

Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos

Influential factors in the antihypertensive therapy compliance in hypertensive patients

Evandro José Cesarino¹, Paula Barbosa de Oliveira Sigoli², Veronica Cestari Lourenço¹, Flávia Tortul Cesarino², Regina Célia Garcia de Andrade¹

Resumo

Introdução: A não adesão à terapia medicamentosa em pacientes com doenças crônicas em tratamento em longo prazo em países desenvolvidos é em média 50%, revelando a importância de serem avaliados os motivos que levam a esse comportamento. **Objetivo:** Analisar os fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo de hipertensos em uma unidade pública de saúde. **Casística e Métodos:** Estudo observacional, do tipo transversal. Havia 1.601 pacientes atendidos em 1999 na unidade pública de saúde. Para o cálculo o tamanho amostral considerou-se a variável dicotômica “controle da hipertensão” e que a proporção dos casos controlados não ultrapassasse 30% dos hipertensos. O erro de amostragem foi de 0,03, com um nível de confiança de 95%. Foi realizado um sorteio entre os pacientes com idade igual ou superior a 20 anos, de ambos os gêneros, portadores de hipertensão arterial, segundo critérios do *Joint National Committee VII*, em uso de qualquer anti-hipertensivo. **Resultados:** Foram entrevistados 402 indivíduos, sendo 288 (71,6%) do gênero feminino (103 (36%) com pressão arterial controlada) e 114 (28%) do masculino (49 (43%) com pressão arterial controlada), com média de idade de 64,2 ± 10,7 anos. A não compreensão da receita médica informada por 55 (29,8%) indivíduos esteve significativamente relacionada com o não controle da pressão arterial ($p < 0,01$). O uso de medicamentos, acompanhamento de saúde e conhecimento da hipertensão não se correlacionaram com o controle da pressão arterial. **Conclusão:** Há influência significativa de diversos fatores na adesão ao tratamento da hipertensão que podem ser mais bem abordados na prática clínica prestada aos hipertensos usuários do Sistema Público de Saúde, visando um melhor controle da pressão a curto, médio e longo prazos, reduzindo as complicações e o ônus gerado por esta patologia no nível da saúde pública.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; Doenças Cardiovasculares; Saúde Pública; Fatores de Risco.

Abstract

Introduction: Non-adherence to drug therapy in patients with chronic diseases in long-term treatment in developed countries is on average 50%. Thus, it is important to evaluate the reasons that lead to this behavior. **Objective:** Analyze influential factors on adherence to antihypertensive treatment of hypertensive patients in a public health unit. **Patients and Methods:** We carried out an observational, cross-sectional study. In 1999, 1,601 patients were attended at a public health unit. In order to calculate the sample size, the variable “hypertension control” was considered dichotomous. The proportion of controlled cases could not exceed 30% of hypertensive patients. The margin of error was 0.03 with a 95% confidence interval. We carried out a drawing among patients aged, 20 and over, of both genders, with arterial hypertension according to criteria of the VII Joint National Committee and in use of any antihypertensive. **Results:** We interviewed 402 individuals, 288 (71.6%) were female (103 (36%) with controlled blood pressure) and 114 (28%) were male (49 (43%) with controlled blood pressure), mean age of 64.2 ± 10.7 years. Failure to understand the prescription was reported by 55 (29.8%) subjects, and it was significantly related to the uncontrolled blood pressure ($p < 0.01$). The use of drugs, health monitoring, and hypertension knowledge did not correlate with blood pressure control. **Conclusion:** There is a meaningful influence of various factors on drug therapy adherence of hypertensive patients. The understanding of these factors may help to improve assistance of hypertensive patients in the Public Health System. A better control of blood pressure in the short, medium, and long-term may reduce the complications and the financial burden generated by this disease in terms of public health.

Descriptors: Hypertension; Medication Adherence; Cardiovascular Diseases; Public Health; Risk Factors.

¹Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FCFRP/USP)-Ribeirão Preto-SP-Brasil.

²Associação Ribeirãopretana de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Hipertenso (AREPAH)-Ribeirão Preto-SP-Brasil.

Conflito de interesses:

Não

Contribuição dos autores: EJC orientação do projeto, delineamento do estudo, coleta, etapas de execução, discussão dos achados e redação do manuscrito. PBOS tabulação, discussão dos achados e redação do manuscrito. VCL tabulação, discussão dos achados e suporte na redação do manuscrito. FTC tabulação, discussão dos achados e suporte na redação do manuscrito. RCGA orientação do projeto, delineamento do estudo, discussão dos achados e redação do manuscrito.

Contato para correspondência: Paula Barbosa de Oliveira Sigoli

E-mail: paulab_nutro@yahoo.com.br

Recebido: 28/11/2016; **Aprovado:** 12/03/2017

Introdução

Em 2014, a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), no mundo, em adultos acima de 18 anos foi estimada em 22%⁽¹⁾. Há relatos de que a HAS ocasionou 9,4 milhões de mortes em 2010⁽²⁾. Segundo os dados do estudo VIGITEL (2014), referentes ao período de 2012, a taxa de frequência da HAS foi de 24,3% no Brasil. Em indivíduos de 65 anos ou mais, foi de 59,2%. Na região Sudeste foi de 25,8% no geral e nos idosos (65 anos ou mais) foi de 59,7%⁽³⁾. Observou-se em municípios da região urbana de Ribeirão Preto - SP uma prevalência de 40,5% de HAS na faixa etária de 30 a 69 anos, chegando a atingir 60,3% nos idosos⁽⁴⁾. Importante atualização clínica⁽⁵⁾ realizada sobre o controle terapêutico de HAS em publicações nacionais revelou uma variação de 8,8% na cidade de Ilha do Governador, RJ a 52,4% em São José do Rio Preto - SP⁽⁶⁾ e 57,6% em 100 municípios brasileiros⁽⁷⁾ detectada em estudos de base populacional.

A adesão ocorre quando o paciente segue as recomendações fornecidas pelo profissional da saúde quanto ao uso de medicamentos, cumprimento da dieta e mudanças no estilo de vida, constituindo-se em um fenômeno multidimensional e determinado socioculturalmente, manifestando-se de diferentes formas em distintos grupos populacionais, conforme a sua localização geográfica, seus hábitos de vida, suas condições de saúde, organização dos serviços assistenciais, entre outras situações⁽⁸⁾. Dentre os fatores que aumentam a adesão ao tratamento poderíamos citar: o envolvimento da família e a educação continuada do paciente sobre a patologia e seu tratamento. Dificuldades de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos e a ineficácia dos fármacos podem contribuir para não adesão ao tratamento. A ausência de sintomas e o fato da HAS ser uma doença crônica são dois aspectos que contribuem fortemente para a baixa adesão ao tratamento. Além disso, problemas com regimes terapêuticos complexos, efeitos adversos; orientações insuficientes para entender e seguir a prescrição, relação médico-paciente inadequada, ou mesmo impossibilidade de arcar com o custo do tratamento são situações que igualmente levam à baixa adesão⁽⁹⁾.

A maior parte das intervenções aplicadas para aumentar a adesão alcançam índices inferiores a 50%⁽⁹⁾. A avaliação do impacto da não adesão representa um desafio, devido pouca disponibilidade de informações que analisam fatores associados a eventuais complicações, hospitalizações, mortes e custos diretos e/ ou indiretos⁽⁸⁾.

O objetivo do estudo foi identificar os fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo de uma amostra de pacientes hipertensos oriundos de uma unidade pública de saúde.

Casuística e Métodos

O Ambulatório de Cardiologia e Hipertensão Arterial Prof. Sérgio Henrique Ferreira do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CSE - FMRP - USP) atendeu 1.601 pacientes durante o ano de 1999. Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se a variável dicotômica "controle da HAS" e

sabe-se que a proporção dos casos controlados não ultrapassa 30% dos hipertensos, segundo os principais estudos da literatura a este respeito. O erro de amostragem foi de 0,03, com um nível de confiança de 95%. Isto significa que, estimada a proporção dos pacientes com controle da HAS estará entre os valores $p - 0,03$ e $p + 0,03$. Foi obtida uma amostra de 402 portadores de HAS, segundo os critérios do JNC VIII⁽¹⁰⁾, sendo numerados e identificados, escolhidos aleatoriamente, por meio de sorteio, para evitar vícios de amostragem. Os indivíduos incluídos no estudo foram somente adultos, excluídas gestantes e poderiam utilizar qualquer medicação anti-hipertensiva.

O estudo foi de caráter observacional, do tipo transversal. Os pacientes somente foram incluídos após assinatura da declaração de consentimento pós-informação.

Foi utilizada uma ficha epidemiológica para obtenção de dados antropométricos, anamnese e exame físico realizado pelo investigador principal (médico) e um inquérito complementar com 63 questões objetivas, com respostas dicotômicas (do tipo sim/não), relativas aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento da HAS, tais como: relacionados ao medicamento, ao paciente, à doença, à relação médico-paciente e à instituição. A medida da adesão ao tratamento da HAS foi avaliada pelo controle terapêutico da doença. A pressão arterial (PA) foi considerada controlada com níveis pressóricos inferiores a 140 por 90 mmHg, de acordo com o JNC VIII⁽¹⁰⁾. A PA foi aferida somente no período da manhã, por meio de 3 medidas casuais com intervalo de cinco minutos, na posição sentada, no mesmo braço, com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio de mesa (marca: Oftec), devidamente calibrado. A estruturação do banco de dados foi realizada pelo programa Epi-Info versão 6.04, para análise detalhada das variáveis estudadas. O teste estatístico utilizado para avaliação da significância foi o *Teste Qui-Quadrado*.

O Projeto de pesquisa foi submetido ao parecer da Comissão de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (CEP/FCFRP) da Universidade de São Paulo, dentro de um projeto global denominado "Estudo do controle terapêutico e das comorbidades de indivíduos portadores de hipertensão arterial numa unidade pública de saúde de Ribeirão Preto - SP", sendo aprovado com o nº 05/2000.

Resultados

A média e desvio padrão da idade dos participantes do estudo foi $64,2 \pm 10,7$ anos.

O perfil da amostra de hipertensos está exposto na Tabela 1.

Tabela 1. Variáveis socioeconômicas de hipertensos de uma unidade pública de saúde de Ribeirão Preto – SP, segundo o controle da PA. Ribeirão Preto, SP, 2000.

Variáveis	N	%	PA <140/90 mmHg		PA >140/90 mmHg	
			N	%	N	%
Sexo						
Masculino	114	28,4	49	43,0	65	57,0
Feminino	288	71,6	103	36,0	185	64,0
Raça						
Branca	310	77,1	125	40,3	185	59,7
Não Branca	92	23,9	26	28,0	66	72,0
Escolaridade						
Analfabetos/ Ensino Fundamental incompleto	293	73,1	109	37,2	184	62,8
Ensino Fundamental completo/ Ensino médio ou superior	103	25,6	63	61,2	40	38,8
Não responderam	6	1,5				
Renda familiar *						
< R\$500	162	42,0	55	33,7	107	66,3
≥ R\$500 e < R\$1000	143	37,0	52	36,4	91	63,6
≥ R\$1000	83	21,0	44	53,0	39	47,0

* Apenas 388 pacientes responderam a renda familiar.

Observou-se que, 65 (16,4%) indivíduos relataram alguma dificuldade para a compra de medicamentos devido ao seu custo. A baixa renda familiar torna difícil o acesso ao tratamento e a compra de medicamentos.

Considerando a presença de algum grau de dificuldade para seguir corretamente o tratamento anti-hipertensivo, 43 (10,7%) afirmaram apresentar alguma dificuldade. Por meio de análise estatística da relação entre as dificuldades para seguir o tratamento e o controle da PA, observa-se que, no presente estudo, não houve relação significativa entre essas variáveis, de forma que o valor de *p* encontrado foi 0,15.

Em relação ao controle da PA, dentre os indivíduos com níveis pressóricos normais, 12 (7,9%) afirmaram encontrar dificuldades para seguir o tratamento por motivo de abandono; e dentre aqueles com níveis pressóricos elevados, 12,6% relataram o mesmo fato. Sessenta e três (15,9%) indivíduos alegaram motivos para não tomarem os medicamentos, conforme a prescrição médica; 324 (81,8%) relataram não haver motivo para não tomar os medicamentos, conforme prescrição médica e 9 (2,3%) não responderam à questão (Tabela 1).

Foi observado que não houve diferença significativa no controle da PA entre os indivíduos que afirmaram e os que não afirmaram ter dificuldade de conseguir os medicamentos (*p*=0,77).

Quando questionados se a receita com múltiplos medicamentos prejudica o seguimento correto do tratamento, 73 (18,2%) indivíduos responderam afirmativamente, sendo que 70,6% preferem medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia. Ainda sobre o uso de medicamentos, 19 (8,2%) afirmaram abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular em virtude

de efeitos adversos e 8,0% já pensaram em desistir do tratamento pelo fato de não terem sintomas da doença. Um aspecto interessante é que 6,5% afirmaram tomar maior quantidade de medicamentos na presença de sintomas de HAS.

Em contrapartida, com relação ao abandono do tratamento nos últimos 30 dias, 40 (10,0%) indivíduos suspenderam os medicamentos prescritos para o seu tratamento anti-hipertensivo (Tabela 2).

Quanto à discussão de suas preocupações sobre HAS com seu médico, observou-se que, 88,3% sentem-se à vontade para conversar e discutir suas preocupações sobre a doença.

A prática de medidas casuais periódicas da PA foi relatada por 73,9% dos indivíduos entrevistados. Com relação à frequência de medidas da PA realizadas, 55,7% afirmaram medir a pressão em intervalos de até 6 meses, 1,0% apenas uma vez ao ano, 41,0% somente quando necessário e 2,2% referiram não realizarem medidas periodicamente.

Os resultados referentes ao uso dos medicamentos (frequência, satisfação e cuidados para com o tratamento medicamentoso em geral), compreensão de instrução médica, apoio familiar, número de consultas médicas e conhecimento sobre as complicações da HAS foram comparados com níveis pressóricos normais e elevados, conforme Tabela 2.

Tabela 2. Variáveis relacionadas ao uso de medicamentos, seguimento clínico e conhecimento sobre a doença em hipertensos de uma unidade de saúde de Ribeirão Preto – SP, segundo o controle da PA. Ribeirão Preto, SP, 2000.

Variável	N	%	PA <140/90mmHg		PA >140/90mmHg		p*
			N	%	N	%	
Uso de medicamentos							
Dificuldade para uso contínuo	29	7,2	10	34,5	19	65,5	
Satisfeito com o medicamento	374	93,0	145	38,7	226	61,3	0,11
Cuidadoso com o tratamento	306	76,3	123	40,0	183	60,0	0,9
Seguimento clínico							
Compreensão das instruções médicas	101	25,1	33	32,7	68	67,3	0,22
Compreensão receita da médica	184	45,7	55	29,8	129	70,2	<0,01
Nº de consultas/por ano							
0	20	5,0	4	20,0	16	80,0	
1	67	17,0	39	42,0	28	58,0	
2	148	37,0	94	36,5	54	63,5	
3	72	18,0	46	36,0	26	64,0	
4 ou +	95	23,0	54	43,2	41	56,8	
Apoio familiar	307	76,7	117	38,0	190	62,0	0,79
Conhecimento sobre a doença							
Conhecimento sobre as complicações	355	63,2	129	36,0	226	64,0	0,09
Utilização de materiais educativos sobre HAS	190	47,3	78	41,0	112	59,0	0,2

*Teste qui-quadrado

Dentre os indivíduos entrevistados, 7% deles indicaram a razão para não seguir corretamente o tratamento baseado na frequência de uso dos medicamentos, sendo que 70,6% alegaram que preferem medicamentos que possam ser tomados apenas uma vez ao dia.

O maior percentual de indivíduos estudados ($n = 315$, 78,4%) relata a realização de pelo menos duas consultas anuais.

A dificuldade para compreender instruções gerais não se relacionou significativamente com o controle da PA ($p=0,22$), porém, há relação significativa do controle da PA com a compreensão da receita médica ($p<0,01$).

Discussão

Ocorreu predomínio do sexo feminino entre os indivíduos estudados. A PA aumenta com a idade, o que pode ser explicado pela rigidez arterial, determinante da HAS, relacionada ao envelhecimento⁽¹¹⁾. Quanto à predominância da faixa etária igual ou superior a 65 anos, justifica-se a ocorrência pelo fato de que a medida em que a população vai envelhecendo, a PA se eleva. Atualmente, a ocorrência de HAS em idosos brasileiros alcança o percentual de 59,2%⁽³⁾.

Apesar da maior proporção de indivíduos da raça branca neste estudo, 183 (79,2%), a Pesquisa Nacional de Saúde em 2013⁽¹²⁾, demonstrou superioridade entre a soma dos negros e pardos versus brancos (44,2 vs 22,1%), respectivamente. Os indivíduos da raça negra apresentaram menor controle da PA (28%) do que os indivíduos brancos (40,3%). A porcentagem superior de negros com a PA descontrolada no presente estudo é condizente com os dados existentes na literatura sendo que, em geral, a PA é, ligeiramente, mais alta na etnia negra em relação à branca⁽¹²⁾.

A baixa condição socioeconômica, além de estar associada a maior prevalência de HAS, também é um fator limitante para acesso ao tratamento e para aquisição de medicamentos. Aqueles com renda inferior a R\$500,00 apresentaram porcentagem de controle da PA (33,7%) inferior daqueles com renda acima de R\$500,00 reais (47,0%). O grau de controle da PA foi maior entre indivíduos com pelo menos o 1º Grau Completo (61,2%) em relação àqueles sem grau de instrução escolar ou 1º Grau incompleto (37,2%). O nível social mais baixo está ainda associado a maior prevalência de HAS e de fatores de risco para a elevação da PA⁽¹³⁾.

O controle terapêutico da HAS foi baixo (apenas 37,8%) na amostra estudada. Entre os homens, 43,0% apresentaram PA controlada, enquanto o controle obtido entre as mulheres foi de 36,0%. Estudos da literatura descrevem uma maior adesão ao tratamento e preocupação com a saúde em mulheres e, consequente, maior controle da PA^(14, 15).

Algumas características do tratamento medicamentoso influenciam na adesão ao tratamento. Entre estas características destacam-se principalmente o custo, efeitos adversos, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. O fator econômico foi colocado em primeiro lugar entre os motivos que interferem negativamente no tratamento da HAS, contradizendo com o fato de que a maioria dos medicamentos prescritos aos indivíduos incluídos no estudo foi dispensada pelas farmácias do Serviço Único de Saúde (SUS) de Ribeirão Preto- SP. Apesar

disso, o custo deve ser uma consideração importante na seleção do medicamento a ser prescrito, pois, sem dúvida, influencia na adesão ao tratamento^(16,17).

Estudos da literatura apontam vários fatores externos que impedem a adesão, como falta de tempo para tomar os medicamentos ou para consulta médica, custo do tratamento, custo de uma dieta saudável, falta de plano de saúde e esquecimento, como observado no nosso estudo⁽¹⁸⁾.

Um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, concluiu que mais da metade dos pacientes entrevistados apresentou insuficiente grau de adesão, mesmo possuindo número superior de fatores facilitadores à terapêutica medicamentosa em detrimento de fatores que dificultam a continuidade do tratamento⁽¹⁹⁾.

Outro estudo descreveu que um terço dos participantes apresentava baixa adesão, sendo que os fatores que mais contribuíram para essa situação foram a interrupção do esquema posológico diário no uso de medicamentos (59,8%), e 65,3% afirmaram receber um esquema de múltiplas doses de medicamentos (duas ou mais vezes/dia)⁽²⁰⁾.

O tratamento farmacológico deve ser efetivo, ter pouco ou nenhum efeito adverso e não interferir negativamente na qualidade de vida, ao contrário, pode levar ao abandono do tratamento ou fazê-lo de forma irregular. Estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, revelou que 58% de idosos hipertensos interromperam o tratamento da HAS devido aos efeitos adversos dos medicamentos⁽¹⁷⁾. Conclui-se assim, que apesar da evolução dos fármacos anti-hipertensivos, os efeitos adversos ainda são responsáveis por grande parte do abandono ao tratamento.

Quanto ao abandono do tratamento, somente 7,2% dos indivíduos incluídos neste estudo afirmou abandonar o tratamento ou fazê-lo de forma irregular, em virtude de efeitos adversos dos medicamentos utilizados, o que diverge da literatura, fato que pode ser explicado por uma maior conscientização da doença e de suas complicações na população estudada, reforçando a necessidade da continuidade do tratamento independente da ausência dos sintomas. O baixo percentual talvez possa ser explicado também por um seguimento clínico mais próximo, sendo relatados ao médico nos retornos, os efeitos adversos encontrados e providenciado imediatamente a troca do mesmo. Outro fato solicitado da população estudada diz respeito ao reajuste de dose de medicamentos na presença dos sintomas da doença. O maior percentual de indivíduos estudados (78,4%) indica a realização de pelo menos duas consultas anuais no tratamento realizado. O número de consultas realizadas durante um ano constitui-se em um fator importante para o melhor controle da PA, sendo que, os que não realizaram consultas nesse período, somente 20,0% estavam com a PA controlada. Entre aqueles que realizaram pelo menos quatro consultas anuais, 43,2% estavam com PA controlada. Estudo realizado em Londrina – PR, observou que a maior frequência de consultas médicas associou-se a uma maior adesão⁽²¹⁾. Esta situação parece indicar que a maior preocupação dos hipertensos com seu estado de saúde, o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde geram maior conhecimento sobre sua condição, o que pode contribuir para um melhor cumprimento da terapia anti-hipertensiva. Desta forma, o acesso aos serviços de saúde e a consultas médicas

deve ser garantido, visando minimizar riscos de não adesão ao tratamento⁽²²⁾.

A prática periódica de medidas casuais da PA foi relatada por 297 (73,9%) indivíduos e 360 (89,5%) afirmaram estar satisfeitos com relação ao nível de comunicação com o seu médico.

Quanto ao grau de satisfação com o medicamento utilizado para HAS, observou-se que a grande maioria (93,0%) dos hipertensos avaliados está satisfeita, porém essa variável não obteve correlação estatística com o controle da PA.

Aproximadamente 77,0% dos indivíduos se consideram cuidadosos de uma maneira geral quanto ao seu tratamento, por exemplo, tomar a quantidade certa de medicamento em horários previamente estabelecidos; tais atitudes podem ser consideradas por si só, relevantes para o controle da PA.

Dois aspectos críticos para a utilização de medicamentos são a qualidade da prescrição e o grau de compreensão por parte do paciente⁽²³⁾. A habilidade do paciente em compreender a prescrição medicamentosa é fundamental para o sucesso no uso dos medicamentos⁽²⁴⁾, de tal forma que a compreensão correta repercute diretamente na segurança e no sucesso do tratamento. Foi observado que 25,1% dos indivíduos têm algum grau de dificuldade para compreender as instruções dos médicos, sendo esse um dado importante a ser observado na prática clínica para melhorar a adesão ao tratamento. A compreensão da receita médica foi a única variável que apresentou correlação estatística com o controle da PA ($p < 0,01$). A receita médica escrita é a primeira fonte de informação oficial fornecida ao paciente⁽²³⁾. Pacientes frequentemente apresentam dúvidas após a consulta em relação a prescrições contendo símbolos e abreviaturas, letra ilegível e esse fato tem contribuído para a falta de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso⁽²⁴⁾.

Estudo realizado em São Paulo – SP, revelou que a motivação familiar para os pacientes hipertensos tomarem os seus medicamentos foi maior no grupo dos que aderiram ao tratamento, 40 (59,7%) em comparação ao grupo dos não aderentes, 3 pacientes (30,0%)⁽²⁵⁾. No presente trabalho, 76,8% obtiveram a compreensão e o apoio da família para a realização do tratamento, porém

o apoio não contribuiu de maneira significativa em relação ao controle da PA ($p = 0,79$).

O conhecimento sobre as complicações da HAS para o cérebro, coração, rins e vasos foi uma das variáveis analisadas e aproximadamente 63,0% relataram não ter conhecimento das complicações decorrentes da HAS para esses órgãos. Os resultados mostram que o conhecimento das complicações não foi um fator de grande significância para controle da PA, uma vez que, os indivíduos hipertensos apresentaram maior conhecimento a respeito das complicações (90,4%) em relação àqueles com níveis pressóricos normais (84,9%).

Os materiais educativos são importantes meios de transmissão de informações à população e tem por objetivo o desenvolvimento de comportamentos desejáveis, sendo estes, de prevenção ou de tratamento. No presente estudo, 47,0% dos indivíduos afirmaram terem recebido, pelo menos uma vez, materiais educativos a respeito de HAS. Observou-se assim, que o recebimento, por si só, não têm relação significativa com o controle da PA ($p = 0,2$). A realização de estudos como este em usuários do SUS, reveste-

-se de importância prática para refletirmos sobre a qualidade e efetividade dos atendimentos prestados a esta população, haja visto, que um mau controle terapêutico da HAS pode acarretar a curto, médio e longo prazo, o surgimento de complicações da doença em seus órgãos alvo, bem como, um aumento da morbimortalidade cardiovascular, além do fato de existirem poucos estudos de controle terapêutico da HAS realizados em populações brasileiras⁽⁵⁾.

Conclusão

O objetivo do estudo foi identificar os fatores relacionados ao medicamento, ao paciente, à doença, à relação médico-paciente e à instituição que poderiam influenciar na adesão ao tratamento anti-hipertensivo de uma amostra de pacientes hipertensos oriundos de uma unidade pública de saúde.

A análise das variáveis estudadas relacionadas à adesão ao tratamento da HAS revelou que a compreensão da receita médica pode afetar de maneira significativa o controle terapêutico da doença. Sendo assim, uma melhor abordagem deste aspecto, na prática clínica diária prestada aos indivíduos hipertensos usuários do SUS, poderia proporcionar um melhor controle da PA a curto, médio e longo prazo, reduzindo as complicações da doença e o ônus gerado por esta importante entidade nosológica no nível da saúde pública.

Referências

1. World Health Organization - WHO. Global status report on non-communicable diseases 2014 [monografia na Internet]. Switzerland: WHO; 2014 [acesso em 2016 Jul 15]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1
2. LIM SS et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [periódico na Internet]. 2012 Dez [acesso em 2016 Jul 15];380(9859); [aproximadamente 72 p.]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/arti-cles/PMC4156511/pdf/nihms589916.pdf>
3. Ministério da Saúde [homepage na Internet]. Brasília (BF): Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2016 Jul 12]. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*; [aproximadamente 37 telas]. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/72/553a243c4b9f3.pdf>
4. Ribeirão Preto. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde Ribeirão Preto. *Protocolo e Atendimento em Hipertensão e Diabetes* [monografia na Internet]. Ribeirão Preto; 2011 [acesso em 2016 Jul 12]. Disponível em: <https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/prot-hipertensao.pdf>
5. Pinho NA, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):e65-73. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20130173>.
6. Cipullo JP, Martin JF, Ciorlia LA, Godoy MR, Cação JC, Loureiro AA, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. *Arq Bras Cardiol*. 2010;94(4):519-26.

7. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DSd, Thumé E, et al. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):543-50. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000027>.
8. World Health Organization - WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [monografia na Internet]. Geneva: WHO; 2003 [acesso em 2017 Mar 17]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>
9. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keenanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;11:CD000011.
10. James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA* [periódico na Internet]. 2013 Dez. [acesso em 2016 Jul 12];311(5): [aproximadamente 14 p.]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352797>. doi: 10.1001/jama.2013.284427.
11. Pakter HM, Fuchs SC, Maestri MK, Moreira LB, Dei Ricardi L, Pamplona VF, et al. Computer-assisted methods to evaluate retinal vascular caliber: what are they measuring? *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2011;52(2):810-5. doi: 10.1167/iops.10-5876.
12. Andrade SSA, Stopa SR, Brito AS, Chueri PS, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):297-304. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000200012>.
13. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet]. 2010 [acesso em 2016 Ago 3]; 95(1 Suppl 1):[aproximadamente 57 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en
14. Araújo TL, Maciel ICF, Maciel GGF, Silva ZMSA. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. *Rev Soc Card*. 1998;8(2SuplA):1-6.
15. Kyngäs H, Lahdenperä T. Compliance of Patients with Hypertension and Associated Factors. *J Advanced Nursing*. 1999;29(4):832-9.
16. Moraes AS, Lopes DA, Freitas, ICM. Diferenças sexo-específicas na prevalência e nos fatores associados à procura por serviços de saúde em estudo epidemiológico de base populacional. *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17(2):323-40. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201400020004ENG>.
17. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):636-41.
18. Marshall J, Wolfe CDA, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ*. 2012;345:e3953. doi: 10.1136/bmj.e3953.
19. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Eins-tein*. 2013;11(3):331-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082013000300012>.
20. Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, FrançaGVA, et al. Factors associated with low adherence to medication in older adults. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(6):1092-1101. Doi: 10.1590/S0034-8910.201304704834.
21. Giroto E, Andrade SMD, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000600027>.
22. Sampaio LF, Silva LML, Velho GCC, Martins MGG, Castilho SR, Altenburg SP. Pictogramas como linguagem para a compreensão da prescrição medicamentosa. *Rev Bras Farm* [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 2016 Ago 5];89(2): [aproximadamente 5 p.]. Disponível em: http://www.rbfarma.org.br/files/pag_150a154_pictogramas.pdf
23. Weiss BD, Coyne C. Communicating with patients who can-not read. *N Engl J Med*. 1997;337(4):272-4. DOI: 10.1056/NEJM199707243370411.
24. Kitching JB. Patient information leaflets – the state of the art. *J Royal Soc Med*. 1990;83(5):298-300.
25. Bezerra ASM, Lopes JL, Barros ALBL. Adherence of hypertensive patients to drug treatment. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2014 [acesso em 2016 Ago 15]; 67(4):[aproximadamente 6 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?cript=sci_arttext&pid=S0034-71672014000400550&lng=pt
- Evandro José Cesarino é médico cardiologista, mestre em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Diretor médico voluntário da Associação Ribeirãopretana de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Hipertenso (AREPAH). Docente na (FCFRP/USP). E-mail: cesarino@fcfrp.usp.br
- Paula Barbosa de Oliveira Sigoli é nutricionista, mestre e doutora em Ciências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Voluntária da Associação Ribeirãopretana de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Hipertenso (AREPAH). E-mail: paulab_nutro@yahoo.com.br
- Veronica Cestari Lourenço é farmacêutica, mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP. E-mail: vecesteri81@gmail.com
- Flávia Tortul Cesarino é bacharel e licenciada em Ciências Sociais, mestre em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências/UNESP - Campus de Marília, SP. Voluntária da Associação Ribeirãopretana de Ensino, Pesquisa e Assistência ao Hipertenso - AREPAH. E-mail: flaviacesarino@yahoo.com.br
- Regina Célia Garcia de Andrade é farmacêutica, mestre em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto/USP (FCFRP/USP), doutora em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Docente na FCFRP/USP. E-mail: randrade@usp.br