

ADEÇÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL ENTRE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DO PIAUÍ

Adherence to hypertension treatment among users of the Family Health Strategy in a city in Piauí

Maria Luciene Feitosa Rocha¹, José Wicto Borges² e Martha Fonseca Soares Martins³

RESUMO

Objetivo: este estudo investigou a adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Floriano. **Material e Métodos:** trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal. Os sujeitos da pesquisa são os hipertensos cadastrados e acompanhados na Estratégia Saúde da Família. O tamanho da amostra (n=405) foi calculado, tomando-se por base o número total de hipertensos com cadastro ativo em unidades básicas de saúde (UBS), situadas em área urbana de Floriano-PI, (N=2353), dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município. **Resultados:** observou-se que a maioria dos hipertensos adere ao tratamento, no entanto, um percentual significativo de hipertensos não segue as orientações para o controle de hipertensão. Considerando a relação entre as variáveis ingestão de medicamentos e a adesão ao tratamento medicamentoso, constatou-se que a dificuldade em tomar mais que dois comprimidos de uma só vez foi encontrada na maioria dos pacientes que não adere. Constata-se, também, que houve correlação entre a utilização de bebida alcoólica, a utilização de alimentação rica em frituras/gorduras e a não adesão ao tratamento. **Considerações:** esta investigação constitui um diagnóstico relevante para a compreensão das dificuldades para adesão ao tratamento e para o adequado seguimento da terapêutica, contribuindo para integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Hipertensão Arterial; Adesão ao Tratamento; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Objective: this study investigated adherence to hypertension treatment among users of the Family Health Strategy in the city of Floriano. **Material and Methods:** this is a descriptive, cross-sectional survey. The study subjects are the registered hypertension patients being monitored in the Family Health Strategy. The sample size (n = 405) was calculated by taking as a basis the total number of hypertension patients with active enrollment at Basic Health Units located in the urban area of Floriano, PI (N = 2,353), data provided by the Municipal Health Department. **Results:** it was observed that most hypertension patients adhere to treatment, however, a significant percentage of these patients do not follow the guidance for control of hypertension. Considering the relationship between the variables intake of medication and adherence to drug treatment, it was found that the difficulty in taking more than two pills at once was seen in most of patients who do not adhere. A correlation was also found between the use of alcoholic beverages, the use of a diet rich in fried/fatty foods, and non-adherence to treatment. **Considerations:** this research is an important diagnostic tool for understanding the difficulties in adherence to treatment and appropriate follow-up treatment, contributing to more comprehensive and effective health care.

KEYWORDS: Primary Health Care; Chronic Disease; Arterial Hypertension; Treatment Adherence; Family Health Strategy.

¹ Universidade Federal do Piauí. lucienerocha2003@yahoo.com.br.

² Universidade Federal do Piauí. wictoborges@yahoo.com.br.

³ Universidade Federal do Piauí. marthasoars2@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma condição clínica caracterizada por elevados níveis pressóricos. Representa um sério problema de saúde pública, possuindo alta prevalência e uma baixa taxa de controle não só no Brasil, como em outros países.¹

A HAS é uma doença crônica, não transmissível, com aspectos multifatoriais que afeta o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores e vasoconstritores, elevando os níveis pressóricos para valores iguais ou maiores a 140/90 mmHg. Quando não é tratada de forma correta, pode trazer graves complicações como insuficiência cardíaca e renal, acidente vascular encefálico, podendo ser letal.² Determina ainda transformações significantes na vida dos indivíduos, englobando a vida psicológica, familiar, social e/ou econômica.^{3,4}

No Brasil, há uma grande prevalência de HAS, estima-se que, atualmente, existem 17 milhões de pessoas acometidas por essa enfermidade, sendo que cerca de 60% dessa população está acima de 65 anos.¹ A média nacional da população brasileira de pessoas com 18 anos e mais de idade que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, em 2007, é de 22,9%, com relação ao sexo a frequência foi de 25,1% das mulheres e 20,3% dos homens.⁵ Outro estudo mostra que a prevalência da hipertensão no Brasil é 24,4%, enquanto no Piauí esse índice encontra-se em torno de 22%.⁶

A hipertensão arterial, por ser uma doença que não apresenta possibilidades de cura, exige que o tratamento seja para a vida inteira e feito de forma adequada, para se obter o controle dos níveis pressóricos, a diminuição na incidência de complicações cardiovasculares e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do indivíduo com a doença. No entanto, apesar dos avanços científicos expressos no tratamento não farmacológico e na indústria farmacêutica da produção de medicamentos, ainda há um número elevado de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente.⁷

A Política Nacional de Atenção Integral à hipertensão e ao diabetes⁸ foi instituída para a população de brasileiros acima de 18 anos com prioridade para faixa etária igual ou superior a 40 anos. Essa política visa integrar diferentes níveis de complexidade e setores públicos e privados, para reduzir fatores de risco e a morbidade por esses agravos. O plano aponta como diretrizes a atualização dos profissionais da atenção primária, a garantia do diagnóstico e a vinculação dos pacientes à unidade de saúde, para tratamento e acompanhamento com o objetivo de promover maior resolutividade na rede pública dos serviços de saúde.

A HAS possui uma grande variedade de causas e seus principais fatores de risco modificáveis são: o estilo de vida, tabagismo, sedentarismo e alimentação inadequada. As mudanças de hábitos ou estilo de vida são importantes variáveis na determinação do comportamento do hipertenso e, quanto maior forem as alterações que ele necessitar fazer em seu estilo de vida em função do tratamento, por exemplo, abstenção de fumo e restrições dietéticas, menor será a possibilidade de adesão ao tratamento.⁹

Um dos principais problemas que o sistema de saúde brasileiro enfrenta é o abandono ou o incorreto cumprimento dos tratamentos protocolados pelo Ministério da Saúde. A não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica constitui, provavelmente, a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, introduzindo disfunções no sistema de saúde por meio do aumento da morbidade e da mortalidade. Estudos mostram baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva, além de os maiores índices estarem associados a serviços de saúde especializados.¹⁰

A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia instituída pelo médico e equipe de saúde. Envolve aspectos referentes aos fatores socioeconômicos, ao paciente, à doença, além de aspectos relacionados ao tratamento e ao sistema de saúde.⁹

A palavra adesão vem do latim, *adbaesione* e, etimologicamente, falando, significa junção, união, aprovação, acordo, apoio, relação de vínculo. Processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre o cuidado e o cuidador, faz menção à frequência, à perseverança, na relação com o cuidado à saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação para que a adesão se efetive.¹¹

Outros autores como Haynes¹² e Rand¹³ descrevem a adesão ao tratamento das doenças crônicas como o grau em que o comportamento de uma pessoa, representado pela ingestão de medicação, o seguimento da dieta, as mudanças no estilo de vida, corresponde e concorda com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde.

Pierin et al¹⁴ consideram que existem diferentes níveis de adesão. No nível mais elevado estão os aderentes, indivíduos que seguem totalmente o tratamento e, no lado oposto, estão os desistentes, que são aqueles que abandonam o tratamento. Há ainda os persistentes, dentro do grupo dos não aderentes, que são aqueles indivíduos que até comparecem às consultas, mas não seguem o tratamento.

As definições de adesão devem considerar e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento. O plano de tratamento deve estar baseado na aliança estabelecida entre a equipe de saúde, em uma

abordagem multidisciplinar, com as pessoas que fazem tratamento para hipertensão. Esse é um dos fatores que pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle da hipertensão.¹⁰

A incidência de HAS, assim como a adesão ao tratamento, pode ser influenciada por fatores como idade, sexo, etnia, nível de escolaridade e nível socioeconômico.⁹ Muitos outros fatores contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade.¹⁵

A resposta terapêutica não é almejada apenas pelo acesso ao medicamento, pois há necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento, assegurando, assim, a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é de grande relevância para adquirir resultados positivos na terapia desses usuários dos serviços de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo investigou a adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da Estratégia Saúde da Família no município de Floriano. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal¹⁶ com aplicação dos instrumentos, de maio a dezembro de 2014.

Floriano situa-se a 240 km da capital do estado do Piauí, tem uma população de 62.158 habitantes. Exerce influência sobre quase trinta municípios maranhenses e piauienses. Está consolidada como grande Polo Educacional, atende aos níveis de escolaridade fundamental, médio, profissionalizante e superior com instituições da rede municipal, estadual e federal como também de iniciativa privada.¹⁷

O município de Floriano oferece também atendimento na área da saúde em todos os níveis de complexidade, tanto no setor público quanto privado, dispondo de uma vasta rede de clínicas privadas, um Hospital Regional, dois hospitais particulares e 24 equipes da Estratégia saúde da família com dezessete na zona urbana.

Os sujeitos da pesquisa são os hipertensos em tratamento nas unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Floriano. O tamanho da amostra (n=405) foi calculado, tomando-se por base o número total de hipertensos com cadastro ativo em unidades básicas de saúde (UBS), situadas em área urbana de Floriano-PI, em 2012 (N=2353), dados fornecidos pela Secretaria de Saú-

de do município, no ano de 2013.

Como critério de inclusão foram considerados: a) ser usuário das unidades básicas de saúde da Estratégia Saúde da Família com diagnóstico de HAS em qualquer estágio; b) ser cadastrado no programa de acompanhamento de hipertensão arterial; c) ter capacidade de compreender e responder aos questionamentos; d) concordar em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A amostra foi calculada conforme aponta Thompson,¹⁸ quando diz que o número necessário de unidades para se estimar os parâmetros de uma população infinita para um nível de significância e erro-padrão desejados é dado pela seguinte fórmula:

$$n_0 = \frac{z_{\alpha/2}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Onde n_0 é número necessário de unidades amostrais para estimar os parâmetros de uma população infinita; $z_{\alpha/2}$ é o quantil da distribuição Normal relacionado ao nível de significância α ; d é o erro máximo tolerável de estimativa e $p(1-p)$ é a variância da amostra, onde p é a proporção de uma característica ou atributo que se deseja medir em uma população. Quando p é desconhecido, admite-se $p = 0,5$ pelo fato de tornar máxima a variância.

Para populações finitas, utiliza-se a seguinte correção dada pela fórmula:

$$n = \frac{1}{\frac{1}{n_0} + \frac{1}{N}}$$

Em que n é o número de unidades amostrais para estimar os parâmetros de uma população finita e N é tamanho da população ou universo. Utilizou-se os parâmetros: erro de 5%, índice de confiança 95% e uma prevalência de 50%.

Chegou-se a um número de 384 pessoas. Considerando as possíveis perdas, acrescentaram-se 10%, totalizando 422 pessoas. Houve durante a pesquisa 17 perdas. Desse modo, a amostra final do estudo foi de 405 pessoas. Salienta-se que mesmo com as perdas a amostra manteve os padrões estatísticos adotados.

Para investigar o grau de adesão foi utilizado um instrumento elaborado por Borges,¹⁹ alicerçado na compreensão sistêmica da não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) nas seguintes dimensões: Dimensão pessoa, Serviço de Saúde, Doença/Tratamento e Ambiente. Esse instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica foi fun-

damentado na Psicometria e em alguns autores que desenvolveram questionários genéricos, para mensurarem a adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas, também utilizados em pessoas com HAS como: Teste de Morisky-Green-Levine, o teste de Haynes-Sackett e o teste de Batalla.²⁰

Os dados foram obtidos no período de maio de 2014 a dezembro de 2014, mediante entrevista dirigida, com duração média de 30 minutos. Os usuários foram abordados em suas residências, por entrevistadores treinados, que orientaram sobre o teor dos questionamentos e convidaram os hipertensos a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para investigar o grau de adesão, considerou-se o questionário aplicado e utilizaram-se os seguintes parâmetros para o cálculo: para a pontuação obtida de cada pessoa assinalou-se o valor 1 para coluna sempre, 2 para quase sempre, 3 às vezes, 4 para quase nunca e 5 para nunca,

RESULTADOS

As características sócio-demográficas encontradas nos indivíduos cadastrados como hipertensos nas Unidades Básicas de Saúde da zona urbana do município de Floriano

sendo 170 a totalidade de pontos possíveis a alcançar. A classificação foi estabelecida, a partir de uma estimativa de pontuação, que dividiu em proporções a totalidade de pontos obtidos por cada pessoa que respondesse a escala, considerando: não adesão total os que obtiverem 24 a 48 pontos; risco para não adesão de 49 a 72 pontos; adesão de 73 a 120 pontos. Na análise dos dados foi utilizado o *software* R livre.²¹

A pesquisa está em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 2000) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal do Piauí, com o parecer de nº 817191 conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.²²

Esta pesquisa foi apoiada pela Fundação de Apoio ao Estado do Piauí-FAPEPI, através do Edital PPSUS/2013 e não apresenta conflito de interesses.

são descritas conforme as variáveis a seguir: sexo, idade, escolaridade, raça, renda familiar e estado civil. Estas variáveis fazem parte de um grupo de fatores determinantes para adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Os resultados serão discutidos conforme a tabela abaixo:

Tabela 1 - Caracterização dos usuários hipertensos atendidos em Unidades Básicas de Saúde de Floriano, Piauí, 2015.

| VARIÁVEIS | | F | % |
|----------------------|------------------------|-----|------|
| Sexo (n=405) | Masculino | 101 | 25,1 |
| | Feminino | 304 | 74,9 |
| Idade (N=405) | <30 | 03 | 0,7 |
| | 30 a 40 | 10 | 2,4 |
| | 41 a 50 | 28 | 6,9 |
| | 51 a 60 | 92 | 22,6 |
| | 61 a 70 | 100 | 24,6 |
| | >70 | 172 | 42,8 |
| Escolaridade (N=405) | Analfabeto | 78 | 19,3 |
| | Alfabetizado | 67 | 16,6 |
| | Fundamental incompleto | 147 | 36,3 |
| | Fundamental completo | 38 | 9,4 |
| | Ens. médio incompleto | 23 | 5,6 |
| | Ens. médio completo | 39 | 9,6 |
| | Não informado | 13 | 3,2 |

| VARIÁVEIS | | F | % |
|------------------------|----------------|-----|------|
| Raça (N=405) | Branca | 50 | 12,4 |
| | Preta | 123 | 30,4 |
| | Parda | 216 | 53,4 |
| | Amarela | 10 | 2,4 |
| | Indígena | 01 | 0,2 |
| | Não declarado | 05 | 1,2 |
| Renda Familiar (N=405) | <1 salário | 100 | 24,7 |
| | 1 a 2 salários | 244 | 60,2 |
| | >3 salários | 35 | 8,7 |
| | Não informado | 26 | 6,4 |
| Estado Civil (N=405) | Solteiro | 54 | 13,4 |
| | Casado | 189 | 46,5 |
| | Viúvo | 120 | 29,7 |
| | Separado | 29 | 7,2 |
| | Junto | 12 | 3,0 |
| | Não informado | 01 | 0,2 |

Fonte: pesquisa direta, 2015.

Foi considerada uma amostra de 405 hipertensos, houve predomínio do sexo feminino, 74,9% da amostra. Em relação à idade, predominou a faixa etária de mais de 70 anos de idade com 42,8% hipertensos. Considerando a escolaridade, 36,3% tem o ensino fundamental incompleto, em relação à raça houve maior frequência de participantes que se declararam como pardos, 53,4%; na variável renda, 60,2% têm rendimentos entre um a dois salários mínimos e em relação ao estado civil 46,5% são casados.

Observa-se maior prevalência de hipertensão entre mulheres, fato que pode estar associado a diversos fatores como: maior percepção dos cuidados em saúde e, em decorrência, há uma maior frequência das mulheres em serviços de saúde, a carga de trabalho duplicada entre o meio doméstico e profissional pode estar relacionada ao stress, um dos fatores de risco para a elevação da pressão arterial.

A pressão arterial é menor em mulheres que em homens até os 40 anos, relação que desaparece, a partir dos 50 anos, período geralmente associado à redução dos níveis de estrogênio nas mulheres pós-menopáusicas e à maior prevalência de hipertensão arterial, considerando que esse hormônio é relevante para proteção das paredes arteriais, configurando um efeito cardioprotetor.^{1,10,11}

Quanto à faixa etária, predominou a de maiores de 70 anos com 42,8% (172) hipertensos; 24,6% (100) hipertensos estão na faixa de 61 a 70 anos; na faixa de 51 a 60 anos são 22,6% (92) hipertensos; na faixa de 41 a 50 anos, 6,9% (28) de hipertensos; na faixa entre 30 a 40 anos, 2,4% (10) pessoas e na faixa menor que 30 anos, 0,7% (03) hipertensos.

No que concerne à faixa etária, o maior número de idosos entre os participantes da pesquisa pode estar associado às alterações próprias do envelhecimento como o processo de arteriosclerose, outras doenças associadas, dieta, hábitos sedentários e déficit de autocuidado.^{1,12,13} A maior prevalência de hipertensão entre idosos também é referida em outros estudos, que apontam que cerca de 65% dos idosos brasileiros são hipertensos.^{1,13,14}

A estrutura etária da população é uma variável que interfere na demanda por serviços de saúde e fundamenta a orientação sobre as necessidades organizacionais e tecnológicas do sistema de saúde.²³

As características estruturais da população como idade e sexo são elementos que podem influenciar a adesão ao tratamento da hipertensão. Os homens e as pessoas mais jovens são menos aderentes ao tratamento.

Quanto à escolaridade, 36,3% (147) dos entrevistados têm o ensino fundamental incompleto; 19,3% (78) dos entrevistados são analfabetos; 16,6% (67) são alfabetizados; 9,4% (38) dos entrevistados frequentaram o fundamental completo; 9,6% (39) possuem o ensino médio completo, 5,6% (23) têm ensino médio incompleto e 3,2% (13) entrevistados não informaram a escolaridade.

A escolaridade dos hipertensos investigados revelou-se muito baixa, a maioria possui conhecimentos escolares elementares. A baixa instrução pode comprometer o entendimento sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica e a adesão ao tratamento, o que contribui para a manutenção de níveis pressóricos elevados. No Brasil, estudos indicam que indivíduos com baixa escolaridade estão mais expostos aos fatores de risco e a maior prevalência da hipertensão.¹⁵ Dados do VIGITEL indicam que a hipertensão aumenta muito com a idade e diminui com a escolaridade, em ambos os sexos.⁶

Considerando a raça, predominou a parda com 53,4% (216) dos hipertensos; 30,4% (123) dos hipertensos são da raça preta; 5,6% (23) pertencem à raça branca; 2,4% (10) são amarelos; 0,2% (01) indígena e 1,2% (5) hipertensos não informaram a raça. Os dados da pesquisa mostram maior prevalência de hipertensão entre as pessoas que se autodeclararam pardas, dados que são confirmados pela VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, que ressaltam que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Quando considerados gênero e cor, a hipertensão é mais frequente em mulheres negras.¹

A palavra parda é mais comumente usada para se referir aos brasileiros com variadas ascendências raciais. O manual do IBGE (2010) define o significado atribuído ao termo como pessoas com uma mistura de cores de pele, seja essa miscigenação mulata (descendentes de brancos e negros), cabocla (descendentes de brancos e ameríndios), cafuza (descendentes de negros e indígenas) ou mestiça.⁸

O Censo do IBGE (2010)¹⁷ aponta a maior concentração de pardos na população estadual do Piauí que apresenta a seguinte distribuição étnica: 63% de pardos, 33% brancos e apenas 3% de negros.

Os negros possuem níveis pressóricos maiores e se mostram em faixas etárias mais jovens que entre os brancos. Os dados apontam também para uma maior incidência de hipertensão no estágio 3, com início do tratamento quando a enfermidade já está em estágio clínico avançado.²⁴

Outros estudos reforçam esses dados quando dizem que os afrodescendentes estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de hipertensão arterial que os brancos com excesso de risco de até 130%.¹

Quando perguntados sobre o estado civil, os entre-

vistados assim responderam: 46,5% (189) são casados; 29,7% (120) são viúvos; 13,4% (54) são solteiros; 7,2% (29) são separados; 3,0% (12) têm união estável e 0,2% (01) não informou.

Observa-se que cerca de metade dos hipertensos tem cônjuge. Estudos mostram que o apoio familiar pode interferir na adesão ao tratamento, considerando que essa patologia precisa de modificações no estilo de vida que altera a rotina familiar.²⁵

Quanto à renda familiar, 60,2% (244) têm rendimentos mensais entre 1 a 2 salários mínimo; 24,7% (100) recebem menos que um salário mínimo por mês; 8,7% (35) possuem renda maior que três salários mínimo, 6,4% (100) não informaram seus rendimentos mensais.

A pesquisa mostra que a maioria das pessoas hipertensas tem baixa renda, estes dados refletem a situação socioeconômica do estado do Piauí evidenciada nos indicadores sociais apresentados no Censo populacional do IBGE, em 2010.¹⁷

Analisar diferenciais na concentração da renda pessoal entre os hipertensos e revelar tendências podem contribuir para identificar os segmentos que requerem maior atenção de políticas públicas de saúde, educação e proteção social, entre outras, e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas de distribuição de renda.

A situação financeira menos favorecida interfere no acesso aos medicamentos, quando esses não estão disponíveis de forma gratuita, como também no acesso à realização de consultas e exames não disponíveis na rede básica. A menor disponibilidade financeira é decisiva para a garantia de alimentação adequada ao tratamento da hipertensão.

Considerando o tempo de diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, a tabela abaixo mostra que grande parte dos usuários tem longo período de enfermidade.

Entre os usuários da Estratégia Saúde da Família, observou-se que 26,2% (106) dizem que são hipertensos há cerca de 1 a 5 anos; 24,9% (101) informam que têm a doença há cerca de 11 a 15 anos; 24% (97) informam ter hipertensão há mais de 15 anos; 20,5% (83) informam ter a doença em um período de 6 a 10 anos. Informaram fazer tratamento para hipertensão há menos de um ano 1,7% (07) e 2,7% (11) não responderam esta questão.

Em um estudo realizado por Lessa e Fonseca,²⁶ na Bahia, não houve tendência para qualquer tipo de adesão nem para a não adesão relacionada com a duração conhecida da doença, mas a adesão às consultas e ao tratamento, concomitantemente foi maior naqueles com até três anos de diagnóstico.

Outros estudos²⁷ referem a cronicidade da doença em

associação com ausência de sintomatologia como um dos fatores que interferem na adesão ao tratamento.

A investigação mostra que 65,2% (264) dos hipertensos não possuem cuidadores, enquanto 34,8% (141) têm uma pessoa para auxiliar em seus cuidados pessoais. Dentre os que possuem cuidadores, 82,3% (116) têm uma pessoa que executa os cuidados; 9,9% (14) têm duas e 9,3% (11) dispõem de três cuidadores. A relação dos cuidadores com o hipertenso geralmente é familiar, 90,8%; apenas 9,2% não é parente.

A Transição da Estrutura Etária da população brasileira, durante a primeira metade do presente século, se caracteriza por crescimento baixo ou negativo, no segmento jovem; médio ou baixo, para a população em idade ativa até 2025, e quase nulo no restante do período; haverá maior crescimento na faixa etária de idosos. O Índice de Envelhecimento coloca o Brasil entre os países com mais acentuado ritmo de envelhecimento da população. Em 2050, haverá apenas 2 potenciais cuidadores (pessoas entre 50 e 60 anos de idade) para cada idoso de 75 anos e mais, comparados com 5, existentes em 2000 (razão de suporte). Surge como principais desafios, a geração de novas demandas para o sistema de saúde.²⁸

No cenário atual, o modelo de cuidados gera dependência e não promove autonomia para as pessoas se responsabilizarem por sua própria saúde. Nesse contexto, para melhorar a qualidade de vida, deve-se estimular o autocuidado em indivíduos capazes de exercer, de forma ativa, os cuidados com a própria saúde. Esse modelo de estímulo ao empoderamento das pessoas, favorece a mudança de comportamento e a adoção de hábitos promotores de saúde.

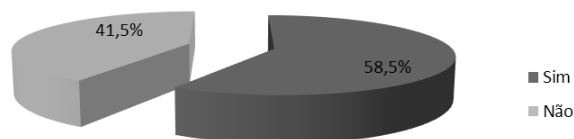
Parte desse processo envolve a educação em saúde. A implementação de programas de educação em saúde e a promoção do autocuidado enfrentam grandes dificuldades práticas, dentre elas, encontrar uma maneira de atender grupos mais vulneráveis.

Revelar as características sociodemográficas dos hipertensos permite reconhecer as singularidades das pessoas, que buscam os serviços de saúde e identificar os grupos prioritários, para a análise de condições de saúde e subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de promoção, de prevenção e assistenciais relativas à hipertensão e às doenças associadas. Nesse sentido, observa-se que há necessidade de políticas de saúde, para incentivar a adesão ao tratamento, por meio da garantia das necessidades básicas da população.

Fatores relacionados ao tratamento

Adesão ao tratamento medicamentoso

Figura 1 - Distribuição dos hipertensos quanto à adesão ao tratamento medicamentoso (n=405). Florianópolis, PI, 2015.



Fonte: dados da pesquisa.

A figura mostra que 58,5% dos hipertensos aderem ao tratamento e 41,5% não aderem. Observa-se que uma parcela significativa da população de hipertensos não adere ao tratamento.

A adesão ao tratamento é fator determinante para o controle adequado da pressão arterial. A baixa adesão tem como consequência resultados clínicos negativos e aumento dos custos ao sistema de saúde, pelo aumento do consumo desse serviço.¹

Encontram-se resultados semelhantes em outros estudos como o de Dosse²⁹ et al com índice de 62,38% de adesão. Segundo Fuchs³⁰ et al, cerca de 75 a 92% dos hipertensos em tratamento não controlam a pressão arterial.

Outra pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, relatada na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,³¹ mostra resultados menores para adesão ao tratamento da hipertensão. Segundo os dados levantados, apenas 50,8% dos hipertensos são conscientes da sua condição, 40,5% deles estão tratados e apenas 10,4% são controlados.

Quando perguntados sobre a existência de dificuldades para a tomada dos medicamentos, 91,9% (372) dos entrevistados negaram dificuldades em ingerir mais que dois comprimidos de uma vez, enquanto 8,1% (32) afirmaram ter essa dificuldade.

Quanto à ingestão de medicação, mais de uma vez ao dia, 91,6% (371) dos entrevistados dizem não apresentar dificuldades, enquanto apenas 8,4% (34) referem dificuldades no manuseio de medicações utilizadas mais de uma vez ao dia.

O tratamento da hipertensão arterial visa reduzir os níveis de pressão arterial sistêmica e a morbimortalidade cardiovascular, assim a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹ aponta como características ideais para o tratamento medicamentoso: ser eficaz por via oral, ser bem tolerado, preferir dose única diária ou reduzir o número de tomadas diárias.³¹

Em outro estudo multicêntrico alemão, com 1.603 pacientes foi relatado que a adesão completa foi referida por 32,3% dos pacientes; 54% referiam que, ocasionalmente, não seguiam a prescrição e 12% admitiam perderem doses frequentemente.³²

Adesão ao tratamento não medicamentoso

Quanto maior o número de fatores risco, maior o risco cardiovascular global dos indivíduos hipertensos. O tratamento não medicamentoso inclui as mudanças de hábitos alimentares e do estilo de vida e é apontado para todos os pacientes hipertensos, independente do risco cardiovascular ou da redução dos níveis pressóricos a serem atingidos.³³

Sobre a regularidade das consultas, os entrevistados informaram que 85,2% (345) não faltam a consultas agendadas e 14,8% (60) faltam às consultas agendadas.

Observa-se uma forte ligação dos hipertensos com os profissionais dos serviços de saúde que fazem seu acompanhamento. Estudos mostram que um dos fatores determinantes para adesão ao tratamento da hipertensão é a relação de confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde ou no médico especificamente.³⁴

Em estudo realizado na Liga de Hipertensão Arterial do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), durante a década de 1980, observou-se que 33,5% dos pacientes realizavam apenas uma consulta. Decorridos dez anos e, disponibilizando um médico que fazia acompanhamento contínuo com cada paciente, a taxa de abandono reduziu-se para 25%, mas apenas 41% dos pacientes compareceram a quatro consultas previstas.³⁵

Em outra investigação, em Salvador, na Bahia, com 200 pacientes ambulatoriais de nível social baixo verificou-se que a adesão às consultas foi de 37%, e a adesão às consultas e ao tratamento, simultaneamente, de 30,5%, observando-se que 21,5% dos indivíduos estudados não aderiram a nenhum dos dois.³⁵

Quando perguntados sobre a regularidade das práticas de atividade física, 58,3% (236) informaram manter regularidade nas práticas, enquanto 41,7% (169) acreditam ter prática de atividade física diminuída.

Observa-se que uma parcela significativa de hipertensos revela ser inativa, dado que chama a atenção porque o sedentarismo é um dos fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares como a hipertensão arterial. A atividade física é um recurso eficaz para melhorar a aptidão cardiorespiratória e reduzir a pressão arterial.³³

Estudos indicam que cerca de 29,2% dos brasileiros

afirmam ser fisicamente inativos. Esses dados representam um problema de saúde pública, considerando que a prática diária de atividade física exerce efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes, trânsito intestinal e funções psicológicas. O estilo de vida ativo protege contra diversas patologias como hipertensão arterial, doença isquêmica do coração, diabetes tipo II, osteoporose, câncer de cólon e reto, câncer de mama e depressão.²⁵

Dados de uma pesquisa sobre o percentual de indivíduos insuficientemente ativos na população de 15 a 69 anos, por sexo, no Distrito Federal e, em 17 capitais brasileiras, entre 2002/2003 e 2004/2005, mostram que, tomando-se como parâmetros os valores mínimos e máximos encontrados, 31% dos entrevistados, em Porto Alegre, são insuficientemente ativos e 55,1% são insuficientemente ativos, em João Pessoa. A observação, nesta pesquisa, de capitais do Nordeste, que possam se aproximar da realidade deste estudo, mostra que, em Natal, 31% dos indivíduos são insuficientemente ativos; São Luís 32,3%; Fortaleza 42,3% e Recife 40,8%.⁵

O percentual significativo de indivíduos insuficientemente ativos na população brasileira é preocupante ao considerar-se que o sedentarismo e o excesso de peso são os principais fatores de risco para doenças crônicas, como a hipertensão. As respostas da pressão arterial à prática de atividade física depende da adequada intensidade do exercício.

O Vigitel⁵ mostra que 43,4% da população brasileira apresenta excesso de peso. No entanto, dados do VIGITEL, 2014,²⁸ apontam que a prática de exercícios físicos está crescendo no Brasil. O Ministério da Saúde estabeleceu como meta reduzir para 10%, até 2025, a população insuficientemente ativa.

Os entrevistados também foram questionados sobre o uso de bebidas alcoólicas. Desses, 85,9% (348) afirmaram não consumir e 14,1% (57) apontaram para o consumo regular. O etilismo merece atenção na caracterização de uma população de hipertensos pela sua correlação com os níveis tensionais e, dessa forma, deve ser afastado. Evitar fumo e bebida alcoólica, juntamente com a atividade física regular constituem elementos integrantes do tratamento não farmacológico.

Quanto à dificuldade no controle do *stress*, os hipertensos assim responderam: 55,3% (224) afirmaram ter dificuldades, enquanto 44,7% (181) negaram dificuldades no controle do *stress*. A pressão arterial apresenta reatividade a diversos estímulos externos, depende do grau de ativação do sistema nervoso simpático e de eventuais alterações do endotélio vascular e da elasticidade dos va-

sos. Outros fatores como as características psicológicas e comportamentais dos indivíduos também influenciam a reatividade.

A reatividade vascular ao *stress* recebe influência de outros fatores de risco como diabetes, tabagismo, dislipidemias, entre outros. A resposta ao *stress* está relacionada aos fatores pessoais, sociais e culturais do indivíduo. Apesar da carência de estudos sobre a influência do *stress* como modificador da pressão arterial, a prática dos profissionais de saúde e alguns estudos mostram a importância das medidas *antistress* para o controle da pressão arterial.³³ O *stress* emocional pode constituir-se em obstáculo para a adesão ao tratamento da hipertensão e para mudança de hábitos.¹

Quando questionados sobre a utilização de sal na alimentação, 83,5% negaram alimentação rica em sal, enquanto 16,5% (67) apontaram manter alimentação rica em sal. A alteração nos níveis pressóricos relativos à quantidade de sal ingerido é heterogênea. A maior sensibilidade ao sal afeta os mecanismos de controle da pressão arterial e está diretamente relacionada à hipertensão arterial resistente. Em um estudo realizado nesse grupo, observou-se que uma dieta, contendo cerca de 1 g de sódio, promoveu rápida e importante redução de PA. Apesar das diferenças individuais de sensibilidade, mesmo modestas reduções na quantidade de sal são, em geral, eficientes em reduzir a PA. Essas evidências orientam o tratamento não medicamentoso no que concerne aos benefícios da redução de sódio na dieta.^{1,33}

Quanto à variável alimentação, os entrevistados foram questionados sobre a utilização de frituras e gorduras.

79,5% (322) afirmaram não consumir alimentação rica em gorduras enquanto 20,5% (83) afirmaram consumir alimentação rica em gorduras.

Em relação à ingestão regular de frutas e verduras, 57,3% (232) dos entrevistados negaram ter uma rotina alimentar pobre em frutas e verduras, enquanto 42,7% (173) afirmaram ter uma dieta pobre em frutas e verduras.

A investigação sobre as modificações no estilo de viver – que é um dos aspectos relevantes para o tratamento da hipertensão arterial – mostrou que 50,4% (204) acreditam que não precisam modificar o estilo de viver, enquanto 49,6% (201) apontam a necessidade de fazer modificações nos hábitos pessoais.

Observa-se que 73,5% dos entrevistados acreditam que há disponibilidade de local apropriado para a prática de atividade física, enquanto 26,5% informaram não haver disponibilidade de tal local.

Esses dados podem revelar percepções distintas sobre o local apropriado para atividade física no município de Floriano. Considera-se que grandes avenidas são utilizadas para fazer caminhadas, sem a estrutura adequada para essa prática. A maior parte dos hipertensos é constituída de idosos e essas avenidas utilizadas por grande parte da população não dispõem da segurança necessária para essa clientela. As academias de ginástica são privadas e, portanto, muitos não têm acesso. Ainda não foram estabelecidas academias públicas de saúde no município, apesar de, nos quadros do Núcleo de Atenção à Saúde, constarem alguns educadores físicos.

Tabela 2 - Associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso com a tomada dos medicamentos e o tratamento não medicamentoso de hipertensos. Floriano-PI, 2015. (n=405).

| Tomada dos medicamentos | | Adesão ao tratamento medicamentoso | | p | OR (IC95%) |
|--|-----|------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| | | Não adesão n(%) | Adesão n(%) | | |
| Dificuldade em ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez | Sim | 23 (69,7) | 10 (30,3) | 0,001 | 3,601 (1,665-7,785) |
| | Não | 145 (39,0) | 227(61,0) | | |
| Dificuldade em tomar medicações mais de uma vez ao dia | Sim | (67,6) | 11 (32,4) | 0,001 | 3,259 (1,542-6,886) |
| | Não | 145 (39,1) | 226 (60,9) | | |
| Tratamento não medicamentoso | | | | | |
| Comparecimento às consultas agendadas | Sim | 27 (46,6) | 31 (53,4) | 0,397 | 1,272 (0,728-2,225) |
| | Não | 141 (40,6) | 206(59,4) | | |

| Tomada dos medicamentos | | Adesão ao tratamento medicamentoso | | p | OR (IC95%) |
|--|-----|------------------------------------|----------------|-------|------------------------|
| | | Não adesão n(%) | Adesão n(%) | | |
| Tratamento não medicamentoso | | | | | |
| Prática de atividade física | Sim | 67 (39,6) | 102 (60,4) | 0,502 | 0,871 (0,583-1,303) |
| | Não | 101 (43,0) | 134 (57,0) | | |
| Utilização de bebidas alcóolicas | Sim | 33 (57,9) | 24 (42,1) | 0,007 | 2,169 (1,229-3,830) |
| | Não | 135 (38,8) | 213 (61,2) | | |
| Controle do estresse | Sim | 99 (44,2) | 125 (55,8) | 0,217 | 1,286 (0,862-1,917) |
| | Não | 69 (38,1) | 112 (61,9) | | |
| Alimentação rica em sal | Sim | 33 (49,3) | 34 (50,7) | 0,158 | 1,459 (0,862-2,470) |
| | Não | 135 (39,9) | 203 (60,1) | | |
| Alimentação rica em fritura/Gordura | Sim | 48 (57,8) | 35 (42,2) | 0,001 | 2,309 (1,413-3,771) |
| | Não | 120 (37,3) | 202 (62,7) | | |
| Alimentação pobre em frutas e verduras | Sim | 68 (39,3) | 105 (60,7) | 0,443 | 0,855 (0,573-1,276) |
| | Não | 100 (43,1) | 132 (56,9) | | |
| Acredita que não precisa modificar o estilo de viver | Sim | 84 (41,8) | 117 (58,2) | 0,900 | 1,026 (0,691-1,523) |
| | Não | 84 (41,2) | 120 (58,8) | | |

Fonte: pesquisa Direta, 2015.

Quando analisadas a hipótese de associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso, com a tomada dos medicamentos e o tratamento não medicamentoso de hipertensos, observou-se que as seguintes variáveis apresentaram correlação estatisticamente significativa: ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez, utilização de medicações mais de uma vez ao dia, utilização de bebidas alcóolicas e alimentação rica em fritura/gordura.

Considerando a relação entre as variáveis ingestão de medicamentos e a adesão ao tratamento medicamentoso, encontrou-se que a dificuldade em tomar mais que dois comprimidos, de uma só vez foi encontrada em 69,7% (23) dos que não aderem e apenas em 30,3% (10) dos que aderem ao tratamento.

A dificuldade de utilização de medicações mais de uma vez ao dia foi relatada por 67,6% dos hipertensos que não aderem ao tratamento, enquanto apenas 32,4% dos que aderem expressaram essa dificuldade. Observa-se que a forma de utilização dos medicamentos é um obstáculo relevante para a adesão ao tratamento medicamentoso.

Estudos mostram que cerca de 2/3 dos casos de hipertensão não atingiram a redução dos níveis pressóricos com a monoterapia. A terapêutica combinada de anti-

hipertensivos tem obtido melhores resultados no controle da hipertensão. No entanto, a falta de disponibilidade dessas drogas em uma única apresentação nos serviços públicos tem se revelado como um obstáculo para adesão ao tratamento.³⁰

Entre os que utilizam bebidas alcóolicas, 57,9% (33) não aderem ao tratamento medicamentoso e 42,1% (24) aderem. Já entre os que não utilizam bebidas alcóolicas, 61,2% (213) aderem ao tratamento, enquanto 38,8% (135) não aderem.

Constata-se que houve associação entre a utilização de bebida alcóolica ($p=0,007$) e a não adesão ao tratamento. Quando o hipertenso utiliza bebida alcóolica, há 2,169 vezes mais chance de não adesão ao tratamento.

Em outro estudo com 269 participantes normotensos envolvidos em seis estudos controlados e randomizados, a redução do consumo de álcool foi correlacionada a uma redução de 3,56 mmhg, na pressão arterial sistólica e de 1,80 mmhg, na pressão arterial diastólica.³⁴

O consumo de álcool está associado às alterações de PA dependentes da quantidade ingerida. Há evidências de que existe correlação entre ingestão de álcool em pequena quantidade e a redução da PA, como também, a maior

quantidade de ingestão de etanol eleva a PA, causa resistência ao tratamento anti-hipertensivo e contribui para a maior morbidade e mortalidade cardiovasculares.^{1,31}

Dos que utilizam alimentação rica em fritura/gordura, foi relatado que 57,8% não aderem ao tratamento medicamentoso, enquanto 42,2% aderem ao tratamento medicamentoso. Entre os que negaram utilizar alimentação rica em gorduras/frituras, 62,7% aderem ao tratamento, enquanto 37,3% não aderem.

Com base na Tabela 6, observa-se que houve associação ($p=0,001$) entre as variáveis utilização de alimentação rica em frituras/gorduras e adesão ou não ao tratamento medicamentoso. A utilização de alimentação rica em frituras/gorduras aumenta em 2,309 vezes a chance de não adesão ao tratamento.

O padrão dietético DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura tem importante impacto na redução da PA. Um alto grau de adesão a esse tipo de dieta reduziu em 14% o desenvolvimento de hipertensão.³¹

As variáveis dificuldades no comparecimento às consultas agendadas, prática de atividade física, controle do *stress*, alimentação rica em sal, alimentação pobre em frutas e verduras e crença na necessidade de modificação do estilo de viver não apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p > 0,005$) com adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial.

Fatores relacionados ao serviço de saúde

A Estratégia Saúde da Família está fundamentada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de reorganizar a atenção básica, na lógica da vigilância à saúde. Esta traz uma concepção de trabalho em saúde baseada nos conceitos de qualidade de vida, responsabilização e vínculo entre as equipes e os usuários.

Para qualquer doença crônica, a adesão ao tratamento sofre influência de fatores não só do próprio paciente, como também de suas relações com os profissionais de saúde, incluindo o contexto socioeconômico. Para uma compreensão ampliada do processo saúde/doença, as intervenções não devem se limitar apenas a práticas curativas. A atenção primária ao hipertenso deve ser centrada na família e percebida, a partir de seu ambiente físico e social.

Os serviços de atenção à saúde devem permitir acesso, longitudinalidade, promoção de hábitos saudáveis, controle de agravos, prevenção de complicações e reabilitação. Para tanto, deve haver educação permanente para os recursos humanos, preparando profissionais de saúde

com capacidade de trabalho para desenvolver ações de prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica.³¹

Sobre a participação em grupos de educação em saúde, 59,3% (240) dos hipertensos afirmaram participar desses grupos, enquanto 40,7% (165) negaram participação. Verifica-se que grande parte dos entrevistados não participa de grupos de educação em saúde.

Vários autores apontam o papel da orientação sobre a doença e os cuidados relacionados ao usuário de serviços de saúde. Destaca-se a importância de programas educacionais na mudança de comportamento de hipertensos. Estudos mostram que grupos de hipertensos submetidos a um programa de orientação sistematizado apresentam melhora dos níveis de pressão arterial.²⁹

Quando questionados sobre dificuldade em conversar com os profissionais de saúde, 86,2% (349) negaram ter dificuldades, enquanto 13,8% (56) afirmaram ter dificuldades em conversar com os profissionais da saúde.

A relação do usuário dos serviços com o profissional não se restringe aos programas de educação em saúde, mas abrange a avaliação das condições individuais sociais e ambientais e a adoção de estratégias que auxiliem os indivíduos a adotarem um novo comportamento em relação à doença.²⁹

O acompanhamento dos hipertensos nas unidades de saúde permite incentivar o tratamento e conduz a mudanças de hábitos, o que potencializa a regularização da pressão arterial sistêmica.

Em relação ao atendimento nas UBS, 84,9% (344) dos entrevistados negaram ser mal atendidos na UBS, que fazem atendimento, enquanto 15,1% (61) afirmaram ser mal atendidos. Verifica-se que a maioria dos participantes do estudo tem uma percepção favorável em relação aos serviços prestados nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família.

Vários autores relatam a relevância da qualidade do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde e o relacionamento dos profissionais com os usuários como fatores que devem ser considerados para a adesão ao tratamento.³⁰

Sobre a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, 56,6% (229) afirmaram que não faltam medicamentos, enquanto 43,5% (76) afirmaram que a dispensação de medicação é prejudicada pela falta de medicamentos.

Considerando a necessidade de tratamento crônico da hipertensão arterial, o Sistema Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante de cada uma das cinco principais classes de anti-hipertensivos comumente usados. De acordo com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial,¹ o Sistema

Único de Saúde deve garantir o fornecimento contínuo de, pelo menos, um representante das seguintes classes de medicamentos.

Esses dados sobre o relacionamento do paciente com a equipe de saúde podem contribuir para a identificação dos fatores envolvidos no contexto da não adesão ao tratamento.

Associação entre hábitos e adesão ao tratamento

Tabela 3 - Associação entre hábitos e adesão ao tratamento dos usuários hipertensos da Estratégia Saúde da Família, Floriano, PI, 2015.

| Variáveis | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) (95% C.I. for EXP(B)) |
|---|-------|------|-------|----|-------|---------------------------------|
| Alimentação rica em fritura/gordura | 0,625 | ,264 | 5,579 | 1 | 0,018 | 1,867 (1,112-3,136) |
| Ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez | 1,210 | ,405 | 8,946 | 1 | 0,003 | 3,354 (1,518-7,412) |
| Medicações mais de uma vez ao dia | 1,129 | ,618 | 3,337 | 1 | 0,068 | 3,092 (0,921-10,382) |
| Utilização de bebidas alcoólicas | 0,590 | ,308 | 3,660 | 1 | 0,056 | 1,804 (0,986-3,301) |

Cox & Snell R Square 0,069; Cox & Snell R Square 0,093;
Teste de Hosmer e Lemeshow (Chi-quadrado 0,308, p=0,958).

Fonte: dados da pesquisa.

Após a análise bivariada, foi realizada uma regressão logística entre as variáveis que apresentaram significância. A regressão mostrou que apenas duas variáveis mantiveram associação com a adesão ao tratamento medicamentoso. A alimentação rica em fritura/gordura aumenta em

Quando se analisou a associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso com variáveis relacionadas ao serviço de saúde e atividade física de hipertensos, observou-se que essas variáveis não apresentaram correlação estatisticamente significativa ($p > 0,05$) com a adesão ou não ao tratamento.

1,867 vezes as chances para a não adesão ao tratamento medicamentoso. A ingestão de mais que dois comprimidos de uma só vez aumenta em 3,354 vezes as chances para não adesão ao tratamento medicamentoso.

DISCUSSÃO

Verificou-se que, no perfil sociodemográfico dos hipertensos, são representativos o sexo feminino, o número de idosos, a baixa escolaridade, a cor parda (autodeclarada), renda menor ou igual a 2 salários mínimos e o estado civil casado. Resultados similares sobre o perfil dos hipertensos foram encontrados em uma pesquisa desenvolvida, no município de São Francisco do Piauí, no ano de 2010.³⁶

Considerando a adesão ao tratamento da hipertensão arterial, observou-se que a maioria dos hipertensos adere ao tratamento, no entanto, um percentual significativo de hipertensos não segue as orientações para o controle de hipertensão.

Em relação ao tratamento não medicamentoso parce-

la relevante dos entrevistados informou que não falta às consultas agendadas, mantém regularidade das práticas de atividade física, não consome bebidas alcoólicas, não consome alimentação rica em gorduras. Em relação à ingestão regular de frutas e verduras, a maioria dos entrevistados negou ter uma rotina alimentar pobre em frutas e verduras.

Quanto à dificuldade no controle do *stress*, os dados entre quem tem dificuldade para o controle e aqueles que não têm se revelaram muito próximos. A investigação sobre as modificações no estilo de viver – que é um dos aspectos relevantes para o tratamento da hipertensão arterial – mostrou que metade dos entrevistados acredita que não precisa modificar o estilo de viver, a outra metade aponta a necessidade de fazer modificações nos hábitos

peçoais.

A maioria dos hipertensos acredita que há disponibilidade de local apropriado para prática de atividade física. Quando analisados a hipótese de associação entre a adesão ao tratamento medicamentoso, com a tomada dos medicamentos e o tratamento não medicamentoso de hipertensos, observou-se que as seguintes variáveis apresentaram correlação estatisticamente significativa: ingerir mais que dois comprimidos de uma só vez, utilização de medicações mais de uma vez ao dia, utilização de bebidas alcóolicas e alimentação rica em fritura/gordura.

Considerando a relação entre as variáveis ingestão de medicamentos e a adesão ao tratamento medicamentoso, encontrou-se que a dificuldade em tomar mais que dois comprimidos de uma só vez foi encontrada na maioria dos pacientes dos que não aderem. Constata-se que houve associação entre a utilização de bebida alcóolica ($p=0,007$) e a não adesão ao tratamento. Quando o hipertenso utiliza bebida alcóolica, há mais chances de não adesão ao tratamento.

Observa-se que houve associação ($p=0,001$) entre as variáveis utilização de alimentação rica em frituras/gorduras e adesão ou não ao tratamento medicamentoso. A utilização de alimentação rica em frituras/gorduras aumenta em 2,309 vezes a chance de não adesão ao tratamento.

Verifica-se que grande parte dos entrevistados participa de grupos de educação em saúde, e não referem dificuldades em conversar com os profissionais de saúde.

Sobre a falta de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde, a maioria informou que a dispensação de medicação é prejudicada pela falta de medicamentos. Após a análise bivariada, foi realizada uma regressão logística entre as variáveis que apresentaram significância.

A regressão mostrou que apenas duas variáveis mantiveram associação com a adesão ao tratamento medicamentoso. A alimentação rica em fritura/gordura aumenta em 1,867 vezes as chances para a não adesão ao tratamento medicamentoso. A ingestão de mais que dois comprimidos de uma só vez aumenta em 3,354 vezes as chances para não adesão ao tratamento medicamentoso.

Quanto às dificuldades para a tomada dos medicamentos em análises generalizadas, a maioria dos hipertensos negou dificuldades em ingerir mais que dois comprimidos de uma vez. No entanto, em análises mais apuradas, verificou-se que, entre os hipertensos que não aderem ao tratamento, as principais causas apontadas são o número de medicamentos e a quantidade de doses tomadas durante o dia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos usuários hipertensos atendidos nos serviços de atenção básica adere ao tratamento da hipertensão, apesar de uma parcela significativa informar hábitos que revelam não aderir. Entre os fatores que obstaculizam a adesão ao tratamento, destaca-se a ingestão de medicamentos em várias doses durante o dia e a dificuldade de restrição às gorduras na alimentação diária.

A adesão ao tratamento de uma doença requer a compreensão do paciente sobre as alternativas terapêuticas e a participação ativa do hipertenso nas decisões sobre o tratamento. No entanto, deve-se atentar para as limitações financeiras de grande parte da população brasileira, que dificultam o acesso a medicações anti-hipertensivas e as apresentações condensadas em dose única, muitas vezes prescritas, ainda não estão disponíveis em rede pública, como também o difícil acesso à alimentação adequada, que proporcione substituições aos alimentos, que são danosos à saúde do hipertenso.

Portanto, esta investigação sobre os hábitos dos hipertensos constitui um diagnóstico relevante para a compreensão das dificuldades para adesão ao tratamento e para o adequado seguimento da terapêutica, contribuindo para integralidade e resolutividade da atenção à saúde.

O estudo oferece possibilidades de futuros desdobramentos, por meio da implementação de projetos de intervenção, que visem acompanhar os hipertensos, através de apropriados programas de educação para a saúde ou, ainda, simplesmente, conduzir a uma alteração dos moldes da comunicação entre o profissional de saúde e o usuário dos serviços de saúde, de forma a potencializar os serviços de apoio ao tratamento. Poderá ser proposto um programa multidisciplinar com profissionais das áreas da cardiologia, nutrição, educação física, enfermagem, serviço social e psicologia para aumentar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica.

REFERÊNCIAS

1. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95(1):1-51.
2. Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do Bairro Joaquim Romão – Jequié/BA. *Rev Saúde Com.* 2006; 2(1):10-38.
3. Gusmão JL, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(1):23-25.
4. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr. A influência do

- conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003; 81 (4):343-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2006: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2009: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.* Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
7. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por hipertensos. *Acta Paul de Enferm.* 2010; (23):782-787.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2002.
9. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.
10. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1):35-38.
11. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 13(Suppl. 2):2299-306.
12. Haynes RB. *Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment.* Baltimore MD, Johns Hopkins University Press; 1979.
13. Rand CS. Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. *Am J Cardiol.* 1993; 72:68D-74D.
14. Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion Jr. D. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar.* São Paulo: Ed. Manole; 2004. p. 275-89.
15. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Colet* 2003; 8(3):775-782.
16. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.* 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A população do Piauí possui um dos menores indicadores sociais do país. Censo 2010. [Citado 2015 mar. 03]. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/brasil/populacao-piaui.htm>>.
18. Thompson SK. *Sampling.* New York: John Wiley; 1992. 343p.
19. Borges PW, José. Instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: desenvolvimento e validação de conteúdo [dissertação]. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2012.
20. Melchior AC, Correr CJ, Fernández-llimos F. Translation and Validation into Portuguese Language of the Medication Regimen Complexity Index. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia.* 2007; (89):191-196.
21. R Core Team (2014). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Available from: <<http://www.R-project.org/>>.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012; aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2012.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009.
24. Monteiro PC, Santos FS, Fornazari PA, Cezarino CB. Características biopsicossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. *Arq Ciênc Saúde.* 2005 abr./jun.; 12(2):73-9.
25. Carlos PR, Palha PF, Veiga EV, Beccaria LM. Perfil do

hipertensos em um núcleo de saúde da família. *Arq Ciênc Saúde*. 2008; 15(4):176-81.

26. Lessa I, Fonseca J. Raça, Aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 1997; 68(6):443-449.

27. Brasil. Ministério da Saúde. Indicadores de saúde do país. [Citado 2015 jul. 11]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_do_sus.pdf>.

28. Brasil. Ministério da Saúde. VIGITEL 2014. Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônicos. [Citado 2015 jul. 11]. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf>.

29. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Latino-Am Enfermgem*. 2009 mar./abr. [Citado 2015 jun. 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_10.pdf>.

30. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Hipertens*. 2004; 7(3):90-3. 4.

31. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Socied Bras de Hipertens*. 2006; 9(4):121-57.

32. Dusing R, Weisser B, Mengden T, Vetter H. Changes in antihypertensive therapy – the role of adverse effects and compliance. *Blood Press* 1998; 7(5-6):313:5.

33. Serrano Jr. CV, Sobral Filho DC. Como tratar hipertensão arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2008.

34. Krieger EM (Coord.) Hipertensão arterial: bases fisiopatológicas e prática clínica. São Paulo: Editora Atheneu; 2013.

35. Santello, et al. Liga de hipertensão: reavaliação de adesão após uma década. Tema livre, XVIII Congresso Brasileiro de Nefrologia. São Paulo. 1996 out.

36. Rocha ML, Cronemberger MS, Becker N, Luz R. Baixa detecção de hipertensão arterial no município de São Francisco do Piauí. In: Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil). Aperfeiçoamento em Gestão da Atenção Primária em Saúde. Projeto AGAP/ /Conselho Na-

cional de Secretários de Saúde. Brasília; 2011.

Submissão: setembro de 2015

Aprovação: outubro de 2015
