em anos completos e o sexo. A cor da pele foi definida pelo entrevistador e classificada de acordo com o IBGE, mas para fins de análise foi colapsada em branca e preta/parda. Já a situação conjugal foi avaliada considerando a existência ou ausência de companheiro. A escolaridade foi definida de acordo com os anos de estudo, e categorizada em menor que oito e maior ou igual a oito anos. A renda familiar foi categorizada em menor que dois e igual ou maior a dois salários mínimos, que à época da coleta era de R\$ 880,00. Quanto à atividade ocupacional, investigou-se se à época da coleta o usuário relatava, ou não, trabalho remunerado. A religião foi investigada de acordo como a fé era professada pelo usuário e categorizada em católica, evangélico/protestante, espírita, candomblé/umbanda, sem religião e outras. Para fins de análise foram colapsadas em católica e outras.

Quanto aos dados clínicos foi registrado o tempo de tratamento da HAS em anos. Questionou-se ainda a existência de diagnóstico concomitante de Diabetes Mellitus (DM). E, no que se refere ao tratamento e autocuidado observou-se quantos diferentes medicamentos ingeriam de modo geral e quantos para o controle dos níveis pressóricos que foram categorizados em menor ou igual a 3 e maior que 3. Com relação à utilização dos serviços de saúde foi computado se o usuário comparecia ou não às consultas marcadas. E, ao investigar os processos de comunicação e a percepção das orientações para o autocuidado, questionou-se o bom entendimento das informações que foram consideradas como variáveis dicotômicas.

Investigou-se se a AT por meio da aplicação do Teste de Morisky-Green com quatro itens (TMG), a saber: 1) Você as vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?; 2) Às vezes se descuida de tomar o seu medicamento?; 3) Quando está se sentindo melhor, para de tomar o medicamento?, e finalmente, 4) Às vezes, se você se sente pior ao tomar a medicação, para de toma-la? Os indivíduos foram então classificados como aderentes, moderadamente aderentes e não aderentes sendo que os dois últimos foram colapsados para fins de análise como não aderentes.

O banco de dados foi confeccionado no programa Excel for Windows® (V. 7.0) e analisado no programa de análise estatística Stata® (V.10.0), onde foram realizadas correções dos dados digitados com o objetivo de eliminar possíveis erros ou inconsistências. Análises bivariadas foram realizadas com o intuito de identificar o conjunto e variáveis que mais se associaram com a baixa adesão terapêutica. A magnitude da associação entre as variáveis estudadas e a adesão terapêutica foi estimada pelo cálculo da razão de chances (Odds Ratio, OR), adotando-se o intervalo de confiança a 95% (IC95%) como medida de precisão. Posteriormente, foram realizadas análises multivariadas utilizando-se a regressão logística, a partir de um modelo teórico definido a priori, discriminando os fatores de risco em blocos hierarquizados. A estratégia utilizada para a entrada dos blocos de variáveis foi do tipo backward (processo retrógrado), tendo sido incorporado todas as variáveis e depois, por etapas, foram eliminadas aquelas de menor valor de estatística parcial. Permaneceram no modelo as variáveis que mostraram níveis de significância estatística, segundo um $p < 0,10$.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Plataforma Brasil sob número de CAAE no. 09656012.0.0000.0057. Todos os convidados a participarem do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Dos 212 indivíduos presentes nas unidades de saúde do Distrito Sanitário Cabula Beiru, 185 preencheram os critérios de elegibilidade e foram convidados a participar do estudo. Observou-se predominância do sexo feminino (82,7%), com faixa etária inferior a 60 anos (53,5%) e cor da pele preta/parda (94,0%). A escolaridade foi referida pela sua maioria como sendo inferior à 8 anos (63,8%), e a situação conjugal mais frequente foi a maioria da população dos solteiros ou sem companheiros (55,1%). Já para o trabalho identificou-se uma maior frequência de inativos (73,5%). Com relação à renda familiar, foi de até um salário mínimo (63,2%). Verificou-se maiores prevalências de não adesão ao tratamento da HAS nos indivíduos do sexo feminino (62,5%) se comparadas aos do sexo masculino (37,5%), nos solteiros, separados ou viúvos em relação aos casados (73,5%), nos indivíduos de cor branca (61,5%) em relação aos de cor preta/parda, nos indivíduos que referiram trabalhar (77,5%) comparados aos que não trabalhavam (64,7%). Vale ressaltar que não houve associação estatisticamente significativa entre a não adesão terapêutica medicamentosa e as variáveis sociodemográficas (Tabela 1). O não controle pressórico observado na população foi de 34,0% e a frequência de não adesão terapêutica medicamentosa foi de 68,1% (dados não tabulados).

Figura 1. Fluxograma de seleção e composição da população do estudo com pacientes hipertensos atendidos em unidades básicas de atenção do Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, Bahia, 2016. (n=185)

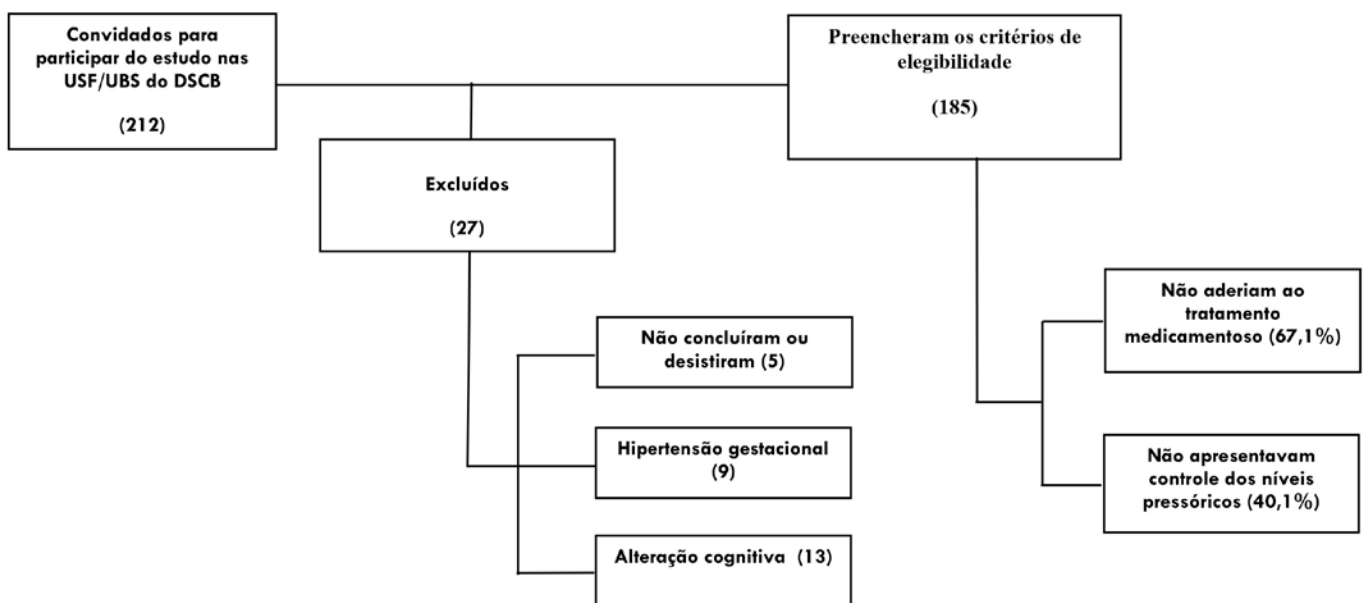


Tabela 1. Prevalência da não adesão terapêutica medicamentosa de acordo com as características sociais de pacientes hipertensos atendidos em unidades básicas de atenção do Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, Bahia, 2016

Variáveis	n=185	%	Prevalência da não adesão terapêutica medicamentosa (%)	Valor de p*
Sexo				
Masculino	32	17,3	37,5	0,454
Feminino	153	82,7	62,5	
Idade (anos)				
24 – 60	99	53,5	69,7	0,619
> 60	86	46,5	66,3	
Situação conjugal				
Casado ou vivendo em união estável	83	44,9	61,5	0,079
Solteiro, separado, viúvo	102	55,1	73,5	
Cor da pele				
Branca	11	6,0	81,8	0,314
Preta/parda	174	94,0	67,4	
Escolaridade (em anos)				
> 8	67	36,2	73,1	0,269
0 – 8	118	63,8	65,3	
Renda				
≥ 2 – 3	68	36,8	69,1	0,822
< 2	117	63,2	67,5	
Trabalha				
Não	136	73,5	64,7	0,098
Sim	49	26,5	77,5	
Religião				
Católica	103	55,7	65,1	0,317
Evangélica / outras	82	44,3	71,9	

Na Tabela 2 encontram-se dispostos os dados da prevalência de não adesão terapêutica de acordo com as características do estilo de vida, clínicas e relativas à assistência dos pacientes hipertensos. Os hipertensos eram, majoritariamente, não tabagistas (94,0%), e não tinham hábito de consumir bebidas alcoólicas, (78,9%). Quanto à presença em consultas 78,9% dos usuários relataram ter se consultado no período inferior a seis meses, e 87,0% declararam que costumavam não faltar às consultas. Com relação às comorbidades, observou-se que 27,6% apresentavam concomitantemente Diabetes Mellitus. Com relação à disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde, 54,6% dos usuários relataram não conseguir todos os medicamentos para o tratamento. Já com relação aos processos de comunicação, entender bem tudo que era dito em uma consulta foi referido por 69,7% dos pacientes. Identificou-se prevalência significativamente maior da não adesão ao tratamento da HAS para

os indivíduos com uso de mais de três medicamentos (100,0%) se comparados àqueles que faziam uso de um número igual ou inferior a três medicamentos (64,5%). Embora não tenha sido identificada associação estatisticamente significativa das demais variáveis de estilo de vida, clínicas e de assistência com a prevalência da não adesão ao tratamento da HAS, verificou-se maiores diferenças nas prevalências entre tabagistas (81,8%) e não tabagistas (67,2%), pacientes que referiram ter costume de faltar as consultas (83,3%) em relação aos que referiram não ter costume de faltar consultas (65,8%), o paciente entender bem tudo o que é dito na consulta (72,1%). Com relação à variável mudança no consumo de frutas, hortaliças e cereais, a prevalência de não adesão terapêutica medicamentosa foi de 73,3% e esta variável se mostrou associada de modo estatisticamente significativa ($p=0,012$) com a não adesão terapêutica medicamentosa.

Tabela 2. Prevalência da não adesão terapêutica medicamentosa de acordo com as características de estilo de vida, clínicas e relativas à assistência de pacientes hipertensos atendidos em unidades básicas de atenção do Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, Bahia, 2016

Variáveis	n=185	%	Prevalência da não adesão terapêutica medicamentosa (%)	Valor de p*
Tabagista				
Não	174	94,0	67,2	0,314
Sim	11	6,0	81,8	
Uso regular de bebida alcoólica				
Não	146	78,9	67,8	0,866
Sim	39	21,1	69,2	
Adiciona sal à comida já pronta				
Não	113	61,1	65,5	0,338
Sim	72	38,9	72,2	
Última consulta para cuidar da HAS (meses)				
≤ 6 meses	146	78,9	69,2	0,546
> 6 meses	39	21,1	64,1	
Costuma faltar as consultas				
Não	161	87,0	65,8	0,086
Sim	24	13,0	83,3	
Diabetes Mellitus concomitante				
Não	134	72,4	70,9	0,187
Sim	51	27,6	60,1	
Número de medicamentos em uso				
≤ 3	166	89,7	64,5	0,002
> 3	19	10,3	100,0	
Consegue todos seus medicamentos (UBS/USF)				
Sim	84	45,4	64,3	0,309
Não	101	54,6	71,3	
Entende bem tudo que é dito nas consultas				
Sim	129	69,7	72,1	0,78
Não	56	30,3	58,9	

Na Tabela 3 buscou-se descrever a associação entre a não adesão terapêutica medicamentosa e as características sociais, de estilo de vida, clínicas e relativas à assistência de pacientes hipertensos, a fim de classificá-los como fatores de risco ou de proteção. Dentre os avaliados, ser solteiro, separado viúvo (OR=2,23; IC95%: 1,04 – 4,47), não possuir alteração nos hábitos alimentares para frutas hortaliças e cereais (OR= 2,51; IC95%: 1,12 – 5,59) e costumar faltar às consultas (OR= 4,20; IC95%: 1,16 – 15,18) estiveram associados positivamente de maneira significativa a não adesão terapêutica medicamentosa. Enquanto que, entender bem tudo que é dito nas consultas (OR= 0,60; IC95%: 0,38 – 0,95) e ter Diabetes Mellitus concomitante (OR=0,41; IC95%: 0,17 – 1,01) se mostraram como fatores de proteção associados significativamente à não adesão terapêutica medicamentosa.

Tabela 3. Associação entre a não adesão terapêutica medicamentosa e as características sociais, de estilo de vida, clínicas e relativas à assistência de pacientes hipertensos atendidos em unidades básicas de atenção do Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, Bahia, 2016. (n=185)

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada (IC95%)	Valor de p
Sexo (Feminino)	0,73 (0,33 – 1,63)	0,61 (0,22 – 1,67)	0,340
Idade (anos) (24 – 60)	1,17 (0,62 – 2,17)	1,12 (0,49 – 2,58)	0,776
Situação conjugal (Solteiro, separado, viúvo)	1,74 (0,93 – 3,25)	2,23 (1,04 – 4,47)	0,038
Cor da pele (Preta/parda)	0,45 (0,95 – 2,18)	0,32 (0,55 – 1,88)	0,194
Escolaridade (em anos) (> 8)	0,68 (0,35 – 1,33)	0,67 (0,29 – 1,55)	0,358
Renda familiar (em SM) (≥ 2 – 3)	0,92 (0,48 – 1,76)	0,60 (0,26 – 1,37)	0,230
Trabalha (Sim)	1,88 (0,88 – 4,01)	1,90 (0,75 – 4,81)	0,172
Religião (Evangélica / outras)	1,37 (0,73 – 2,58)	1,51 (0,72 – 3,17)	0,272
Tabagista (Sim)	2,19 (0,45 – 10,48)	2,88 (0,48 – 17,99)	0,247
Consumo adequado de frutas, verduras e legumes (Não)	2,34 (1,19 – 4,59)	2,51 (1,12 – 5,59)	0,024
Uso regular de bebida alcoólica (Sim)	1,06 (0,49 – 2,29)	0,60 (0,21 – 1,65)	0,324
Adiciona sal à comida já pronta (Sim)	1,37 (0,71 – 2,61)	1,28 (0,61 – 2,71)	0,508
Última consulta para cuidar da HAS (meses) (>6)	1,37 (0,74 – 2,56)	0,69 (0,28 – 1,67)	0,414
Costuma faltar as consultas (Sim)	2,59 (0,84 – 7,96)	4,20 (1,16 – 15,18)	0,028
Diabetes Mellitus concomitante (Sim)	0,63 (0,32 – 1,24)	0,41 (0,17 – 1,01)	0,053
Número de medicamentos em uso (> 3)	1,09 (0,58 – 2,04)	1,13 (0,49 – 2,63)	0,763
Consegue todos seus medicamentos (UBS/USF) (Não)	1,37 (0,74 – 2,56)	1,54 (0,74 – 3,21)	0,244
Entende bem tudo que é dito nas consultas (Sim)	0,55 (0,28 – 1,07)	0,60 (0,38 – 0,95)	0,033

Na Tabela 4 apresenta-se o modelo final da regressão logística multivariada. A não adesão terapêutica medicamentosa mostrou-se associada aos fatores não ter alterado os hábitos alimentares relativos ao consumo adequado de frutas hortaliças e cereais (OR=2,50; IC95%: 1,21 – 5,19); apresentar Diabetes Mellitus concomitante (OR=0,46; IC 95%: 0,22 – 0,98), e entender bem tudo que é dito nas consultas (OR=0,65; IC95%: 0,43 – 0,99). Sexo e idade permaneceram no modelo para ajuste.

Tabela 4. Modelo final dos fatores associados da não adesão terapêutica de pacientes hipertensos atendidos em unidades básicas de atenção do Distrito Sanitário Cabula Beiru, Salvador, Bahia, 2016. (n=185).

Variáveis	OR bruta (IC95%)	OR ajustada* (IC95%)	Valor de p
Consumo adequado de frutas, verduras e legumes			
Sim	1,00		
Não	2,34 (1,19-4,59)	2,50 (1,21 – 5,19)	0,014
Diabetes Mellitus concomitante			
Não	1,00	1,00	
Sim	0,63 (0,32 – 1,24)	0,46 (0,22 – 0,98)	0,045
Entende bem tudo que é dito nas consultas			
Não	1,00	1	
Sim	0,55 (0,28 – 1,07)	0,65 (0,43 – 0,99)	0,047

* Ajustado por sexo e idade.

Discussão

No presente estudo, a não adesão terapêutica de hipertensos atendidos em unidades do DSCB foi elevada. Tais achados corroboram os de Martins et al.¹³ que, ao avaliarem hipertensos cadastrados em uma USF da cidade de Montes Claros, MG, identificaram 70,7% de não adesão ao tratamento medicamentoso. Resultados semelhantes também foram obtidos por Nunes et al.¹⁴ que entrevistaram 458 indivíduos na zona rural e urbana de Vitória de Santo Antão, PE. Estes pesquisadores obtiveram uma frequência de 73,4%. A elevada prevalência encontrada para não adesão terapêutica pode ser justificada pelo perfil da população estudada. Observou-se que os usuários entrevistados possuíam múltiplos fatores de risco, sendo estes relacionados à condição social, aos fatores ambientais e ao uso inadequado da terapêutica medicamentosa que influenciavam no controle dos níveis pressóricos.

Estima-se que, em geral, menos de 80% da população com indicação para tratamento anti-hipertensivo siga as recomendações de uso das medicações como indicado por seus médicos¹⁵. A cooperação do paciente com hipertensão em relação ao seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso pode ser ainda afetada pela presença de comorbidades e pelo não entendimento do que é dito nas consultas com profissionais.

Evidências científicas reiteram que a presença de comorbidades favorece a AT e determinam maior comprometimento do paciente com o regime terapêutico^{6,16}. Estas modificações de condutas podem significar maior frequência às consultas médicas e implicar no esclarecimento quanto aos riscos envolvidos com a associação de afecções mórbidas. No estudo atual, ter DM concomitante foi um fator associado à melhora da adesão terapêutica, corroborando os resultados dos estudos supracitados. Todavia, observam-se também resultados divergentes na literatura. Loyola Filho et al.¹⁷, por exemplo, enfatizaram que a associação de patologias pode requerer o uso de mais medicações, o que pode afetar negativamente a adesão terapêutica. Pierin et al.¹⁸, salientaram que o comprometimento com o tratamento é menor quando são prescritos regimes terapêuticos complexos que podem vir a causar esquecimento da administração e são envolvidos pelos fatores socioeconômicos.

Dentre os processos de comunicação, entender bem tudo que é dito em uma consulta está relacionado com a atuação dos profissionais. No estudo atual, estes processos se mostraram como fatores de proteção para a não adesão terapêutica e podem ter sido influenciados pela interação profissional-paciente. É possível supor que as inter-relações entre profissionais de saúde e usuários das unidades do DSCB se mostraram satisfatórias e percebeu-se também a formação de vínculo entre estes atores sociais, o que poderia estar contribuindo para o

processo de seguimento do regime terapêutico. De modo semelhante, mas com o sentido inverso, Rêgo et al.¹⁹ e Souza et al.²⁰, apesar de utilizar outro método para avaliação da adesão terapêutica consideraram o não entendimento das recomendações como fator de risco. Estes autores salientaram que nestes casos, as recomendações necessárias podem tanto não estar sendo transmitidas em linguagem acessível, quanto ser influenciadas pela falta de letramento funcional em saúde por parte dos pacientes. Assim, os mesmos poderiam não considerar as recomendações com a devida importância.

Observou-se no presente estudo que os entrevistados, majoritariamente, não modificaram a dieta no sentido de comer adequadamente frutas, hortaliças e cereais e este fator se associou com a não adesão terapêutica medicamentosa. Resultados semelhantes foram obtidos por Szwarcwald et al.²¹ de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Estes pesquisadores encontraram que, apesar de os usuários terem recebido informações quanto a necessidade de adoção de hábitos saudáveis, os mesmos consumiam frutas e verduras em menor quantidade que a recomendada, expressando uma barreira na mudança do estilo de vida. Considera-se que alterar os hábitos alimentares pode ser influenciado pelas orientações dos profissionais de saúde. Girotto et al.¹⁵, sugeriram explicações alternativas para este fenômeno e entre estas a de que os pacientes dão maior ênfase na restrição de sódio e de gorduras. Para os usuários do DSCB, uma explicação possível para o não consumo adequado de frutas, hortaliças e cereais seria o preço destes alimentos, muitas vezes referido pelos pacientes como um fator importante, assim como as tradições culturais dos mesmos.

A baixa escolaridade influencia, de fato, não só o cuidado com a saúde, mas pode afetar inclusive a concessão de respostas em inquéritos de saúde. Barreto et al.²², assim como no presente estudo, reiteraram este achado e classificaram o analfabetismo como fator de risco para não adesão terapêutica. Estes pesquisadores referiram que indivíduos com baixa escolaridade dispõem de uma menor condição de processamento das informações acerca da doença. Estes podem apresentar um menor entendimento das complicações existentes, dos receituários e prescrições médicas e, assim, não executarem medidas preventivas para o controle das condições

de saúde. De modo distinto, Silva et al.²³, encontraram associação entre redução dos níveis pressóricos e baixa escolaridade e justificaram tal evidência pela possibilidade de as recomendações médicas serem mais aceitas por indivíduos com menor grau de esclarecimento, quanto comparados com aqueles com maior instrução. Entretanto, há que se considerar também que os menos letrados tenham mais dificuldades para solicitar maiores esclarecimentos quanto às suas dúvidas acerca do tratamento.

Com relação à cor da pele, sabe-se que os indivíduos de cor da pele preta são mais propensos a desenvolver HAS, tanto pelos fatores genéticos quanto ambientais³. Na cidade do Salvador, Bahia, cerca de 80% da população é de cor preta e as evidências apontam que são também estes os que têm menor escolaridade e mais baixa renda. Estes fatores em conjunto afetam inclusive a escolha de alimentos que podem ter maior teor de sódio. Ademais, indivíduos da raça negra são também mais sensíveis ao sódio⁴ e, portanto, têm mais dificuldade com a evolução da doença HAS. Usualmente, precisam de mais medicamentos para controlar os níveis pressóricos. Contudo, no estudo atual, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre cor da pele e adesão terapêutica, muito provavelmente em função da homogeneidade da população entrevistada quanto à este quesito.

A utilização do Teste de Morisky-Green (TMG) de quatro itens mostrou-se um recurso frequentemente usado, de baixo custo e de fácil aplicação, independente da escolaridade¹⁸. Outras vantagens que podem ser apontadas foram a parceria estabelecida com a Secretaria Municipal da Saúde e a colaboração das gerentes das unidades de saúde que viabilizaram amplamente a coleta de dados. A realização de estudo piloto para calibração do instrumento e o treinamento dos entrevistadores também podem ser salientados como pontos fortes do estudo. Dentre as limitações podem-se apontar a dificuldade para estabelecer comparações considerando que são muitas as formas de classificar a não adesão terapêutica. Pode ainda ser considerado como limitação o fato de que não foi possível avaliar a adequação da prescrição médica para cada paciente e se esta determinaria ou não o controle pressórico desejado.

Conclusão

Os resultados evidenciaram uma elevada prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso e que a presença de DM, o baixo nível de entendimento do que é dito nas consultas médicas e a permanência dos hábitos alimentares inadequados foram fatores associados à não adesão. Tais resultados reforçam a necessidade dos profissionais das USF e UBS favorecerem o vínculo dos usuários com as unidades por meio de grupos de educação em saúde e, deste modo, tornarem o tratamento mais simplificado para a adesão terapêutica. Novos estudos com desenhos longitudinais que possam identificar os fatores prognósticos da não adesão devem ser encorajados.

Agradecimentos

Os autores agradecem o apoio financeiro obtido para a realização da pesquisa junto ao Departamento Ciências da Vida I/ Universidade do Estado da Bahia (UNEB), na forma de impressão dos instrumentos e bolsas de Iniciação Científica. Ao apoio financeiro da FAPESB e CNPQ pelas Bolsas de Iniciação Científica Cotas UNEB. À colaboração dos gerentes das unidades de saúde do Distrito Sanitário Cabula Beiru que viabilizaram a utilização de salas para a coleta de dados.

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Fraga-Maia H, Tosta LS, Cavalcante LR; Análise estatística e Redação do manuscrito: Fraga-Maia H, Tosta LS, Cavalcante LR, Brito LL, Vieira JPAG, Rode YP, Guimarães AA. Obtenção de dados: Fraga-Maia H, Tosta LS, Cavalcante LR, Vieira JPAG, Rode YP, Guimarães AA; Análise e interpretação dos dados: Fraga-Maia H, Tosta LS, Cavalcante LR, Brito LL, Vieira JPAG, Rode YP, Guimarães AA; Obtenção de financiamento: Fraga-Maia H; Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante: Fraga-Maia H, Tosta LS, Cavalcante LR, Brito LL.

Conflitos de interesses

Nenhum conflito financeiro, legal ou político envolvendo terceiros (governo, empresas e fundações privadas, etc.) foi declarado para nenhum aspecto do trabalho submetido (incluindo mas não limitando-se a subvenções e financiamentos, conselho consultivo, desenho de estudo, preparação de manuscrito, análise estatística, etc.).

Referências

1. Rocha RM, Martins WA, editores. Manual de prevenção cardiovascular. São Paulo: Planmark; Rio de Janeiro: SOCERJ - Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro, 2017.
2. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2016; 107(3). doi: [10.5935/abc.20160151](https://doi.org/10.5935/abc.20160151)
3. Radovanovic CAT, Santos LA, Carvalho MDB, Marcon SS. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. Rev Latino-Am Enfermagem. 2014;22(4):547-53. doi: [10.1590/0104-1169.3345.2450](https://doi.org/10.1590/0104-1169.3345.2450)
4. Nobre F, Coelho EB, Lopes PC, Geleilete TJM. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto). 2013;46(3):256-72. doi: [10.11606/issn.2176-7262.v46i3p256-272](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v46i3p256-272)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: prevenção e controle da hipertensão arterial em sistemas locais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
6. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. Saúde debate. 2018;42(116):179-190. doi: [10.1590/0103-1104201811614](https://doi.org/10.1590/0103-1104201811614)
7. Vieira LB, Cassiani SHB. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. Rev Bras Cardiol. 2014;27(3):195-202.
8. Rocha MLF, Borges JW, Martins MFS. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do Piauí. Rev APS. 2017;20(1):6-20.
9. Hori PCA, Silva GV. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo: abordagem, métodos de aferição e programas de obtenção de bons resultados. Rev Bras Hipertens. 2016;23(4):84-9.
10. Souza FFR, Andrade KVF, Sobrinho CLN. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. Rev Bras Hipertens. 2015;22(4):133-8.

11. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):60-7. doi: [10.1590/0034-7167.2015680109p](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109p)
12. Barreto MS, Mendonça RD, Pimenta AM, Garcia-Vivar C, Marcon SS. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2018;23(3):795-804. doi: [10.1590/1413-81232018233.12132016](https://doi.org/10.1590/1413-81232018233.12132016)
13. Martins AG, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(3):266-72. doi: [10.1590/1982-0194201400045](https://doi.org/10.1590/1982-0194201400045)
14. Nunes MGS, Silva AR, Bernadino AO, Oliveira BL, Barreto Neto AC. Prevalência e fatores associados a cooperação do paciente portador de hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(4):323-30. doi: [10.1590/1982-0194201500055](https://doi.org/10.1590/1982-0194201500055)
15. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013;18(6):1763-1772. doi: [10.1590/S1413-81232013000600027](https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027)
16. Pinho NA, Pierin AMG. O Controle da Hipertensão Arterial em Publicações Brasileiras. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(3):e65-e73. doi: [10.5935/abc.20130173](https://doi.org/10.5935/abc.20130173)
17. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Souza Junior PRB, Andrade FB. Subutilização de medicamentos por motivos financeiros em adultos mais velhos: ELSI-Brasil. *Rev Saúde Publica.* 2018;52(supl 2):8s. doi: [10.11606/s1518-8787.2018052000622](https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000622)
18. Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica. *Rev Esc Enferm USP.* 2016;50(5):764-771. doi: [10.1590/s0080-623420160000600008](https://doi.org/10.1590/s0080-623420160000600008)
19. Rêgo AS, Radovanovic CAT. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. *Rev Bras Enferm.* 2018;71(3):1093-100. doi: [10.1590/0034-7167-2017-0297](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0297)
20. Souza NPG, Oliveira GYM, Girão ALA, Souza LM, Maniva SJCF, Freitas CHA. Adoecimento por hipertensão arterial e Diabetes Mellitus: concepções de um grupo de pacientes hospitalizados. *Rev enferm UERJ.* 2015;23(1):52-7. doi: [10.12957/reuerj.2015.15579](https://doi.org/10.12957/reuerj.2015.15579)
21. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Damacena GN, Almeida WS, Malta DC, Stopa SH et al. Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(supl 2):132-145. doi: [10.1590/1980-5497201500060012](https://doi.org/10.1590/1980-5497201500060012)
22. Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015;68(1):60-7. doi: [10.1590/0034-7167.2015680109p](https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680109p)
23. Silva LFRS, Marino JMR, Guidoni CM, Giroto E. Fatores associados à adesão ao tratamento antihipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2014;35(2):271-278.