



Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária

Lorena Flor da Rosa Santos Silva^{1*}; Juliana Martins Ribeiro Marino¹; Camilo Molino Guidoni¹; Edmarlon Giroto¹

¹ Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina, Paraná, Brasil.

RESUMO

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fundamental para o manejo dos pacientes portadores de hipertensão arterial, o que contribui para a redução da morbimortalidade por esta enfermidade. Desta forma, este estudo teve como objetivo determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados em idosos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR. Desenvolveu-se um estudo transversal com idosos (60 anos ou mais), selecionados a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica. As variáveis de interesse (socioeconômicas e demográficas, hábitos de vida, acesso aos serviços de saúde e adesão ao tratamento medicamentoso) foram obtidas pela aplicação de um formulário semiestruturado através de um inquérito domiciliar. A adesão foi avaliada por meio do Teste de Morisky-Green e o controle pressórico. Dos 117 idosos investigados, 54,7% foram identificados como aderentes ao tratamento anti-hipertensivo e 61,4% apresentaram pressão arterial controlada. A média de medicamentos anti-hipertensivos utilizados foi de 1,97, destacando-se hidrocloreto de tiazida (30,8%), enalapril (24,8%) e captopril (14,5%). A adesão ao tratamento farmacológico apresentou-se associada ao sexo feminino (61,8%; $p < 0,05$) e a idade entre 60 e 79 anos (67,9%; $p < 0,01$). O controle pressórico mostrou-se associado à menor escolaridade (75,6%; $p < 0,05$) e não possuir trabalho remunerado (69,4%; $p < 0,02$). Os resultados observados indicam moderada adesão ao tratamento anti-hipertensivo e ao controle pressórico. Além disso, detectou-se que as variáveis socioeconômicas e demográficas mostraram-se mais fortemente associadas à adesão e controle pressórico.

Palavras-chave: Hipertensão. Monitorização ambulatorial da pressão arterial. Adesão ao tratamento medicamentoso. Idoso. Atenção primária.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos importantes problemas de saúde pública no Brasil, com prevalências variando de 18,3% a 40,1% em diversos estudos realizados no país (Sousa et al., 2013; Silva et al., 2012; Nascente et al., 2010; Chrestani et al., 2009; Barbosa et al., 2009), acometendo principalmente os idosos (Zattar et al., 2013; Nascente et al., 2010). A HAS é agravada por seu diagnóstico quase sempre tardio e constitui um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares (Santos, 2011; Lessa, 2001).

O tratamento com medicamentos anti-hipertensivos, associado a medidas não farmacológicas, é fundamental para o controle da pressão arterial (PA) e dos riscos associados (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010; Zaitune et al., 2006). O tratamento não medicamentoso inclui a realização de atividade física, hábitos alimentares saudáveis, principalmente com a redução do consumo de sódio e gorduras, e a cessação ou diminuição do tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas (Baldissera et al., 2009; Pitanga, 2002). O tratamento medicamentoso, quando necessário, deve ser iniciado com a menor dose possível, com o incremento gradual de doses e, por conseguinte, com a associação de novos medicamentos, quando pertinente (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

A efetividade do tratamento farmacológico sofre influência da adesão ao tratamento, definida como o grau de concordância entre a orientação recebida e a conduta do paciente (Araújo & Garcia, 2006; WHO, 2003). Entretanto, a dificuldade de adesão ao tratamento medicamentoso e controle pressórico é recorrente nos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS (Gusmão et al., 2009; Krousel-Wood et al., 2009; Busnello et al., 2001). Esta, por sua vez, pode ser influenciada por inúmeros fatores como, por exemplo, a compreensão do paciente em relação à enfermidade (Pontieri & Bachion, 2010), dose e número de medicamentos utilizados (Santa-Helena et al., 2010), presença de efeitos adversos (Felix & Ceolim, 2012), o vínculo existente entre paciente e equipe de saúde (Giroto et al., 2013), acesso aos serviços de saúde (Leite & Vasconcellos, 2003; Busnello et al., 2001), entre outros. Em adição, a não adesão tem sido considerada como um dos principais fatores de descontrole da PA,

Autor correspondente: Lorena Flor da Rosa Santos Silva, Departamento de Ciências Farmacêuticas, Universidade Estadual de Londrina (UEL), Avenida Robert Koch, 60, CEP: 86.038-440 – Vila Operária, Londrina, Paraná, Brasil. E-mail: lorenaflordarosa@yahoo.com.br

representando assim uma elevação significativa do risco de eventos cardiovasculares (Zattar et al., 2013; Oliveira-Filho et al., 2012).

A não adesão do usuário ao tratamento constitui grande desafio para implementação de novas políticas públicas, possivelmente sendo responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez (Santos, 2011). Além disso, o impacto clínico da HAS descontrolada se reflete na elevada chance do desenvolvimento de complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca (Lessa, 2006).

A adesão ao tratamento medicamentoso pode ser realizada através de várias estratégias, utilizando-se de métodos diretos (medidas séricas do medicamento ou traçador) e indiretos, os quais são mais simples, pouco dispendiosos financeiramente e de fácil execução (controle na dispensação dos medicamentos, contagem de comprimidos, avaliação da resposta clínica por meio da aferição da PA, aplicação de questionário, informação ou relato do próprio paciente) (Obreli-Neto, 2012; Oigman, 2006).

Por conseguinte, com o aumento da expectativa de vida da população e, conseqüente, incremento na morbimortalidade cardiovascular, a HAS requer adequado esquema terapêutico e ações que estimulem a adesão ao tratamento medicamentoso, principalmente em idosos. Nesse contexto, esta investigação tem como objetivo determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e os fatores associados a não adesão em idosos hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família (USF).

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, com delineamento transversal no município de Londrina, Paraná. A investigação foi executada na área de abrangência de uma USF, situada na região leste do referido município.

Foram sujeitos deste estudo os indivíduos hipertensos e idosos (60 anos ou mais), cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e residentes na área de abrangência da referida unidade. No total, 156 idosos hipertensos tinham cadastro no SIAB, e compuseram a população de estudo. O critério de inclusão adotado foi a utilização de medicamentos anti-hipertensivos pelos entrevistados.

Do total de idosos hipertensos, 17 foram excluídos (cinco mudaram para outra área de abrangência, cinco não apresentavam histórico de HAS, três haviam falecido, dois apresentavam idade inferior a 60 anos, um residia em asilo e um não apresentava condições cognitivas para responder aos questionamentos), estando elegíveis ao estudo 139 indivíduos.

Os dados foram coletados nos meses de julho e agosto de 2012, por meio de visita domiciliar. Foram realizadas ao menos três visitas, em dias e horários alternados, com o intuito de se encontrar os indivíduos ausentes. Durante o inquérito, os entrevistados foram orientados quanto aos objetivos da pesquisa e, após leitura, entendimento e assinatura/concordância do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, responderam a um formulário semiestruturado referente a questões socioeconômicas e

demográficas, condições de saúde e relacionadas ao uso de medicamentos.

A medida da adesão foi feita pelo Teste de Morisky-Green (TMG) (Morisky et al., 1986), o qual é composto por quatro questões que identifica atitudes e comportamentos dos pacientes em relação à adesão ao tratamento medicamentoso. A aferição da PA foi feita no momento da visita domiciliar por meio de três medidas, efetuadas com esfigmomanômetros aneróides calibrados por profissionais do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. A medida da PA obedeceu às recomendações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010), com intervalos não menores que um minuto no decorrer da entrevista.

As variáveis independentes (fatores) abordadas por este estudo foram: socioeconômicas e demográficas (sexo, idade, estado civil, etnia, escolaridade, trabalho remunerado e acesso a plano de saúde); autopercepção da saúde; avaliação da unidade de saúde; estilo de vida (consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, prática de atividade física e redução do consumo de sal); medicamentos e terapia anti-hipertensiva utilizada.

As variáveis de desfecho neste estudo foram o controle pressórico e a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Para a determinação do controle pressórico, considerou-se a média das duas últimas medidas da PA, sendo o indivíduo com controle pressórico àqueles com PA sistólica inferior a 140mmHg e diastólica inferior a 90mmHg (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010). Para classificação do hipertenso como aderente ao tratamento, todas as questões do TMG (Morisky et al., 1986) deveriam ter como resposta não. Caso ao menos uma questão fosse respondida afirmativamente, o indivíduo foi considerado não aderente.

As informações obtidas por meio dos instrumentos de coleta de dados foram digitadas em planilha do Microsoft Excel e processadas e analisadas com o uso do programa Epiinfo (versão 3.5.3 para Windows). As variáveis contínuas (idade, número de medicamentos anti-hipertensivos, PA sistólica e diastólica) tiveram apresentadas suas medidas de tendência central (média e desvio padrão). As variáveis independentes testadas foram todas dicotomizadas na identificação dos fatores associados. As associações entre as variáveis qualitativas foram verificadas utilizando o teste Qui-quadrado ou o teste exato de Fisher. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valor de $p < 0,05$.

Este estudo foi aprovado pela coordenação da USF e pela Autarquia Municipal de Saúde de Londrina, bem como aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (CAAE nº 01767112.0.0000.5231). Os pacientes que demonstraram dificuldades na adesão foram orientados quanto à importância da utilização correta e ininterrupta dos medicamentos, dos malefícios quando do tratamento não continuado e outras informações inerentes à HAS e seu tratamento adequado.

RESULTADOS

Dos 139 indivíduos considerados elegíveis, ocorreram 12 perdas (8,6%) (três recusas e nove não encontrados), sendo entrevistados 127 idosos portadores

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas e econômicas dos idosos hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, 2012 (n = 117).

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Faixa Etária						
60-69 anos	37	48,7	16	39,0	53	45,3
70-79 anos	28	36,8	22	53,7	50	42,7
80 anos ou mais	11	14,5	3	7,3	14	12,0
Vive com Companheiro						
Sim	42	55,3	36	87,8	78	66,7
Não	34	44,7	5	12,2	39	33,3
Etnia						
Branca	59	77,6	24	58,5	83	70,9
Negra	3	3,9	4	9,8	7	6,0
Parda	10	13,2	10	24,4	20	17,1
Amarela	4	5,3	3	7,3	7	6,0
Escolaridade						
Até 7ª série completa	52	68,4	24	58,5	76	65,0
8ª série ou mais	24	31,6	17	41,5	41	35,0
Exerce Trabalho Remunerado						
Não	10	13,2	9	22,0	19	16,2
Sim	66	86,8	32	78,0	98	83,8
Acesso a Plano de Saúde						
Sim	26	34,2	14	34,1	40	34,2
Não	50	65,8	27	65,9	77	65,8

de HAS. Entre estes, 10 (7,9%) não estavam tomando qualquer medicamento para controle da HAS (ou por preferirem não tomar os mesmos [dois] ou porque o médico optou pela não prescrição de medicamentos [oito]). Dessa forma, analisou-se a adesão e o controle pressórico em 117 idosos hipertensos.

Dos entrevistados, 76 (65,0%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 70,3 anos (desvio-padrão [DP] = 7,3), com 45,3% entre 60 e 69 anos. Quanto ao estado civil, 78 (66,6%) eram casados ou mantinham relação estável e 83 (70,9%) se declararam brancos. Além disso, 65,0% apresentaram baixa escolaridade e 83,8% nenhuma atividade laboral remunerada (Tabela 1).

Com relação à análise do estado de saúde, somente 13,7% dos idosos relataram saúde ruim ou muito ruim, sendo que a maioria (70,0%) considerava o atendimento recebido na USF bom ou ótimo. Em adição, 65,0% dos hipertensos apresentaram-se como sedentários, sendo que o tabagismo atual e o consumo de bebidas alcoólicas foram mencionados por somente 7,7% e 11,1% dos entrevistados, respectivamente. A redução do consumo de sal foi referida por aproximadamente 90,0% dos indivíduos avaliados (Tabela 2).

No total, 231 medicamentos anti-hipertensivos foram utilizados com uma média de 1,97 (DP=0,96) por entrevistado, sendo o mínimo de um e máximo de sete anti-hipertensivo por idoso. Os medicamentos mais prevalentes foram hidroclorotiazida (30,8%), enalapril (24,8%),

Tabela 2. Descrição das características relacionadas ao estilo de vida e serviços de saúde dos idosos hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, 2012 (n = 117).

Variáveis	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Autopercepção da Saúde						
Muito bom ou Bom	30	39,5	15	36,6	45	38,5
Regular	36	47,4	20	48,8	56	47,9
Ruim ou Muito ruim	10	13,1	6	14,6	16	13,7
Atendimento no Posto de Saúde						
Ótimo ou Bom	52	68,4	30	73,2	82	70,0
Regular	13	17,1	8	19,5	21	17,9
Ruim ou Muito ruim	11	14,4	3	7,3	14	12,1
Atividade Física						
Sim, irregularmente	12	15,8	6	14,6	18	15,3
Sim, regularmente	14	18,4	9	22,0	23	19,7
Não	50	65,8	26	63,4	76	65,0
Tabagismo Atual						
Sim	5	6,6	4	9,8	9	7,7
Não	71	93,4	37	90,2	108	92,3
Consumo de Bebidas Alcoólicas						
Sim	5	6,6	8	19,5	13	11,1
Não	71	93,4	33	80,5	104	88,9
Redução do Consumo de Sal						
Sim	71	93,4	33	80,5	104	88,9
Não	5	6,6	8	19,5	13	11,1

captopril (14,5%), furosemida (12%) e anlodipino (12%). Em relação aos esquemas terapêuticos mais utilizados, destacaram-se os diuréticos em associação com os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) (27,4%) e a monoterapia com medicamentos que atuam no SRAA (22,2%).

A adesão ao tratamento farmacológico foi identificada em 54,7% dos hipertensos avaliados. No que se refere aos níveis pressóricos, a média das duas últimas medidas de PA sistólica foi de 128,8mmHg (DP = 15,32) e da PA diastólica de 80,7mmHg (DP = 10,47), identificando-se que 61,4% dos pacientes apresentaram PA controlada.

Vale destacar que entre os pacientes aderentes ao tratamento, 67,2% apresentam um adequado controle pressórico, entretanto, sem correlação estatisticamente significativa ($p=0,33$), porém, clinicamente significativo (Figura 1).

A adesão ao tratamento farmacológico apresentou-se associada ao sexo feminino e a faixa etária entre 60 e 79 anos. O controle pressórico apresentou-se associado à menor escolaridade e não possuir trabalho remunerado (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Os níveis de adesão identificados no presente estudo (54,7%) assemelham-se a investigação realizada com hipertensos resistentes no Rio de Janeiro, a qual identificou

Tabela 3. Associação entre adesão ao tratamento farmacológico e controle pressórico com variáveis de interesse em hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, 2012 (n = 117).

Variáveis	Adesão ao Tratamento		Valor p	Controle Pressórico		Valor p
	N	%		N	%	
Sexo						
Feminino	47	61,8	<0,05	49	64,5	0,788
Masculino	17	41,5		25	61,0	
Faixa Etária						
60-79 anos	36	67,9	<0,01	34	64,2	0,854
80 anos ou mais	28	43,8		40	62,5	
Etnia						
Negra	2	28,6	0,149	4	42,9	0,510
Branca/Parda/Amarela	62	56,4		70	63,6	
Escolaridade						
Até 7ª série completa	37	48,7	0,075	31	75,6	<0,05
8ª série ou mais	27	65,9		43	56,6	
Exerce Trabalho Remunerado						
Não	54	55,1	0,843	6	31,6	<0,01
Sim	10	52,6		68	69,4	
Acesso a Plano de Saúde						
Sim	18	45,0	0,129	28	70,0	0,275
Não	46	59,7		46	59,7	
Atividade Física						
Sim, regular e irregular	26	63,4	0,164	29	70,7	0,218
Não	38	50,0		45	59,2	
Tabagismo Atual						
Sim	4	44,4	0,382	5	55,6	0,435
Não	60	55,6		69	63,9	
Consumo de Bebidas Alcoólicas						
Sim	8	61,5	0,588	9	69,2	0,635
Não	56	53,8		65	62,5	
Redução do Consumo de Sal						
Sim	60	57,7	0,066	67	64,4	0,324
Não	4	30,8		7	53,8	
Número de Medicamentos Anti-Hipertensivos						
Um ou dois	52	57,1	0,321	55	60,4	0,239
Três ou mais	12	46,2		19	73,1	

51,0% de aderentes ao tratamento (Bloch et al., 2008). Entretanto, outros trabalhos apresentaram resultados divergentes (Pucci et al., 2012; Ben et al., 2012; Prado Jr et al., 2007; Strelec et al., 2003). Estas discrepâncias podem estar relacionadas aos métodos empregados na medida da adesão e na população de estudo, a qual pode apresentar características singulares que melhorem ou prejudiquem a adesão ao tratamento medicamentoso.

Os resultados observados quanto ao controle pressórico demonstraram similares aos verificados em usuários predominantemente idosos de uma farmácia escola (Santos et al., 2010), que exibiram níveis tensionais

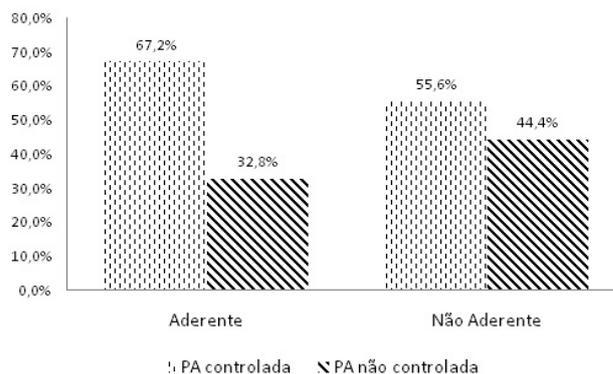


Figura 1. Distribuição dos hipertensos segundo controle pressórico de acordo com a adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina-PR, 2012 (n = 117)

controlados em 65,7% dos pacientes, porém, diverge de outras pesquisas realizadas no país (Araújo & Guimarães, 2007; Rosini et al., 2006; Freitas et al., 2002). As variações nos níveis pressóricos entre as investigações podem estar relacionadas a um possível comportamento de assiduidade às consultas ambulatoriais, que elevaria as taxas de aderência ao tratamento medicamentoso e, por conseguinte, do controle da PA (Coelho et al., 2005).

Os fatores de risco associados à HAS, tais como tabagismo (7,1%) e etilismo atual (14,2%) mostraram baixa prevalência, demonstrando adequada adesão ao tratamento não farmacológico, o que favorece controle da PA, bem como a prevenção de comorbidades associadas (Moreira et al., 2009; Pereira et al., 2008).

O fator de risco para a HAS mais observado foi à inatividade física, o que se assemelha a estudos realizados por Strelec et al. (2003) e Pessuto & Carvalho (1998). Estudos têm demonstrado que a realização de exercício físico regular pode reduzir significativamente a PA (Zaitune et al., 2006; Rondon & Brum, 2003) e, por tal motivo, esta população, respeitados seus limites, deve ser orientada e estimulada quanto à prática de atividade física.

Dentre os medicamentos utilizados para o tratamento da HAS, observa-se semelhança com os resultados obtidos em outros estudos, realizados em Araucária-PR (Melchioris, 2008), Porto Alegre-RS (Schroeter et al., 2007; Flores & Mengue, 2005) e na região metropolitana de Belo Horizonte-MG (Loyola Filho et al., 2006). Salienta-se que os cinco medicamentos mais citados neste estudo constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil, 2010), o que favorece o acesso e a adesão ao tratamento medicamentoso.

A VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial salienta a importância de iniciar o tratamento com a monoterapia e que as associações devem seguir a lógica de não combinar medicamentos com mecanismos de ação semelhantes (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010). Trabalho realizado com idosos hipertensos em Porto Alegre-RS identificou o regime de monoterapia por 35,3% dos pacientes, principalmente com os inibidores da enzima conversora de angiotensina (iECA), sendo que na terapia combinada, a principal associação foi de diuréticos com betabloqueadores (Schroeter et al., 2007). Gontijo

et al. (2012) identificaram a monoterapia em 31,3% dos idosos hipertensos de Belo Horizonte-MG, sendo a associação mais prevalente a de dois diuréticos, seguida por diurético com iECA e diurético com betabloqueadores. Estas diferenças nas terapias anti-hipertensivas podem estar relacionadas a diferentes estágios de HAS ou risco cardiovascular, presença de comorbidades como a diabetes mellitus, bem como as práticas prescritivas, as quais podem divergir entre prescritores.

Diversos estudos investigam a relação entre as variáveis pessoais, sociais e situacionais com o comportamento aderente ou não aderente ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos. Dos fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso, verificou-se maior adesão entre mulheres, dado este também encontrado por Sarquis et al. (1998). Indivíduos do sexo feminino têm uma maior expectativa de vida, pois normalmente se expõem menos a riscos à saúde, como consumo de álcool e o tabagismo, além de uma maior preocupação com o estado de saúde, frequentando mais assiduamente os serviços de saúde (Mendonça & Santos, 2011; Baldissera et al., 2009; Jesus et al., 2008; Blanski & Lenardt, 2005), e consequentemente, com melhor adesão ao tratamento.

Apesar do estudo de revisão evidenciar que a idade mais avançada está associada a melhor adesão à terapêutica anti-hipertensiva (Calista et al., 2008), no presente trabalho, hipertensos com 80 anos ou mais apresentaram-se menos aderentes ao tratamento. Como esta pesquisa avaliou apenas idosos hipertensos, indivíduos de extrema idade (80 anos ou mais) podem apresentar alterações cognitivas (Santos & Pavarini, 2011) que dificultam o entendimento do tratamento e a adesão.

Indivíduos com menor escolaridade apresentaram maiores índices de PA controlada, resultado semelhante ao encontrado por Tuesca-Molina et al. (2006) em pacientes hipertensos com 60 anos ou mais. Apesar da elevada escolaridade ter relação com melhor conhecimento sobre a HAS, o que pode favorecer uma maior adesão ao tratamento medicamentoso, esses autores destacam que é possível a orientação médica ser mais aceita por pessoas de baixa escolaridade do que pelas de média e alta escolaridade (Tuesca-Molina et al., 2006)

No presente estudo, os indivíduos que não exerciam nenhum tipo de trabalho remunerado apresentaram maior controle pressórico. O trabalho apresenta-se, muitas vezes, como fator gerador de estresse, de tal forma que as chances de se desenvolverem doenças aumentam em função do tipo de atividade que o indivíduo executa e dos diversos fatores que tornam o ambiente de trabalho insalubre (Couto et al., 2007; Rocha et al., 2002; Schnall et al., 1998). Além disso, o estado de não trabalho proporcionaria maior disponibilidade de dedicação ao tratamento medicamentoso e acesso aos serviços de saúde, favorecendo a adesão e, por conseguinte, o controle da PA (Passos et al., 2006).

O controle insatisfatório dos níveis de PA normalmente se relaciona com a falta de adesão ao tratamento (Pierin et al., 2004). Todavia, no presente estudo, não se identificou associação entre a adesão e controle pressórico. Outros trabalhos (Santos et al., 2010; Bloch et al., 2008; Prado et al., 2007; Strelec et al., 2003) demonstraram baixa sensibilidade, especificidade e

precisão do teste de Morisky-Green em relacionar adesão e controle pressórico em pacientes hipertensos. Entretanto, vale destacar que pacientes não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo são mais suscetíveis ao descontrole pressórico e, consequentemente, estão mais vulneráveis às complicações da PA elevada.

Mesmo com poucas perdas (9,4%), o reduzido número de participantes pode ter influenciado as análises descritivas e principalmente as de associação. Além disso, o tamanho da amostra pode não refletir o número real de idosos hipertensos na área de abrangência da USF, sugerindo uma subnotificação do SIAB. Ademais, a meta pressórica não levou em consideração a presença de comorbidades associadas à HAS. Em adição a essas limitações, destaca-se que as medidas da PA foram realizadas em uma única visita, o que pode não refletir a real condição do paciente. Porém, foram efetuadas três medidas, respeitando as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia et al. (2010), evidenciando um rigor metodológico na avaliação deste parâmetro.

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que a análise da adesão ao tratamento por meio de um questionário (TMG) e pela medição do parâmetro clínico (PA) fornece subsídios para entender a complexidade e dificuldade do manejo do paciente hipertenso, reforçando que um único método de avaliação da adesão pode não ser suficiente.

Por conseguinte, observa-se que aproximadamente 50,0 e 60,0% dos hipertensos avaliados apresentaram aderência ao tratamento medicamentoso e adequado controle pressórico, respectivamente. Além disso, pode-se observar que os fatores socioeconômicos e demográficos mostraram-se mais associados aos desfechos analisados (adesão e controle pressórico), evidenciando que as ações de promoção à saúde aos idosos hipertensos contemplem grupos mais vulneráveis, como aqueles do sexo masculino, com idade mais avançada, com maior escolaridade e não inseridos no mercado de trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao apoio que recebemos da Autarquia Municipal de Saúde do Município de Londrina e da coordenação da Unidade de Saúde da Família Ernani Moura Lima, além dos agentes comunitários de saúde e hipertensos que participaram da pesquisa.

ABSTRACT

Factors affecting adherence of the elderly to antihypertensive drug treatment in primary health care

Compliance with antihypertensive drug treatment is essential for the management of patients with high blood pressure, which contributes to the reduction of morbidity and mortality from this disease. Thus, the aim of this study was to determine antihypertensive drug treatment compliance and associated factors in elderly patients with high blood pressure enrolled at a district Family Health Clinic, Londrina, Paraná, Brazil. This was a cross-sectional study of elderly patients (60 or older), selected from the Primary

Care Information System. The variables of interest (socioeconomic and demographic, lifestyle, access to health services and medication adherence) were collected by applying a semi-structured questionnaire in a household survey. Compliance was assessed by the Morisky-Green test and blood pressure control. Of the 117 elderly surveyed, 54.7% were identified as adhering to the antihypertensive drug treatment and 61.4% had controlled blood pressure. The average number of antihypertensive drugs used was 1.97, the commonest being hydrochlorothiazide (30.8%), enalapril (24.8%) and captopril (14.5%). Adherence to pharmacological treatment was shown to be associated with female sex (61.8%; $p<0.05$) and age between 60 and 79 years (67.9%; $p<0.01$). Better control of blood pressure was associated with less education (75.6%; $p<0.05$) and a lack of paid work (69.4%; $p<0.02$). Results indicated moderate adherence to antihypertensive drug treatment and blood pressure control. Furthermore, it was found that the socioeconomic and demographic characteristics were more strongly associated with adherence to treatment and blood pressure control.

Keywords: Hypertension. Blood pressure monitoring at local clinic. Compliance with medication. Elderly patient. Primary health care.

REFERÊNCIAS

- Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm. Goiânia* 2006;8(2):259-72.
- Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública. São Paulo* 2007;41(3):368-74.
- Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gaúch Enferm. Porto Alegre* 2009;30(1):27-32.
- Barbosa LS, Scala LCN, Ferreira MG. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. *Rev Bras Epidemiol. São Paulo* 2009;12(2):237-47.
- Bem AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública. São Paulo* 2012; 46(2):279-89.
- Blanski CRK, Lenardt MH. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. *Rev Gaúcha Enferm. Porto Alegre* 2005;26(2):180-8.
- Bloch KV, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2008, 24(12):2979-84.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. 7.ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
- Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, Fuchs FD. Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. *Arq Bras Cardiol. São Paulo* 2001;76(5): 349-51.
- Calista AA, Vasconcelos ASS, Oliveira MRL. Hipertensão arterial sistêmica: fatores contribuintes para a adesão ao tratamento. *Rev Tema. Campina Grande* 2008;7(10/11): 101-10.
- Chrestani MAD, Santos IS, Matijasevich AM. Hipertensão arterial sistêmica auto-referida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2009;25(11):2395-406.
- Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol. São Paulo* 2005;85(3):157-61.
- Couto HA, Vieira FLH, Lima EG. Estresse ocupacional e hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Hipertens. Rio de Janeiro* 2007;14(2):112-5.
- Felix G, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. *Rev Esc Enferm USP. São Paulo* 2012;46(4):884-91.
- Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública. São Paulo* 2005;39(6):924-9.
- Freitas JB, Tavares A, Kohlmann Jr O, Zanella MT, Ribeiro AB. Estudo transversal sobre o controle da pressão arterial no serviço de nefrologia da Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. *Arq Bras Cardiol. São Paulo* 2002;79(2):117-22.
- Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva. Rio de Janeiro* 2013;18(6):1763-72.
- Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2012;28(7):1337-46.
- Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion Jr D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *Rev Bras Hipertens. Rio de Janeiro* 2009;16(1): 38-43.
- Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Jr D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. *Acta Paul Enferm. São Paulo* 2008;21(1):59-65.
- Krousel-Wood MA, Muntner P, Islam T, Morisky DE, Webber LS. Barriers to and Determinants of Medication Adherence in Hypertension Management: Perspective of

- the Cohort Study of Medication Adherence among Older Adults (CoSMO). *Med Clin North America*. Philadelphia 2009;93(3):753-69.
- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2003;8(3):775-82.
- Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. Rio de Janeiro 2001;8(4):383-92.
- Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. Rio de Janeiro 2006;13(1): 39-46.
- Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro 2006;22(12):2657-67.
- Melchior AC. Hipertensão Arterial: Análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida. [Tese]. Curitiba: Mestrado em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná; 2008.
- Mendonça FF, Santos ED. Caracterização dos fatores de risco e tratamento antihipertensivo de portadores de hipertensão arterial em uma unidade básica de saúde do município de Goioerê, PR. *Espaço Saúde*. Londrina 2011;12(2):10-7.
- Moreira AKF, Santos ZMSA, Caetano JA. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. *Physis*. Rio de Janeiro 2009;19(4): 989-1006.
- Morisky DE, Green, LW, Levine, DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. Philadelphia 1986;24(1): 67-73.
- Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, Souza WKSB, Scala LN. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo 2010;95(4): 502-9.
- Obreli-Neto PR, Baldoni AO, Guidoni CM, Bergamini D, Hernandez KC, Luz RT, Silva FB, Silva RO, Pereira LRL, Cuman RKN. Métodos de avaliação da adesão à farmacoterapia. *Rev Bras Farm*. Rio de Janeiro 2012;93(4):403-10.
- Oigman W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. Rio de Janeiro 2006;13(1):30-4.
- Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra Jr DP. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de Oito Itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo 2012;99(1):649-58.
- Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol Serv Saúde*. Brasília 2006;15(1):35-45.
- Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo 2008;91(1):1-10.
- Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. Ribeirão Preto 1998;6(1):33-9.
- Pierin AMG, Strelec MAA, 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. Barueri (SP): Manole; 2004. p.275-89.
- Pitanga FJG. Epidemiologia, atividade física e saúde. *Rev Bras Ciênc Mov*. São Paulo 2002;10(3):49-54.
- Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro 2010;15(1):151-60.
- Prado Jr JC, Kupek E, Mion Jr D. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *J Hum Hypertens*. Houndmills 2007;21(7): 579-84.
- Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev Bras Cardiol*. Rio de Janeiro 2012;25(4):322-29.
- Rocha R, Porto M, Morelli MYG, Maestá N, Waib PH, Burini RC. Efeito de estresse ambiental sobre a pressão arterial de trabalhadores. *Rev Saúde Pública São Paulo* 2002; 36(5):568-75.
- Rondon MUPB, Brum PC. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. São Paulo 2003;10(2):134-9.
- Rosini N, Machado MJ, Xavier HT. Estudo de prevalência e multiplicidade de fatores de risco cardiovascular em hipertensos do município de Brusque, SC. *Arq Bras Cardiol*. São Paulo 2006;86(3):219-22.
- 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*. Rio de Janeiro 2010;26(12):2389-98.
- Santos BRM, Teixeira J, Gonçalves D, Gatti RM, Yavo B, Aragão CCV. Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. *Braz J Pharm Sci*. São Paulo 2010;46(3):421-30.
- Santos AA, Pavarini SCI. Funcionalidade de idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de

- vulnerabilidade social. *Acta Paul Enferm. São Paulo* 2011; 24(4):520-6.
- Santos ZMSA. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. *Rev Bras Promoção Saúde. Fortaleza* 2011;24(4):285-6.
- Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, Pierin AMG. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enferm USP. São Paulo* 1998;32(4):335-53.
- Schnall PL, Schwartz JE, Landsbergis PA, Warren K, Pickering, TGA. Longitudinal study of job strain and ambulatory blood pressure: results from a three-year follow-up. *Psychosom Med. New York* 1998;60(6):697-706.
- Schroeter G, Trombetta T, Faggiani FT, Goulart PV, Creutzberg M, Viegas K, Souza ACA, Carli GA, Morrone FB. Terapia anti-hipertensiva utilizada por pacientes idosos de Porto Alegre/RS, Brasil. *Sci Med. Porto Alegre* 2007;17(1):14-9.
- Silva DAS, Petroski EL, Peres MA. Pré-hipertensão e hipertensão em adultos de Florianópolis: estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública. São Paulo* 2012;46(6): 988-98.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arq Bras Cardiol. São Paulo* 2010;95(Sup11):1-51.
- Sousa CA, César CLG, Barros MBA, Carandina L, Goldbaum M, Marchioni DML, Fisberg RM. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2013;29(13):270-82.
- Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol. São Paulo* 2003; 81(4):343-8.
- Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Regadera AGP. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. *Gac Sanit. Barcelona* 2006;20(3):220-7.
- WHO. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action, Geneva: World Health Organization; 2003.
- Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2006;22(2):285-94.
- Zattar LC, Boing AF, Giehl MWC, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos do sul do Brasil. *Cad Saúde Pública. Rio de Janeiro* 2013;29(3):507-21.

Recebido em 03 de maio de 2013.

Aceito em 25 de junho de 2013.