

## Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de pacientes participantes do programa hiperdia de uma estratégia em saúde da família

### Adherence to the treatment of systemic arterial hypertension in patients participating in the hiperdia program of a family health strategy

Jamila Albarello, André De Luca dos Santos, David Batista Gesuino, Kristian Madeira, Fabiane Ferraz.

#### RESUMO

**Objetivo:** conhecer o perfil epidemiológico da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica em pacientes hipertensos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Criciúma/SC. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, observacional transversal, com uma amostra de 245 pacientes. A coleta de dados ocorreu através da aplicação de dois questionários, sendo um a versão traduzida para o português do *Brief Medication Questionnaire* e o outro um questionário com perguntas subjetivas de múltiplas escolhas. **Resultados:** 92,9% dos entrevistados não usam saleiro na mesa; 63,2% consomem fontes industrializadas de sal; 31,0% consomem produtos lácteos desnatados; 51,4% não fazem dieta para HAS; 88,2% afirmaram não ser tabagistas ativos e/ou passivos; 74,3% nunca consomem álcool; 68,2% não praticam atividade física; 58,0% controlam o peso; 60,4% não conseguem controlar a ansiedade e/ou estresse; 56,7% recebem incentivo da família para aderir ao tratamento da HAS; 78,8% sabem o que é HAS e as possíveis complicações se não tratada corretamente. Em relação ao tratamento medicamentoso 22,9% tem adesão ao tratamento e 47,8% têm provável adesão. Contudo, não foi encontrada significância estatística entre adesão ao tratamento medicamentoso e idade, sexo, escolaridade e renda. **Conclusão:** Em relação a amostra estudada, a taxa de adesão ao tratamento anti-hipertensivo em geral é baixa, sendo necessário políticas públicas para aumentar o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Hipertensão Arterial; Tratamento; Adesão Medicamentosa.

#### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to know the epidemiological profile of adherence to the medicated and non - medicated treatment of Systemic Arterial Hypertension in hypertensive patients attended at a Basic Health Unit in the city of Criciúma/SC. **Methods:** It's a quantitative, observational cross-sectional study, with 245 patients. Data were collected through the application of two questionnaires, one being the portuguese version of the Brief Medication Questionnaire and the other a questionnaire with subjective questions of multiple choices. **The results show that** 92.9% of those interviewed do not use salt shakers; 63.2% consume industrialized salt sources; 31% consume skim milk products; 51.4% do not diet for SAH; 88.2% stated that they were not active and / or passive smokers; 74.3% never consume alcohol; 68.2% do not practice physical activity; 58.0% control weight; 60.4% can't control anxiety and / or stress; 56.7% received an incentive from the family to adhere to the treatment of hypertension; 78.8% know what is SAH and possible complications if not treated correctly. Regarding drug treatment, 22.9% adhered to the treatment and 47.8% had a probable adherence. However, we did not find statistical significance between adherence to medication treatment and age, sex, schooling and income. **Conclusion:** Regarding the studied sample, the rate of adherence to antihypertensive treatment is generally low, and public policies are needed to increase the degree of adherence to antihypertensive treatment.

**KEYWORDS:** Arterial Hypertension; Treatment; Medication Adherence.

#### Como citar este artigo:

ALBARELLO, JAMILA. SANTOS, ANDRÉ L., GESUINO, DAVID B., MADEIRA, KRISTIAN., FERRAZ, FABIANE. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de pacientes participantes do programa hiperdia de uma estratégia em saúde da família. Revista Saúde (Sta. Maria). 2020; 46 (2).

#### Autor correspondente:

Nome: Jamila Albarello  
E-mail: jamilaalbarello@gmail.com  
Telefone: (55) 997 12-1221  
Formação Profissional: Médica.  
Residente em Clínica Médica no Hospital de Clínicas - Passo Fundo, RS, Brasil.

Filiação Institucional: Universidade do Extremo Sul Catarinense.  
Endereço para correspondência: Rua D. Pedro I, S/N  
Bairro: Centro  
Cidade: Caiçara  
Estado: Rio Grande do Sul  
CEP: 98440-000

#### Data de Submissão:

20/07/2020

#### Data de aceite:

21/10/2020

**Conflito de Interesse:** Não há conflito de interesse



## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em mais de duas aferições medidas no consultório médico e confirmadas por medições fora dele. Na Medição residencial da Pressão Arterial, se realizados conforme protocolos, podemos definir HAS se valores de pressão arterial sistólica for maior ou igual 135mmHg e/ou pressão diastólica maior ou igual a 85mmHg. NA monitorização ambulatorial da Pressão arterial os valores para diagnóstico variam durante a vigília e o sono<sup>1</sup>.

A HAS é considerada um importante problema de saúde pública, devido à sua alta prevalência e baixas taxas de controle, contribuindo significativamente nas causas de morbidade e mortalidade cardiovascular<sup>2</sup>. Dados da *American Heart Association* mostram que 40,6% da mortalidade por doenças cardiovasculares está relacionada ao aumento da pressão arterial, com hipertensão arterial presente em 69,0% dos pacientes com primeiro episódio de infarto agudo do miocárdio, 77,0% de acidente vascular cerebral, 75,0% com insuficiência cardíaca e 60,0% com doença arterial periférica<sup>3</sup>.

A HAS é uma doença multicausal e seus principais fatores de risco são distribuídos entre não modificáveis (história familiar, idade) e modificáveis, como o estilo de vida (tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, excesso de peso)<sup>4</sup>. Deste modo, para tornar o controle da hipertensão mais eficaz, é necessário além do seu tratamento medicamentoso, o controle de seus fatores de risco modificáveis.

A HAS pode ser assintomática por muitos anos<sup>5</sup> e isso faz com que o seu diagnóstico e tratamento sejam negligenciados, contribuindo para baixa adesão ao tratamento. A adesão ao tratamento pode ser definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente<sup>6</sup>. Como a adesão ao tratamento anti-hipertensivo é fundamental para a prevenção de doenças cardiovasculares, deve-se identificar precocemente qualquer possível fator que pode levar a interrupção do tratamento<sup>7</sup>.

No presente trabalho, buscou-se conhecer o perfil epidemiológico da adesão ao tratamento da HAS em pacientes hipertensos inscritos no programa de HIPERDIA de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Criciúma/SC.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo observacional transversal. A coleta de dados primários ocorreu de abril a junho de 2017, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), de um município do sul de Santa Catarina que atende uma população de 4.389 habitantes. A amostra foi composta por 245 pessoas com HAS inscritas no programa de HIPERDIA da UBS. Utilizou-se como critério de inclusão pacientes hipertensos agendados para consulta médica na UBS no período

---

entre dia 7 de abril a 16 de junho de 2017. Excluiu-se da amostra pacientes menores de 18 anos, gestantes com doença hipertensiva específica da gestação, pacientes com problemas cognitivos que impossibilitaram a compreensão e os objetivos do estudo.

Todos os aspectos éticos foram respeitados, sendo que a pesquisa iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, sob o parecer nº 1.949.182, de 06/03/2017. Para os devidos fins, 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 dois questionários aplicados pelos pesquisadores. O primeiro questionário era constituído por variáveis demográficas (faixa etária, sexo, escolaridade) e socioeconômicas (renda familiar), associado a perguntas subjetivas de múltiplas escolhas sobre o hábito de vida do entrevistado (conhecimento sobre HAS e complicações, controle de peso corpóreo, incentivo familiar para tratamento, consumo de produtos lácteos, dieta para HAS, controle de ansiedade e estresse, prática de atividade física, consumo de frituras, uso de sal e sal de mesa, uso de bebida alcoólica), totalizando 14 questões. Todas as perguntas foram elaboradas pelos pesquisadores de acordo com a VII Diretriz Brasileira de HAS<sup>1</sup>. O segundo questionário aplicado tratava-se da versão traduzida para o português do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)<sup>8</sup>, que é padronizado e composto por três domínios: Regime, Crenças e Recordação em relação ao tratamento medicamentoso. Este questionário classifica a adesão de acordo com o número de respostas positivas em: alta adesão (nenhuma resposta positiva), provável alta adesão (uma resposta positiva em qualquer domínio), provável baixa adesão (duas respostas positivas) e baixa adesão (três ou mais respostas positivas)<sup>9</sup>.

Os dados coletados foram organizados em planilhas e posteriormente analisados no software IBM *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 e Microsoft Excel versão 2010. As análises inferenciais foram realizadas com um nível de significância  $\alpha=0,05$  e um intervalo de confiança de 95%. A investigação da existência de associação entre as variáveis qualitativas foi realizada por meio da aplicação do teste qui-quadrado de Pearson.

## RESULTADO

Conforme apresentado na Tabela 1, a amostra estudada foi composta por 245 hipertensos entrevistados, teve predomínio de idade >50 anos (89,8%), do sexo feminino (54,3%); que tinham ensino fundamental incompleto ou completo (77,1%) e da renda familiar entre 2-3 salários mínimos (62%).

**Tabela 1:** Características demográficas e socioeconômicas dos pacientes participantes do programa Hiperdia em estratégia de medicina familiar de uma Unidade Básica de Saúde do município de Criciúma/SC.

---

Variáveis	n (%)
	n = 245

---

Faixa etária (anos)	
18-30	4 (1,6)
31-50	21 (8,6)
>50	220 (89,8)
Sexo	
Feminino	133 (54,3)
Masculino	112 (45,7)
Escolaridade	
Não alfabetizado	12 (4,9)
Ensino fundamental incompleto/completo	189 (77,1)
Ensino médio incompleto/completo	29 (11,8)
Ensino Superior incompleto/completo	15 (6,1)
Renda familiar (R\$)	
Até 1 salário	73 (29,8)
2-3 salários	152 (62,0)
4-5 salários	19 (7,8)
>5 salários	1 (0,4)

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Na Tabela 2 avaliou-se a adesão ao tratamento não medicamentoso da HAS. Segundo as variáveis questionadas, 7,3% dos entrevistados usa saleiro na mesa, 63,2% consomem fontes industrializadas de sal; 15,9% consomem frituras diariamente; 31,0% consomem produtos lácteos desnatados; 48,6% fazem dieta para HAS; 88,2% afirmaram não ser tabagista ativo e/ou passivo; 74,3% nunca consomem álcool; 31,8% realizam atividade física; 58,0% controlam o peso; 39,6% conseguem controlar a ansiedade e/ou estresse; 56,7% recebe incentivo da família para aderir ao tratamento da HAS; 78,8% sabe o que é HAS e as possíveis complicações se não tratada corretamente.

**Tabela 2:** Adesão ao tratamento não medicamentoso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) por pacientes participantes do programa Hiperdia em estratégia de medicina familiar de uma Unidade Básica de Saúde do município de Criciúma/SC.

Variáveis	n (%)
	n = 245
Sabe o que é HAS e suas possíveis complicações se não tratada corretamente.	193 (78,8)
Controla o peso corpóreo	142 (58,0)
Recebe incentivo da família para adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso	139 (56,7)
Consumo de produtos lácteos	
Integrais	137 (55,9)
Desnatados	76 (31,0)
Não consome	32 (13,1)
Faz dieta para HAS	119 (48,6)
Controla a ansiedade e/ou do estresse	97 (39,6)
Realiza atividade física	78 (31,8)
Consome frituras diariamente	39 (15,9)
Usa saleiro na mesa	18 (7,3)
Uso atual de álcool	
Diariamente	5 (2,0)
Nos finais de semana	46 (18,8)
1-2 vezes no mês	12 (4,9)
Nunca	182 (74,3)

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica.

Fonte: Dados da Pesquisa (2020).

Na Tabela 3 observou-se o escore de problemas encontrado pelo BMQ que avalia a adesão ao tratamento medicamentoso. No domínio Regime, 44,5% dos entrevistados falharam em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial; apenas 1,6% interrompeu a terapia devido atraso na dispensação da medicação ou por

outro motivo; 20,8 % relatou falha de dias ou de doses da medicação, apenas 5,3% reduziu ou omitiu doses de algum medicamento, 100,0% respondeu que não tomou dose extra ou medicação a mais do que o prescrito, 24,9% respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas e nenhum entrevistado se recusou a responder a alguma das questões. No domínio Crença, 1,6% relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta da questão “como essa medicação funciona para você” e apenas 2,0% nomeou as medicações que o incomodam. No domínio recordação, 40,4% recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (duas ou mais vezes ao dia) e 20,0% relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a questão referente ao lembrar de tomar remédio.

**Tabela 3:** Escore de problemas encontrados pelo *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) relatados pelos pacientes participantes do programa Hiperdia em estratégia de medicina familiar de uma Unidade Básica de Saúde do município de Criciúma/SC.

Variáveis	n (%) n=245
<b>Regime</b>	
Espontaneamente não listou medicamentos prescritos no relato inicial	109 (44,5)
Relatou que “não sabia” em alguma das questões	61 (24,9)
Relatou alguma falha de dias ou de doses	51 (20,8)
Interrompeu a terapia	13 (5,3)
Reduziu ou omitiu dose de algum medicamento	4 (1,6)
<b>Crenças</b>	
Nomeou as medicações que o incomodam	5 (2,0)
Relatou que não funciona bem ou que não sabe na pergunta referente como essa medicação funciona para você	4 (1,6)
<b>Recordação</b>	
Múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes ao dia)	99 (40,4)
Relato de dificuldade referente ao lembrar de tomar o remédio	49 (18)

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Através da análise do BMQ, conforme apresentado na Tabela 4, observou-se que 22,9% dos entrevistados tem adesão ao tratamento medicamentoso; 47,8% têm provável adesão; 28,2% têm provável baixa adesão e 1,2% têm baixa adesão. O domínio Recordação teve  $\geq 1$  pontos em 53,9%, o domínio Regime em 51,8% das entrevistas e o domínio crença em 2,4%.

No presente estudo não se encontrou significância estatística ( $p > 0,05$ ) entre adesão ao tratamento medicamentoso

e idade ( $p = 0,344$ ), sexo ( $p = 0,974$ ), escolaridade ( $p = 0,812$ ) e renda escolar ( $p = 0,812$ ) do entrevistado.

**Tabela 4:** Análise do *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) aplicado em pacientes participantes do programa Hiperdia em estratégia de medicina familiar de uma Unidade Básica de Saúde do município de Criciúma/SC.

Variáveis	n (%) n=245
Recordação (pontos)	
$\geq 1$	132 (53,9)
Regime (pontos)	
$\geq 1$	127 (51,8)
Crenças (pontos)	
$\geq 1$	6 (2,4)
BMQ	
Adesão	56 (22,9)
Provável adesão	117 (47,8)
Provável baixa adesão	69 (28,2)
Baixa adesão	3 (1,2)

BMQ - Brief Medication Questionnaire.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

## DISCUSSÃO

A presente pesquisa demonstrou que a prevalência da HAS nesta amostra ocorre em idades mais avançadas, no sexo feminino, em pessoas com menor grau de escolaridade e com menor renda, o que corrobora com a VII Diretriz Brasileira de HAS<sup>1</sup>. Vale salientar que alguns autores afirmaram que a diferença na prevalência de HAS entre o sexo feminino e masculino é pequena, provavelmente pela maior prevalência em homens mais jovens e em mulheres mais idosas<sup>10</sup>.

De acordo com a VII Diretriz Brasileira de HAS, para reduzir o risco de doença cardiovascular e morte, o limite de consumo diário de sódio deve ser menor que 2,0g, estando atrelado à diminuição da PA<sup>1</sup>. No presente estudo, confirmou-se que a maioria das pessoas não utiliza saleiro na mesa. O mesmo dado é encontrado em um estudo transversal em Pernambuco o qual ainda afirma que 100,0% dos pacientes classificados como com adesão ao tratamento não usam saleiro na mesa<sup>11</sup>. Porém, encontrou-se que 63,2% consomem fontes industrializadas de sal. Esses resultados confirmam o que mostra a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009 do IBGE<sup>12</sup>, a qual destaca que a origem

da ingestão de sódio domiciliar tem se modificado no Brasil nos últimos anos, pois o maior consumo tem se dado pelo aumento da ingestão de alimentos processados com adição de sal e não pela adição do saleiro a mesa, demonstrando que o hábito de adicionar sal à comida é cada vez menos frequente, porém também exige que profissionais da área da saúde se unam para diminuir o uso de fontes industrializadas de sal.

No presente estudo 15,9% referem ingestão de frituras diariamente. Valor próximo ao encontrado em um trabalho publicado no *Brazilian Journal of Food Technology* onde 12,9% dos entrevistados não diabéticos consomem fritura diariamente<sup>13</sup>.

De acordo com a VII Diretriz de HAS, o aumento da pressão arterial sistêmica ocasionado pelo tabagismo tem papel importante no resultante aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular observadas em indivíduos fumantes, porém não há evidências que cessar o tabagismo reduza a PA<sup>1</sup>. Desde o final da década de 1980, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) através de ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde atrelado a medidas legislativas e econômica visa reduzir o número de tabagistas e proteger a população da exposição à fumaça ambiental do tabaco<sup>14</sup>. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), dados do VIGITEL mostraram que em 2014 10,8% da população afirmava ser tabagista, contra 15,6% do ano de 2006.

Segundo a VII Diretriz Brasileira de HAS, o consumo elevado e crônico de bebida alcoólica aumenta a PA. Um estudo no ano de 2012 comprovou que o uso de bebida alcoólica em mulheres tem efeito protetor caso a ingestão seja inferior a 10g de álcool/dia e risco de HAS se ingestão de 30-40g de álcool/dia; em homens, o risco aumentado de HAS se ingestão a partir de 31g de álcool/dia<sup>1</sup>. No presente trabalho 74,0% afirmaram nunca ingerir bebida alcoólica, valor que se aproxima do encontrado por Silva, Oliveira e Pierin (2016)<sup>15</sup> em que 64,3% dos entrevistados afirmam não ingerir bebida alcoólica.

A ingestão de produtos lácteos, em especial os com baixo teor de gordura (desnatados), é importante para pacientes hipertensos, visto que o leite contém vários componentes como cálcio, potássio e peptídeos bioativos que podem diminuir a PA. Ela afirma que alguns autores defendem a ingestão de produtos lácteos por acreditar que há relação direta entre HAS e baixos níveis de Vitamina D, porém os resultados encontrados em estudos são controversos. No presente estudo apenas 31,0% consomem produtos lácteos desnatados, enquanto 55,9% consomem produtos lácteos integrais<sup>1</sup>. Além disso, a VII diretriz Brasileira de HAS traz a importância da dieta DASH 25 (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) para pacientes hipertensos. Essa dieta é baseada em frutas, verduras, derivados desnatados de leite, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol para todos os pacientes hipertensos. Ela inclui a ingestão de cereais integrais, frango, peixe e frutas oleaginosas; preconiza a redução da ingestão de carne vermelha, doces e bebidas com açúcar. A diretriz ainda cita a dieta do mediterrâneo e as dietas vegetarianas como hipotensoras. Essa mesma diretriz mostra os benefícios das fibras, das oleaginosas, do alho, dos ácidos graxos insaturados, dos laticínios e



---

do chocolate amargo 70% cacau para redução da PA<sup>1</sup>. Segundo o Ministério da Saúde (2014), uma pesquisa realizada pelo Instituto do Coração do Hospital das Clínicas (InCor), apenas 13,5% dos pacientes hipertensos conseguem seguir uma dieta necessária para controlar a PA<sup>16</sup>. No presente estudo 48,6% dos entrevistados afirmaram fazer algum tipo de dieta para a HAS, porém não foi possível detalhar a dieta de cada paciente.

O estudo prospectivo e dinâmico realizado por Beunza et al. (2007), com 11.837 pessoas, publicado no *American Journal of Hypertension* no ano de 2007 sugere fortemente que os baixos níveis de atividades físicas podem ter relação direta e significativa com hipertensão arterial, obesidade, diabetes mellitus, síndrome metabólica e doença cardiovascular<sup>17</sup>. Aconselha-se que pacientes hipertensos realizem, no mínimo, 30 min/dia de atividade física moderada em 5 a 7 dias da semana, dando preferência para o treinamento aeróbico<sup>1</sup>. No presente estudo, 31,8% afirmaram realizar atividade física, valor próximo ao encontrado em um estudo sobre a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial que expressa que 29,6% realizam atividade física<sup>18</sup>.

O estudo *Coronary Artery Risk Development in Young Adults* (CARDIA), mostrou que os pacientes com um acréscimo em seu IMC de 2 kg/m<sup>2</sup> tiveram aumento considerável na pressão arterial<sup>19</sup>, ficando evidente que o aumento de peso está diretamente relacionado ao aumento da PA<sup>1</sup>, sendo de suma importância o baixo IMC em pacientes hipertensos. Conforme a VII Diretriz Brasileira de HAS, no Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram prevalência de excesso de peso (IMC  $\geq$  25 kg/m<sup>2</sup>), 52,5%(1). No presente estudo 42% dos entrevistados não conseguem controlar o peso corporal.

Com relação à ansiedade e estresse, sabe-se que a atividade simpática na HAS está associada ao índice de morbimortalidade cardiovascular<sup>20</sup>. A literatura mostra a importância da redução da ansiedade e estresse no controle da PA, relatando a importância das psicoterapias comportamentais e das práticas de técnicas de meditação, *biofeedback* e relaxamento no tratamento da HAS<sup>1</sup>. O estudo mostrou que 60,4% não conseguem controlar a ansiedade e/ou estresse, resultado semelhante ao encontrado no estudo de Boarolli et al. (2015) com pacientes diabéticos no município de Criciúma (SC), em que 67,6% dos entrevistados apresentaram sintomas de estresse<sup>21</sup>.

A estrutura familiar pode ser facilitadora na adesão, uma vez que o suporte social ajuda o paciente a reduzir atitudes negativas durante o tratamento e oferece motivação para melhora. O estudo publicado no *The American Journal of Geriatric Psychiatry* no ano de 2005 confirma que pacientes que tem suporte emocional e ajuda de membros da família, amigos ou provedores de saúde apresentam maiores chances de terem adesão ao tratamento<sup>22</sup>. No presente trabalho, 56,0% dos entrevistados afirmam ter incentivo da família para adesão ao tratamento.

Quanto ao conhecimento sobre a doença HAS, um estudo realizado no Paquistão demonstrou que pacientes com adequado controle dos níveis tensionais eram os que apresentavam mais conhecimentos sobre a doença<sup>23</sup>. Segundo o

estudo de Barreto, Reiners e Marcon (2014) sobre o conhecimento da hipertensão arterial e fatores associados a não adesão à terapia medicamentosa a maioria dos entrevistados tinham conhecimento da doença<sup>24</sup>, dado que se assemelha ao presente estudo, em que 78,8% referem ter conhecimento a cerca da doença.

Para avaliar o tratamento medicamentoso, aplicou-se um questionário padronizado, o BMQ. Optou-se pelo BMQ pois ele é mais sensível do que as ferramentas existentes e pode ser útil para identificar e diagnosticar problemas de adesão<sup>25</sup>.

No presente trabalho, encontrou-se que 22,9% dos entrevistados tem efetivamente adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e 47,8% tem provável adesão; enquanto 28,2% tem provável baixa adesão e 1,2% tem baixa adesão. Em um trabalho realizado na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, também aplicando o BMQ, 27,2% tem adesão, 35,5% provável adesão e 29,5% provável baixa adesão ao tratamento medicamentoso da HAS<sup>26</sup>. Entretanto, um estudo realizado em Curitiba, mostrou que 9,0% dos entrevistados tem adesão ao tratamento, 32,0% tem provável adesão; 42,0% tem provável baixa adesão e 17,0% tem baixa adesão ao tratamento<sup>27</sup>. Essa discrepância mostra que a adesão ao tratamento da HAS está relacionada com as características particulares de cada população de estudo.

O domínio de crenças, que avalia a presença ou não de medicamentos que não funcionam bem ou causam algum problema, foi o que menos obteve pontuação positiva em nosso trabalho. Apenas 2,4% referiram problema nesse domínio, dado que se assemelha ao encontrado no trabalho sobre os motivos para adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial de Mantovani et al. (2016) (0,7%)<sup>28</sup>. Segundo Soares et al. (2012), a crença do paciente é um forte preditor para adesão ao tratamento, pois quando o paciente não tem conhecimento adequado sobre as características da doença ou acredita que o fármaco pode trazer algum efeito indesejado, o paciente tende a não aderir ao tratamento<sup>29</sup>.

No domínio "Regime", que diz respeito as dificuldades do paciente em nomear as medicações e doses utilizadas, além do relato de falha de dias, 51,8% relataram alguma dificuldade nesse domínio, semelhante ao estudo sobre a utilização do BMQ na adesão medicamentosa de hipertensos realizado por Montovani et al. (2015), em que 55,0% relataram problema nesse domínio<sup>28</sup>. No presente trabalho, os principais problemas estavam relacionados em listar os medicamentos prescritos (44,5%) e na falha de dias ou doses (20,8%). Os mesmos problemas são os principais encontrados no trabalho de Montovani et al. (2016)<sup>29</sup>, porém neste, tivemos porcentagens muito menores: 6,9% falharam em listar os medicamentos prescritos e 5,4% relataram falhas de dias ou de doses.

No domínio "Recordação", 53,9% tiveram pontuação positiva para não adesão, resultado próximo ao relatado por Montovani et al. (2015), em que 61,0% relataram algum problema nesse domínio<sup>27</sup>. No presente trabalho o principal problema diz respeito a múltiplas doses diárias (40,4%) e ao relato de dificuldades para lembrar de tomar a medicação (20,0%).

Neste estudo não se encontrou significância estatística entre adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e

---

idade, sexo, escolaridade e a renda ( $p > 0,05$ ). Um estudo transversal realizado em Londrina no Paraná 2007 com 695 hipertensos também não evidenciou associação entre o sexo e a adesão ao tratamento farmacológico, assim como não mostrou relação entre a escolaridade e a adesão ao tratamento da HAS<sup>18</sup>, o que corrobora o presente estudo. Contudo, um estudo de revisão integrativa identificou nas literaturas nacional e internacional que indivíduos do sexo masculino, idade avançada, baixa condição socioeconômica e escolaridade estão associados a menor adesão ao tratamento<sup>29</sup>. Esses resultados conflitantes encontrados na literatura comprovam que a adesão ao tratamento da HAS é considerada um processo comportamental complexo influenciado pelo meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde, assistência médica, fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais<sup>28</sup>.

Além disso, não se detalhou a dieta de cada paciente e o tempo, a intensidade, a frequência da atividade física; não foi possível pesar cada paciente para avaliar se está no peso adequado, porém manteve-se o objetivo do trabalho visando avaliar de forma subjetiva cada variável relacionado ao tratamento não medicamentoso da HAS – compatível com a maioria dos estudos encontrados com a mesma finalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A taxa de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso da HAS em geral é baixa, o que contribui para que as doenças cardiovasculares continuem sendo as principais causas de morte por doença crônica não transmissível do país. São necessárias políticas públicas associadas a abordagens multidisciplinares para aumentar o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, tais como, campanhas semelhantes ao “outubro rosa” e “novembro azul”, relacionadas à prevenção do câncer de mama e próstata respectivamente, que tem grande impacto sobre a população, os meios de comunicação em massa e redes sociais, melhorar a capacitação das equipes de saúde, onde através da educação permanente dos profissionais envolvidos com o cuidado (médicos, enfermeiros, nutricionistas, educadores físicos, agentes de saúde) possa haver um maior grau de sensibilização e entendimento pela população, além de reforçar constantemente a necessidade de persistir com um tratamento que pode se estender pela vida toda dos pacientes, com medidas farmacológicas e não farmacológicas já amplamente discutidas neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

1. Malachias MVB, Plavnik FL, Machado CA, Malta D, Scala LCN, Fuchs S. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2016. 107( 3 Supl 3 ): 1-6.

DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20160151>.

2. Moraes AAL, Avezum Junior A. O Impacto da hipertensão arterial no mundo. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p.11 19.
3. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL et al. Heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the american heart association. *Circulation*. 2014;129:e28-e292. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.cir.0000441139.02102.80>.
4. Borges HP, Cruz NC, Moura EC. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. *Arq Bras Cardiol*. 2008; 91(2):110-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2008001400007>.
5. Pierin AMG, Silva SSBE, Colósimo FC, Toma GA, Serafim TS, Meneghin P. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. 2016;50(5):763-770. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000600008>.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI diretrizes brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95 (1 supl1):1-51.
7. Borghi C, Cicero AFG. How to avoid the depression of the adherence to antihypertensive treatment?. *Journal of Hypertension*. 2013; 31(7):1362–1363. DOI: 10.1097/HJH.0b013e328362a34a.
8. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2):279-89. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000013>.
9. Tavares NUL, Mengue SS. Adesão ao tratamento medicamentoso em idosos e hipertensos [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutorado em Epidemiologia; 2012 [citado em 01 set. 2017]. 137 p. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143370/000859867.pdf?sequence=1>>.
10. Hajjar I, Kotchen JM, Kotchen TA. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. *Annu Rev Public Health*. 2006; 27: 465-490. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.27.021405.102132>.
11. Nunes MGS, Silva AR, Bernardino AO, Oliveira BL, Barreto Neto AC. Prevalência e fatores associados a coope-

---

ração do paciente portador de hipertensão arterial. *Acta Paul Enferm.* 2015;28(4):323-30. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500055>.

12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acessado 11 jun. 2015]. p. 52. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009\\_aquisicao/pof20082009\\_aquisicao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_aquisicao/pof20082009_aquisicao.pdf).

13. IOP SCF, Teixeira E, Deliza R. Comportamento alimentar de indivíduos diabéticos. *Braz. J. Food Technol.* 2009; II SSA: 36-43.

14. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. Número de fumantes no Brasil cai 30,7% nos últimos nove anos [Internet]. 2015 [citado em 12 set. 2017]. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/numero\\_fumantes\\_cai\\_30\\_virgula\\_sete\\_por\\_cento\\_em\\_nove\\_anos](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2015/numero_fumantes_cai_30_virgula_sete_por_cento_em_nove_anos)>.

15. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm. USP.* 2016; 50(1):50-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000100007>.

16. Ministério da Saúde (BR). Apenas 13% dos hipertensos seguem dieta para controlar a pressão [Internet]. 2014 [citado em 5 mai. 2017]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/04/apenas-13-dos-hipertensos-seguem-dieta-para-controlar-a-pressao>>.

17. Beunza JJ, Martínez-González MA, Ebrahim S et al. Sedentary behaviors and the risk of incident hypertension: the SUN Cohort. *Am J Hypertens.* 2007;20(11):1156-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amjhyper.2007.06.007>.

18. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2013; 18(6):1763-72. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>.

19. Lloyd-Jones DM, Liu K, Colangelo LA et al. Consistently stable or decreased body mass index in young adulthood and longitudinal changes in metabolic syndrome components: the Coronary Artery Risk Development in Young Adults Study. *Circulation.* 2007; 115(8):1004-11.

20. Kaplan NM. Systemic hypertension: mechanisms and diagnosis. In: Braunwald E, editor. Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine. Philadelphia: WB Saunders; 1997. p. 807-39.

21. Boarolli M, Ferreira NC, Bavaresco DV et al. Perfil e prevalência de fatores emocionais (estresse e depressão) em pacientes com diabetes tipo 2. *Revista Iniciação Científica*. 2015; 13(1):67-82.

22. Voils CI, Steffens DC, Flint EP, Bosworth HB. Social Support and locus of control as predictors of adherence to antidepressant medication in an elderly population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(2):157-65. DOI: <https://doi.org/10.1097/00019442-200502000-00010>.

23. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good Knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension a multicenter cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012;5:57. DOI: <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-579>.

24. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Rev Latino-am Enferm*. 2014; 22(3):491-498. DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442.

25. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública*. 2013; 47(6):1092-1101. DOI: 10.1590/S0034-8910.2013047004834.

26. Gomes JI. Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/BA [trabalho de conclusão de curso]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), Especialização em Saúde da Família; 2013 [citado em 14 mai. 2017]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2013/especializacao/Juliana%20Invencao%20Gomes.pdf>.

27. Mantovani MF, Mattei AT, Arthur JP, Ulbrich EM, Moreira RC. Utilização do brief medication questionnaire na adesão medicamentosa de hipertensos. *Rev Enferm Ufpe On Line*. 2015; 9(1):84-90. DOI: 10.5205/reuol.6817-60679-1-ED.0901201512.