

Educação em Saúde

## Adesão terapêutica a agentes anti-hipertensivos, em pacientes atendidos pela rede de atenção básica de São Luís/Brasil

*Therapeutic adhesion to antihypertensive agents in patients attended by the basic attention network of São Luís / Brasil*

*Adhesión a la terapéutica a agentes anti-hipertensivos, en pacientes atendidos por la red de atención básica en Brasil*

SOUSA, Wandson Rodrigues<sup>1</sup>; BELFORT, Ilka Kassandra Pereira<sup>1</sup> \*; FERNANDES, Mauricio Avelar<sup>1</sup>; MONTEIRO, Sally Cristina Moutinho<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal do Maranhão, São Luis, Maranhão, Brasil.

\* [ilkabelfort@gmail.com](mailto:ilkabelfort@gmail.com)

**Resumo. Introdução:** Apesar dos avanços obtidos no tratamento da hipertensão arterial, a não adesão terapêutica tem sido identificada como um importante fator de risco para a falta de controle da pressão arterial e insucesso terapêutico. **Objetivo:** Avaliar as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o controle da pressão arterial, em pacientes hipertensos atendidos pela estratégia de saúde da família de São Luís/MA. **Métodos:** Estudo transversal realizado por meio de aplicação de entrevista e mensuração da pressão arterial em domicílio. Para avaliação da adesão utilizou-se a escala MMSA-8. Foram considerados aderentes os pacientes com pontuação igual a 8 na MMSA-8. **Resultados:** Foi selecionada uma amostra de 100 hipertensos, com média de idade igual a 61,5 ( $\pm 11,7$ ) anos e predominância do sexo feminino (71%). As médias da pressão arterial (mmHg) sistólica e diastólica foram 150 e 94, respectivamente, e apenas 20% dos pacientes apresentava pressão arterial controlada. Foi possível ainda observar baixa taxa de adesão terapêutica (18%), e elevadas taxas de inatividade física (84%) entre os participantes. **Conclusões:** Este estudo demonstrou uma baixa prevalência de adesão medicamentosa na população estudada. **Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão. Escala MMSA-8. Atenção Básica. Atenção Primária à saúde.

**Abstract. Introduction:** Despite advances in the treatment of hypertension, nonadherence has been identified as an important risk factor for lack of control of blood pressure and therapeutic failure. **Objective:** To evaluate the rates of adherence to antihypertensive treatment and control of blood pressure in hypertensive patients attended by the family health strategy in São Luís/MA. **Methods:** This is a cross-sectional study carried through an interview and blood pressure measurement at home. The MMSA-8 scale, translated and validated in Portuguese, was used to evaluate the treatment adherence. Patients with a score of 8 on MMSA-8 were considered adherent. **Results:** A sample of 100 hypertensive patients were selected, with a mean age of 61.5 ( $\pm 11.7$ ) years and female predominance (71%). Mean systolic and diastolic blood pressure (mmHg) were 150 and 94, respectively, and only 20% of the patients had controlled blood pressure. It was also possible to observe low rate of therapeutic adherence (18%), and high rates of physical inactivity (84%) among participants. **Conclusions:** This study demonstrated a low prevalence of drug adherence in the study population. **Keywords:** Hypertension. Adherence to treatment. Scale MMSA-8. Basic Attention. Primary Health Care.

**Resumen. Introducción:** A pesar de los avances obtenidos en el tratamiento de la hipertensión, la no adhesión terapéutica ha sido identificada como un importante factor de riesgo para la falta de control de la presión arterial y el fracaso terapéutico. **Objetivo:** Evaluar las tasas de adhesión al tratamiento antihipertensivo y el control de la PA, en pacientes hipertensos atendidos en una unidad de la red de atención primaria en Brasil. **Metodología:** Se trata de un estudio transversal realizado por medio de la aplicación de entrevista e medidas de la presión arterial en el domicilio. Para evaluar la adhesión al tratamiento se utilizó la escala MMSA-8. **Resultados:** Fue seleccionada una muestra de 100 hipertensos, con media de edad igual a 61,5 ( $\pm 11,7$ ) años y predominantemente el sexo femenino (71%). Las medias de la presión arterial (mmHg) sistólica y diastólica fueron 150 y 94 respectivamente, y apenas el 20% de los pacientes presentaron presión arterial controlada. Fue posible además observar baja tasa de adhesión terapéutica (18%), y elevadas tasas de inactividad física (84%) entre los pesquisados. **Conclusiones:** La baja adhesión al tratamiento se presenta como una de las principales consecuencias a la falla en el control de la presión arterial. **Palabras-clave:** Hipertensión Arterial. Adhesión. Escala MMSA-8. Atención Básica. Atención Primaria a la salud.

## 1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT) com elevada prevalência e baixas taxas de controle; representando ainda um dos principais fatores de risco associada ao desenvolvimento das doenças cardiovasculares (DCV). Além disso, a hipertensão arterial possui elevados custos socioeconômicos, tendo em vista que, a mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial (PA) a partir de 115/75 mmHg de forma linear e independente<sup>(1)</sup>.

Embora nas últimas décadas tenha se conseguido avanços significativos que melhoraram o diagnóstico e tratamento das doenças crônicas como a hipertensão arterial, a não adesão terapêutica tem representado um grande desafio, para que se consiga garantir o sucesso dos tratamentos e assegurar a qualidade de vida dos pacientes. Estima-se que a não adesão alcance uma taxa de 50% em pessoas portadoras de doenças crônicas nos países desenvolvidos, e que estes indicadores de baixa adesão apresentem-se mais preocupantes nos países em desenvolvimento, dada a fragilidade dos sistemas de saúde, a escassez de recursos e as desigualdades de acesso aos cuidados em saúde<sup>(2)</sup>. Cerca de 41% dos hipertensos apresentam-se não aderentes ao tratamento<sup>(3)</sup>. Mesmo em países desenvolvidos, menos de 25% dos pacientes possuem níveis controlados da PA, e mais de 50% dos que são diagnosticados abandonam o tratamento no primeiro ano<sup>(4)</sup>.

Neste sentido, a não adesão à terapia medicamentosa é considerada uma das principais causas para a falta de controle da PA. No entanto, a mensuração do grau de adesão terapêutica nem sempre é fácil de ser avaliada, pois os métodos diretos como dosagens de metabólitos, ou terapias de observação direta são difíceis de aplicar, dispendiosos e passíveis de erros<sup>(5)</sup>. Desta forma, um dos métodos indiretos mais utilizados é a Escala de Morisky de oito itens (MMAS-8), pois trata-se de um instrumento validado, de boa confiabilidade e prático de se aplicar em ambientes clínicos<sup>(6)</sup>.

Neste contexto, o objetivo do estudo foi avaliar as taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos atendidos pela estratégia de saúde da família de São Luís/Brasil, utilizando a escala de Morisky versão de oito itens.

## 2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), sob número 438/2010 e CAAE: 16135513.3.0000.5086. Trata-se de uma pesquisa observacional de corte transversal com pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados no Programa do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS-HIPERDIA), atendidos por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da rede de atenção primária brasileira, vinculada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), em São Luís, Maranhão.

A ESF atende um total de 1200 famílias, nas quais 257 usuários são cadastrados como hipertensos. Durante o período do trabalho todos os pacientes ambulatoriais hipertensos que foram à consulta com a enfermagem foram identificados como potenciais candidatos para o estudo. Quanto aos critérios de inclusão utilizou-se: maiores de 18 anos e estar cadastrado e acompanhado no SIS-HIPERDIA. Além disso, precisavam preencher três ou mais dos critérios descritos a seguir: frequentar a UBS regularmente (pelo menos uma vez por mês), possuir medicação anti-hipertensiva prescrita, ser polimedicado (utilização de 5 ou mais medicações simultâneas), possuir co-morbidades e história de inefetividade da terapêutica medicamentosa<sup>(7)</sup>

Os critérios de exclusão, consultados nos prontuários, foram: causas secundárias identificadas (diagnosticada) de hipertensão (tais como a doença renal crônica, feocromocitoma, síndrome de Cushing), indivíduos com função cognitiva reduzida que impossibilite a leitura e entendimento dos questionários, indivíduos acamados e/ou institucionalizados no momento da aplicação dos questionários (hospitalizados, asilos ou privados de liberdade) e ter perdido um ou mais encontros durante o período do estudo.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos pacientes a fim de se reduzir as interferências ocasionadas pelo efeito do jaleco branco. Os entrevistadores foram previamente treinados, e acompanhados durante a visita domiciliar por um agente de saúde da ESF. As visitas domiciliares e entrevistas foram agendadas e realizadas segundo cronograma de visitas da ESF.

A adesão medicamentosa representou a variável dependente investigada, sendo esta avaliada através da aplicação da Escala de Morisky (MMSA-8), testada e validada em português<sup>(8)</sup>. A escala MMSA-8 é composta por sete 7 questões dicotômicas (sim/não), e uma única pergunta graduada (Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre). O grau de adesão terapêutica foi determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos)<sup>(9)</sup>. Nesse estudo, foram considerados aderentes apenas os usuários que obtiveram pontuação igual a 8,0 (alta adesão) na escala MMSA-8.

Quanto as variáveis independentes, estas foram avaliadas através de questionário semiestruturado e validado, que investigou:

- Variáveis sociodemográficas - gênero, idade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar e cor autodeclarada;
- Hábitos de vida - prática de atividade física, etilismo e tabagismo;
- Patologia - auto percepção da saúde, tempo de diagnóstico, associação com outras comorbidades;
- Medicamento - número de medicamentos, número de tomadas diárias, forma de aquisição;
- Controle da PA - foi realizado a aferição da pressão arterial seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Hipertensão<sup>(1)</sup>.

Para as análises dos dados foram usados os testes estatísticos Qui-quadrado para testar a influência das variáveis independentes entre os usuários aderentes e não aderentes e o teste T de Student para comparação entre as médias da PA, utilizando programa estatístico Stata (12.0)®. Os dados foram considerados significativos quando  $p < 0,05$  com intervalo de confiança de 95%.

## 3 RESULTADOS

Foram entrevistados 100 pacientes hipertensos, os quais apresentaram média de idade igual a 61,5 ( $\pm 11,7$ ) anos, havendo uma predominância do sexo feminino (71%). Entre os participantes 55% se autodeclararam pardos, seguidos de 38% de pretos. Em relação ao estado conjugal os casados (38%) representaram o grupo de maior prevalência.

Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que quase metade (48%) dos indivíduos possui apenas o Ensino Fundamental Incompleto, seguidos por 21% de Analfabetos. A renda familiar mais frequente situou-se entre  $\frac{1}{2}$  até 1 salário mínimo (R\$ 724,00 para o período do estudo) representando 42% dos indivíduos. Nas avaliações acerca dos hábitos de vida, a não realização atividade física foi relatada por 84% dos indivíduos, enquanto que o tabagismo e consumo de álcool foi relatado por 10% e 20% respectivamente (Tabela 1).

**Tabela 1.** Caracterização geral das variáveis sociodemográficas e hábitos de vida dos hipertensos, de uma unidade de saúde da família na rede de atenção primária do Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
<b>Faixa etária (anos)</b>		
30 – 45	13	13,0
46 – 60	31	31,0
61 – 75	46	46,0
76 – 89	10	10,0
<b>Gênero</b>		
Masculino	29	29,0
Feminino	71	71,0
<b>Cor Autodeclarada</b>		
Branco	12	12,0
Preta	30	30,0
Pardo	55	55,0
Amarelo	1	1,0
Indígena	2	2,0
<b>Grau de instrução</b>		
Ensino Fundamental completo	16	16,0
Ensino Fundamental incompleto	48	48,0
Ensino Médio completo	10	10,0
Ensino Médio incompleto	4	4,0
Analfabeto	21	21,0
Alfabetizado	1	1,0
<b>Renda familiar</b>		
< ½ salário	6	6,0
½ a 1 salário	42	42,0
1,1 a 2 salários	36	36,0
> 2,1 salários	10	10,0
Sem renda	6	6,0
<b>Situação conjugal</b>		
Solteiro	29	29,0
Casado	38	38,0
Viúvo	20	20,0
Divorciado	5	5,0
União estável	8	8,0
<b>Prática atividade física</b>		
Sim	16	16,0
Não	84	84,0
<b>Etilista</b>		
Sim	20	20,0
Não	80	80,0
<b>Tabagista</b>		
Sim	10	10,0
Não	90	90,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Dentre as variáveis relacionadas a percepção de saúde e a terapêutica medicamentosa, verificou-se que 66% dos participantes não se consideraram saudáveis, e que 32% apresentaram tempo de diagnóstico de HA entre 1 a 5 anos. A associação da hipertensão com o diabetes foi observada em 38% dos indivíduos. O número médio de medicamentos prescritos por paciente foi 3,1 ( $\pm 1,8$ ), apresentando maior frequência de pacientes que tomavam entre 2 a 4 medicamentos diariamente, representando 65% dos entrevistados (Tabela 2).

**Tabela 2.** Caracterização geral das comorbidades associadas à hipertensão arterial e uso de medicamentos em pacientes hipertensos atendidos por uma unidade de saúde da família na rede de atenção primária do Brasil, 2015.

Variáveis	N	%
<b>Saudável</b>		
Sim	34	34,0
Não	66	66,0
<b>Diabético e Hipertenso</b>		
Sim	38	38,0
Não	62	62,0
<b>Outras comorbidades e Hipertensão</b>		
Sim	17	17,0
Não	83	83,0
<b>Tempo de diagnóstico da hipertensão (anos)</b>		
< 1	7	7,0
≥ 1 a 5	32	32,0
≥ 5 a 10	26	26,0
≥ 10 a 15	14	14,0
≥ 15	20	20,0
Não informado	1	1,0
<b>Número de medicamentos</b>		
0 a 1	19	19,0
2 a 4	65	65,0
5 a 8	12	12,0
<b>Número de tomadas / dia</b>		
0 a 1	11	11,0
2 a 4	57	57,0
5 a 8	24	24,0
9 a 10	5	5,0
≥ 10	3	3,0
<b>Aquisição</b>		
Compra	47	47,0
Recebe	30	30,0
Compra/Recebe	23	23,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100,0</b>

Em relação aos medicamentos anti-hipertensivos, as classes terapêuticas mais prescritas foram os bloqueadores do receptor AT<sub>1</sub>, com 41 (28,13%) das prescrições, sendo a losartana (26,03%) o fármaco mais utilizado. Os diuréticos tiazídicos apresentaram um total 36 (24,71%) prescrições, nas quais a hidroclorotiazida (22,61%) representou quase que a totalidade. Por sua vez, os inibidores Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) exibiram 28 (19,18%) prescrições, sendo o enalapril (10,27%) e o captopril (8,91%) os fármacos mais utilizados. Foi possível verificar ainda que apenas 16 (11,11%) prescrições utilizaram fármacos combinados de dose fixa, sendo a combinação de losartana e hidroclorotiazida (3,43%) a mais prescrita.

Quando analisados os níveis pressóricos, a população apresentou níveis tensionais sistólicos com média de 145,85 ( $\pm 22,36$ ) mmHg, enquanto que os níveis diastólicos apresentaram uma média de 92,15 ( $\pm 17,47$ ). Quanto ao controle da pressão arterial, apenas 20% dos entrevistados apresentaram PA controlada (PA < 140/90 mmHg) (dados não tabelados).

As respostas a escala MMAS-8 foram examinadas e um total de 18% de pacientes apresentou-se aderente à terapêutica, enquanto que 82% dos hipertensos não são aderentes. Quanto testada à relação entre a adesão e as variáveis sociodemográficas e hábitos de vida da população, não foi possível encontrar associação significativa entre as variáveis (Tabela 3).

**Tabela 3.** Variáveis sociodemográficas e hábitos de vida associados à adesão terapêutica a anti-hipertensivos a partir da escala de Morisky (MMAS-8) em pacientes hipertensos atendidos por uma unidade de saúde da família na rede de atenção primária do Brasil, 2015.

VARIÁVEIS	MMAS-8 <sup>1</sup>				p-valor ¥
	Aderentes		Não aderentes		
	N	%	n	%	
<b>Faixa etária (anos)</b>					
30 – 45	1	5,6	11	13,6	0,600
46 – 60	5	27,8	26	32,1	
61 – 75	9	50,0	37	45,7	
76 – 89	3	16,6	7	8,6	
<b>Gênero</b>					
Masculino	5	27,8	24	29,3	0,900
Feminino	13	72,2	58	70,7	
<b>Cor autodeclarada</b>					
Branco	1	5,6	11	13,4	0,204
Preta	5	27,8	25	30,5	
Negra	11	61,1	44	53,7	
Amarelo	1	5,5	-	-	
Indígena	-	-	2	2,4	
<b>Grau de instrução</b>					
Ensino Fundamental completo	5	27,7	11	13,4	0,248
Ensino Fundamental incompleto	10	55,5	38	46,3	
Ensino Médio completo	1	5,6	9	11,0	
Ensino Médio incompleto	1	5,6	3	3,7	
Analfabeto	1	5,6	20	24,4	
Alfabetizado	-	-	1	1,2	
<b>Renda familiar</b>					
Até 1/2 salário	1	5,6	5	6,1	0,170
½ a 1 salário	6	33,3	36	43,9	
1,1 a 2 salários	7	38,9	29	35,4	
> 2,1 salários	4	22,2	6	7,3	
Sem renda	-	-	6	7,3	
<b>Situação conjugal</b>					
Solteiro	4	22,2	25	30,5	0,09
Casado	7	38,9	31	37,8	
Viúvo	3	16,7	17	20,7	
Divorciado	3	16,7	2	2,4	
União estável	1	5,5	7	8,6	
<b>Prática atividade física</b>					
Sim	2	11,1	14	17,1	0,871
Não	16	88,9	68	82,9	
<b>Etilista</b>					
Sim	4	22,2	16	17,1	0,795
Não	14	77,8	66	80,5	
<b>Tabagista</b>					
Sim	2	11,1	8	9,8	0,862
Não	16	88,9	74	90,2	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>18,0</b>	<b>82</b>	<b>82,0</b>	

<sup>1</sup>Morisky Medication Adherence Score, ¥ Chi quadrado.

Não foi encontrada ainda associação entre adesão terapêutica e as variáveis relacionadas terapia medicamentosa e as comorbidades associadas à hipertensão (Tabela 4). Em relação ao controle da pressão arterial, embora os usuários não aderentes com pressões não controladas apresentem uma tendência à manutenção de PA mais elevadas que os aderentes, não foi possível encontrar associação estatisticamente significativa entre esses indicadores (Tabela 5).

**Tabela 4.** Comorbidades e dados do tratamento medicamentoso associados à adesão terapêutica a anti-hipertensivos a partir da escala de Morisky (MMAS-8) em pacientes hipertensos atendidos por uma unidade de saúde da família na rede de atenção primária do Brasil, 2015.

Variáveis	MMAS-8 <sup>1</sup>				p-valor ¥
	Aderentes		Não aderentes		
	n	%	n	%	
<b>Saudável</b>					
Sim	5	27,8	29	35,36	0,538
Não	13	72,2	53	64,63	
<b>Hipertenso e Diabético</b>					
Sim	9	50,0	29	36,71	0,214
Não	9	50,0	50	63,29	
<b>Número de medicamentos</b>					
Não toma 1 a 4 medicamentos	0	0,0	3	3,7	0,604
5 a 8 medicamentos	14	77,7	69	84,2	
> 9 medicamentos	3	16,7	8	9,8	
1	1	5,5	2	2,4	
<b>Tempo de diagnóstico da hipertensão (anos)</b>					
< 1	1	5,5	12	14,6	0,074
≥ 1 a 5	8	44,4	17	20,7	
≥ 5 a 10	1	5,6	25	30,5	
≥ 10 a 15	1	5,6	2	2,4	
≥ 15	7	38,9	25	30,5	
Não informado	0	0,0	1	1,22	
<b>Número de tomadas / dia</b>					
Não toma 1 a 4 medicamentos	0	0,0	3	3,7	0,786
5 a 8 medicamentos	12	66,7	56	68,3	
> 9 medicamentos	5	27,8	17	20,7	
1	1	5,5	6	7,3	
<b>Aquisição</b>					
Compra	7	38,9	40	48,8	0,752
Recebe	6	33,3	24	29,2	
Compra/Recebe	5	27,8	18	22,0	
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>18,0</b>	<b>82</b>	<b>82,0</b>	

<sup>1</sup>Morisky Medication Adherence Score, ¥ Chi quadrado.

**Tabela 5.** Controle da pressão arterial associado à adesão a terapêutica com anti-hipertensivos a partir da escala de Morisky (MMAS-8), em pacientes hipertensos atendidos por uma unidade de saúde da família na rede de atenção primária do Brasil, 2015.

Variáveis	MMAS-8 <sup>1</sup>				Valor de p
	Aderentes		Não aderentes		
	N	%	n	%	
<b>PAS<sup>2</sup></b>					
≥ 140 mmHg	13	72,22	57	69,51	0,820 ¥
MD±DP (mmHg)	141,17±16,76		150±17,72		0,1823 †
<b>PAD<sup>3</sup></b>					
≥ 90 mmHg	5	27,78	25	30,49	0,363 ¥
MD±DP (mmHg)	90,58±25,31		98,57±17,26		0,4709 †
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>18,0</b>	<b>82</b>	<b>82,0</b>	

<sup>1</sup>Morisky Medication Adherence Score, PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; MD: média; DP: desvio padrão; ¥ Chi quadrado; † teste T de Student.

#### 4 DISCUSSÃO

Dados da literatura demonstram que menos de 25% dos pacientes hipertensos alcançam os valores alvo de pressão arterial<sup>(4)</sup> e a não-adesão à medicação é amplamente reconhecida como um importante problema de saúde pública e contribui para custos de morbidade, mortalidade e à saúde dos pacientes<sup>(5,8)</sup>.

O presente estudo incluiu hipertensos que mantiveram características de distribuição de sexo e idade semelhantes à da população cadastradas no programa Hipertensão, onde prevalecem mulheres e idosos. A expressiva presença feminina tem sido frequentemente relatada pela literatura<sup>(7,10,11)</sup>, podendo estes resultados ser reflexo diretos do crescimento de 9,1% para 11,3% da população idosa (> 60 anos) brasileira, sendo as mulheres a grande maioria<sup>(10)</sup>. Destaca-se ainda o fato de que as mulheres e idosos tenderem procurar mais por serviços de saúde, este dado torna-se notavelmente importante para o planejamento e atendimento ao hipertenso, com ações direcionadas a aproximação com as populações menos prevalentes como os homens e os jovens.

A adesão global a medicação neste estudo foi 18%. Se considerarmos apenas estudos de adesão terapêutica que utilizam a escala MMSA-8 como instrumento de mensuração, de modo geral foi observada baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, que variaram entre 19,7% e 54,3%<sup>(8-10)</sup>. No entanto, em outro estudo realizado<sup>(11)</sup> verificou-se taxas de adesão iguais a 65,1%, podendo isso ocorrer devido à diferentes critérios metodológicos, visto que estes adotaram pontuação  $\geq 6$  na MMSA-8 (média adesão medicamentosa) para incluir os hipertensos no grupo aderente. Porém, sabe-se que a não adesão medicamentosa eleva o risco de controle ineficaz da pressão arterial e consequentemente maior risco cardiovascular, sendo assim, uma adesão medicamentosa parcial ( $\geq 6$  na MMSA-8) deve ser avaliada com cautela e com inferências pontuais, principalmente em população de risco cardiovascular.

Desta forma, é possível inferir que diferentes taxas de adesão encontrada nos estudos podem ser resultantes de vários fatores, como desenho do estudo, tipos de população e amostragem, ponto de corte na classificação de aderente ou não a medicação, método de mensuração da adesão e na distribuição do perfil sócio demográfico do país.

A baixa adesão observada neste estudo, embora não tenha apresentado relações significativas com as variáveis estudadas, podem ser resultantes de outras condições a serem investigadas como os fatores culturais que costumam influenciar diretamente a adesão. A descrença na terapêutica adotada ou na eficácia dos medicamentos prescritos são causas importantes de não adesão<sup>(12)</sup>. As reações adversas aos medicamentos, a relação entre os usuários e os sistemas de saúde constituem também causas de não adesão<sup>(12)</sup>; a cronicidade e a falta de sintomatologia também podem explicar a baixa adesão observada<sup>(13)</sup>, uma vez que alguns usuários citaram reações adversas e desconfortos ao utilizar a medicação prescrita; bem como o tempo de utilização do medicamento e a falta de sintomas (p. ex.: dores de cabeça e pressão na nuca).

A baixa adesão ao tratamento da hipertensão apresenta como uma de suas principais consequências à falha no controle da PA<sup>(7)</sup>. Quando analisadas o controle da PA foi possível verificar que apenas 20 % dos indivíduos apresentavam-se controlados; estes dados de controle tensional corroboram com vários outros estudos, onde foi encontrado apenas 34,1 % de pacientes com PA controlada<sup>(7)</sup>, em outros estudos foram encontrados taxas de descontrole da PA entre pacientes em tratamento variando entre 10% à 52,4%<sup>(14)</sup>. Verificou-se também nessa investigação, que embora as médias entre a pressão arterial sistólica e a diastólica entre os grupos aderentes e não aderentes não

apresentaram diferenças significativas, houve uma tendência do grupo não aderente a apresentarem maiores níveis tensionais, o que implica na elevação dos riscos cardiovasculares, visto que a literatura relata de forma contundente a relação entre o aumento da PA e o acréscimo do risco cardiovascular de forma linear e contínua<sup>(15)</sup>.

Embora, alguns estudos com diferentes populações tenham encontrado relação entre o aumento da idade e maiores taxas de adesão a terapia<sup>(11,16)</sup> e outros tenham relacionado à baixa adesão a fatores como o status econômico e a situação conjugal dos indivíduos<sup>(17)</sup>. Nos resultados obtidos no presente estudo, a adesão não demonstrou relação significativa com os determinantes sociodemográficos<sup>(7,18,19)</sup>.

Em relação ao tabagismo (10%) e etilismo (20%), estas variáveis apresentaram prevalências semelhantes às observadas por Raymundo e Pierin<sup>(20)</sup> onde se encontrou de 3,5% de tabagistas e 10,2% de etilistas e ainda por Figueiredo e Asakura<sup>(21)</sup> com prevalências de 5,6% e 16,7% de tabagistas e etilistas respectivamente. Além disso, o predomínio do sexo feminino associado à elevada faixa etária podem ter sido responsáveis pelas baixas taxas de tabagismo e etilismo encontradas. Uma vez que, investigações acerca dos padrões de uso de álcool e tabaco na população brasileira tem evidenciado um maior consumo entre os homens<sup>(22,23,24)</sup>.

A inatividade física representou o principal fator de risco relacionado ao estilo de vida nos participantes. Outros estudos apontam resultados nos quais o sedentarismo variou de 57% a 96,8% entre hipertensos<sup>(7,23,19)</sup>. A maioria dos estudos tem demonstrado um significativo nível de sedentarismo entre os hipertensos, aumentando assim os riscos de eventos cardiovasculares, diminuindo qualidade de vida e dificultando o controle da PA, uma vez que a atividade física apresenta efeitos cardioprotetores, melhoram o metabolismo e diminuem os níveis pressóricos independente do efeito da redução de peso<sup>(25)</sup>.

Em relação aos anti-hipertensivos mais prescritos, os resultados encontrados apresentaram-se em conformidade com os achados de autores<sup>(7)</sup> no qual a média de prescrição foi igual a 3,1 ( $\pm 1,6$ ), com maiores prescrições de hidroclorotiazida (53,3%), captopril (49,9%), propranolol (14,3%), enalapril (12,1), e losartana (4,9%). No presente estudo, observou-se ainda que a losartana (26,03%) foi o anti-hipertensivo mais prescrito, sugerindo uma maior preocupação por parte dos prescritores com a proteção renal no tratamento anti-hipertensivo.

Vale ressaltar que embora o número de medicamentos e sua posologia não tenha sido relacionada à adesão medicamentosa, a baixa adesão apresenta-se frequentemente associada à complexidade dos esquemas terapêuticos, representados principalmente pelo elevado número de medicamentos prescritos<sup>(15,26)</sup>. A prescrição de fármacos combinados de dose fixa (11,11%) foi pouco utilizada pelos prescritores, sendo que esta é uma importante estratégia para melhorar a adesão, simplificando o tratamento principalmente pela redução do número de medicamentos e da frequência de tomadas diárias<sup>(11)</sup>.

No entanto, deve-se observar ainda que a população apresentou uma associação entre hipertensão e diabetes mellitus (DM) em 38% dos participantes e de 17% de outras comorbidades, tal fato provavelmente possa ter impossibilitado a simplificação dos esquemas terapêuticos. A coexistência do DM e da hipertensão tem sido relacionada a uma das piores taxas de controle da PA<sup>(26)</sup> como observado no nosso estudo, desta forma faz-se necessário maior apoio da equipe de saúde da família para que se consiga atingir níveis satisfatórios de controle tensional entre os hipertensos.

## 5 CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou uma baixa prevalência de adesão medicamentosa na população estudada, o que apesar de não apresentar relação estatisticamente significativa com os fatores investigados, contribui para a morbimortalidade desses pacientes, uma vez que, influencia diretamente no controle da pressão arterial. Intervenções visando a formação do comportamento aderente a terapia medicamentosa precisam ser construídas, valorizando o cuidado em saúde, sem deixar de reconhecer a importância e influência das percepções do paciente à sua doença e à sua terapêutica.

## 6 REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010;95:1-68.
2. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization, 2003. 199 p.
3. Cramer JA, Benedict A, Muszbek N, Keskinaslan A, Khan ZM. The significance of compliance and persistence in the treatment of diabetes, hypertension and dyslipidaemia: a review. *Int J Clin Pract*. 2008;62:76-87.
4. Lowry KP, Dudley KT, Oddone EZ, Bosworth HB. Intentional and unintentional nonadherence to antihypertensive PubMed Commons. *Ann Pharmacother*. 2005;39:1198-1203.
5. GA Hamilton. Measuring adherence in a hypertension clinical trial. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2003;2:219-28.
6. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens*. 2009;29:997-1003.
7. HILMER SN. The dilemma of polypharmacy. *Aust Prescr* 2008. *Aust Prescr* 2008;31:2-331.
8. Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Iyra Junior DP. Relação entre a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99:649-58.
8. World Health Organization. A global brief on hypertension, Geneva: World Health Organization, 2013. 40 p.
- 9 Krousel-Wood M, Islam T, Webber LS, Re RN, Morisky DE, Muntner P. New medication adherence scale versus pharmacy fill rates in seniors with hypertension. *Am J Manag Care*. 2009;15(1):59-66.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais [Internet]. 2010 [citado 2015 out 14], Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao\\_evidencia/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_evidencia/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2010/SIS_2010.pdf).
11. Lee GKY, Wang HHX, Liu KQL, Cheung YU, Marisky DE, Wong MCS, Determinants of medication adherence to antihypertensive medications among a chinese population using morisky medication adherence scale. *PLoS One*. 2013;8:1-7.
12. Dilla T, Valladares A, Lizán LL, [Sacristán](#) JA. Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies. *Aten Primaria*. 2009;41:342-48.
- 13 Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2389-98.
14. Conthe P, Márquez CE, Aliaga Pérez A, [Barragán](#) GB, [Fernández de Cano Martín](#) MN, [González](#) JM. Treatment compliance in chronic illness: current situation and future perspectives. *Rev Clin Esp*. [Internet]. 2014 [citado 2017 set 28];214(6):336-44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce>.
15. Pinho NDA, Pierin AMG. Hypertension control in brazilian publications. *Arq Bras Cardiol*. [Internet]. 2013 [citado 2017 set 23];101(3):65-73. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24061761>.
16. Gu Q, Dillon CF, Burt VL, [Gillum](#) RF. Association of hypertension treatment and control with all-cause and cardiovascular disease mortality among US adults with hypertension. *Am J Hypertens*. 2010;23:38-45.
17. Natarajan N, Putnam W, Van Aarsen K, [Beverly](#) LK, [Burge](#) F. Adherence to antihypertensive medications among family practice patients with diabetes mellitus and hypertension. *Canadian Family Physician*. 2013;59:93-100.
18. Asilar RH, Gozum S, Capik C. Reliability and validity of the Turkish form of the eight-item Morisky medication adherence scale in hypertensive patients. *Anadolu Kardiyol Dergisi/The Anatol J Cardiol* [Internet], 2014 [citado 2017 ago 19];(12):692-700. Disponível em: <http://www.anakarder.com/eng/makale/2649/97/Full-Text>.
19. DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*. 2004;42:200-209.
20. Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Alves LMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Rev Eletrônica Enferm*. 2013;15:362-67.
21. Raymundo ACN, Pierin MAG. Adherence to anti-hypertensive treatment program: a longitudinal, retrospective study\*. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48: 811-19.
22. Figueiredo NN, Asakura L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. *ACTA Paul Enferm*. 2010;23: 782-87.
23. Bloch KV, Rodrigues CS, Fiszman R. Epidemiologia dos fatores de risco para hipertensão arterial: uma revisão crítica da literatura brasileira, *Rev Bras Hipertens*. 13 (2006) 134-143.
24. AEV Senger, LS Ely, T Gandolfi, RH Schneider; I Gomes; GA Carli, Alcoolismo e tabagismo em idosos: relação com ingestão alimentar e aspectos socioeconômicos, *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 14 (2011) 713-719.
25. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99:636-41.
26. Shaw K, Gennat H, O'Rourke PP. Exercise for overweight or obesity (Review), *Library (Lond)* [Internet]. 2009 [citado 2016 ago 24];18(1), Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17054187>.
27. George J, Phun YT, Bailey MJ, [Kong](#) DC, [Stewart](#) K. Development validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004;38:1369-76.
28. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN. Blood pressure control in hypertensive patients in the "Hiperdia Program": a territory-based study. *Arq Bras Cardiol* [Internet], 2014 [citado 2017 jul 29],102(6):571-8, Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/abc.20140081>.