



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**SCHIRLEY DOS SANTOS SOUZA**

**ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA REDE SUPLEMENTAR**

**ARACAJU - SE**

**2019**

**SCHIRLEY DOS SANTOS SOUZA**

**ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA REDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral  
Sousa

Aracaju-SE

2019

**SCHIRLEY DOS SANTOS SOUZA**

**ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA REDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

---

Autora: Schirley dos Santos Souza

---

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa

**SCHIRLEY DOS SANTOS SOUZA**

**ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA REDE SUPLEMENTAR**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão da graduação de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovado em: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

---

Universidade Federal de Sergipe

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por tudo, pois sem Ele eu nada seria ou faria. Sou grata pela oportunidade de estar concretizando esse sonho, apesar de todas as dificuldades. Aos meus pais (Francisco Amorim e Edileuza Souza), marido, filho, irmãos, sogros e cunhados por todo apoio e amor.

Ao meu orientador, prof. Dr. Antônio Carlos Sobral Sousa, que além de ser uma pessoa excepcional, foi imprescindível para a realização deste trabalho, orientando nossos passos com atenção e dedicação, como em tudo que faz. Ao prof. Dr. Enaldo pela sua enorme paciência, orientação e ajuda em toda parte estatística deste trabalho.

Às amigas do curso, especialmente à Sandy e Talita por todo apoio e companheirismo desde a coleta de dados da pesquisa até a finalização do trabalho escrito, compartilhando anseios, medos e alegrias no dia-a-dia.

Agradeço imensamente a Psicóloga e Doutouranda Glessiane Almeida, pela pessoa maravilhosa que é, pelo seu acompanhamento e orientação de forma tão amigável e acolhedora.

Aos pacientes entrevistados, por terem participado da pesquisa com tanta paciência e respondido o questionário até o fim, apesar de sua extensão.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram de alguma forma para a realização desta etapa, seja me ajudando ou simplesmente torcendo pelo meu sucesso. A todos, o meu muito obrigada!

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

Figura 1. Fluxograma para diagnóstico da hipertensão arterial.....	16
Figura 2. As cinco dimensões da adesão.....	25

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

### **REVISÃO DE LITERATURA**

Tabela 1. Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens - MMAS-8.....	37
--	----

### **ARTIGO ORIGINAL**

Quadro 1. Escala de adesão terapêutica.....	66
---	----

Tabela 1. Adesão e características sociodemográficas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	67
---	----

Tabela 2. Adesão, características clínicas e relacionadas ao serviço de saúde de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	68
--	----

Tabela 3. Relação entre adesão, sexo, controle da PA e visita não programada de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019.....	69
---	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACCORD	Action to control cardiovascular risk in diabetes
AVC	Acidente vascular cerebral
AVE	Acidente vascular encefálico
BB	Betabloquadores
BCC	Bloqueadores dos canais de cálcio
CV	Cardiovascular
DAC	Doença arterial coronariana
DAP	Doença arterial periférica
DASH	Dietary approaches to stop hypertension
DCBV	Doenças cerebrovasculares
DCV	Doenças cardiovasculares
DH	Doença hipertensiva
DHIP	Doenças hipertensivas
DIU	Diuréticos
DM	Diabete mellitus
DRC	Doença renal crônica
HA	Hipertensão arterial
HAB	Hipertensão do avental branco
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
HDL	High density lipoprotein

HM	Hipertensão mascarada
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência cardíaca
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
IMC	Índice de massa corporal
JAMA	Journal of the American Medical Association
LDL	Low density lipoprotein
LOA	Lesão de órgão-alvo
MAPA	Monitorização ambulatorial da pressão arterial
MEV	Mudança de estilo de vida
MMAS	Morisky Medication Adherence Scale
MRPA	Monitorização residencial da pressão arterial
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PAD	Pressão arterial diastólica
PAS	Pressão arterial sistólica
PP	Pressão de pulso
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TMG	Teste de Morisky-Green
TNM	Tratamento não medicamentoso

UBS                    Unidade Básica de Saúde

VIGITEL            Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquéritos telefônicos

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>13</b>
1.1	Hipertensão arterial sistêmica e seus aspectos epidemiológicos.....	13
1.2	Diagnóstico e classificação da Hipertensão arterial sistêmica.....	15
1.3	Tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.....	18
	<i>1.3.1 Tratamento não medicamentoso.....</i>	<i>19</i>
	<i>1.3.2 Tratamento medicamentoso.....</i>	<i>20</i>
1.4	Metas terapêuticas.....	21
1.5	Conceito de adesão terapêutica.....	22
1.6	Fatores que influenciam a não adesão.....	23
	<i>1.6.1 Fatores socioeconômicos.....</i>	<i>25</i>
	<i>1.6.2 Fatores relacionados ao sistema de saúde.....</i>	<i>27</i>
	<i>1.6.3 Fatores relacionados ao paciente.....</i>	<i>28</i>
	<i>1.6.4 Fatores relacionados à doença.....</i>	<i>30</i>
	<i>1.6.5 Fatores relacionados ao tratamento.....</i>	<i>31</i>
1.7	Impactos da não adesão terapêutica.....	32
1.8	Adesão ao tratamento da Hipertensão arterial sistêmica.....	33
1.9	Escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky.....	35
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
<b>2</b>	<b>NORMAS DE PUBLICAÇÃO.....</b>	<b>43</b>

<b>3</b>	<b>ARTIGO ORIGINAL.....</b>	<b>54</b>
	RESUMO.....	55
	ABSTRACT.....	55
	INTRODUÇÃO.....	56
	MÉTODOS.....	57
	RESULTADOS.....	59
	DISCUSSÃO.....	60
	LIMITAÇÕES.....	64
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
	AGRADECIMENTOS.....	64
	POTENCIAL CONFLITO DE INTERESSE.....	64
	FONTE DE FINANCIAMENTO.....	64
	VINCULAÇÃO ACADÊMICA.....	64
	TABELAS E QUADROS.....	66
	REFERÊNCIAS.....	70
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....</b>	<b>74</b>
	<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>80</b>
	<b>APÊNDICE C – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SERGIPE.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE D – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO AS INSTITUIÇÕES PARTICULARES.....</b>	<b>82</b>
	<b>APÊNDICE E – FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE VOLUNTÁRIO.....</b>	<b>83</b>
	<b>APÊNDICE F - FORMULÁRIO MÉDICO.....</b>	<b>85</b>

## 1. REVISÃO DE LITERATURA

### 1.1 Conceituação e aspectos epidemiológicos da Hipertensão arterial sistêmica

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) trata-se de uma condição clínica multifatorial definida pela elevação sustentada dos níveis pressóricos com valores  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Pode ser agravada pela presença de outros fatores de risco, como diabetes *mellitus*, intolerância à glicose, dislipidemia e obesidade abdominal, associada frequentemente a distúrbios metabólicos, bem como a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo. Apresenta associação independente com eventos como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE), insuficiência cardíaca (IC), morte súbita, doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) Segundo o *Guideline* de Hipertensão (2017), passa a ser classificado como hipertensão valores de pressão arterial  $\geq 130$  e/ou 80mmHg.

Atualmente, a HAS atinge aproximadamente 20 a 25% de toda a população mundial. É considerada um dos fatores de risco mais importantes de mortalidade e morbidade e a principal causa de morte em adultos com doença cardiovascular (DCV). No Brasil, devido a sua elevada prevalência em adultos e mais ainda em idosos, com acometimento de indivíduos em plena fase produtiva, a HAS significa um grande problema de Saúde Pública (SANTOS et al., 2013). A doença se caracteriza por uma alta prevalência e baixa adesão ao tratamento, e apresenta-se como um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares. Em estimativa feita pela Organização Mundial de Saúde, até 2030 mais de 23 milhões de indivíduos morrerão devido às DCV (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Mundialmente, o número de adultos portadores de HAS subiu de 594 milhões no ano de 1975 para 1,13 bilhões em 2015, provavelmente devido ao crescimento e envelhecimento das populações (OLIVEIRA et al., 2017). Em uma revisão sistemática realizada com estudos de 90 países, foi demonstrada prevalência de 31,3% na população adulta mundial (GEWEHR et al., 2018). No Brasil, a HAS atinge mais de 60% dos idosos e 32,5% dos indivíduos adultos, e apresenta contribuição de forma direta ou indireta com 50% das mortes por DCV. Suas complicações, sejam cardíacas, renais ou AVE, junto com as da diabetes mellitus (DM),

refletem um grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimado em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (SBC, 2016).

Dados do VIGITEL (2017) indicaram que a prevalência de HAS autorreferida entre indivíduos residentes nas capitais, com 18 anos ou mais, variou entre 16,1% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro. A frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial nas 27 cidades incluídas foi de 24,3%, e foi maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%). Esta pode aumentar com a idade em ambos os sexos e é particularmente maior entre os indivíduos com menor nível de escolaridade - 0 a 8 anos de estudo (BRASIL, 2017).

Na meta-análise de Picon et al. (2012), foram incluídos 40 estudos transversais e de coorte que mostraram uma tendência à redução da prevalência de HAS de 36,1% para 31,0% nas últimas três décadas (PICON et al., 2012). Ao contrário das taxas de mortalidade geral que têm apresentado redução ao longo dos anos, as taxas de mortalidade por doenças hipertensivas (DH) aumentaram entre 2002 e 2009, porém têm mostrado uma tendência à redução desde 2010 (SBC, 2016). As maiores mortalidades proporcionais por doenças hipertensivas são observadas no Brasil, Moçambique e Angola, provavelmente devido ao acesso reduzido, aproximadamente 50-65%, aos medicamentos essenciais nos países de baixo ou de baixo-moderado nível socioeconômico (OLIVEIRA et al., 2017).

Um estudo realizado por Villela et al. (2016) com intuito de avaliar a evolução da mortalidade por Doenças Hipertensivas e Cerebrovasculares no Brasil (DCBV) entre 1980 e 2012, observou que, tanto em homens quanto em mulheres do Brasil e de países desenvolvidos, as taxas de mortalidade por DCBV têm caído consistentemente. Entretanto, os óbitos por doenças hipertensivas (DHIP) aumentaram. Vários fatores podem ser responsáveis por esse resultado, como: a elevação da prevalência de HAS, que pode estar relacionada com a crescente área de cobertura do programa Estratégia de Saúde da Família, que permitiu diagnóstico mais frequente e precoce da doença; as mudanças nos critérios diagnósticos durante o período de observação deste estudo, com indivíduos com níveis tensionais mais baixos diagnosticados como novos casos de hipertensão; modificações no preenchimento dos atestados de óbito e um crescimento populacional em número e em idade, com mais indivíduos alcançando idades mais avançadas (VILLELA, KLEIN e OLIVEIRA, 2016)

## 1.2 Diagnóstico e classificação da Hipertensão arterial sistêmica

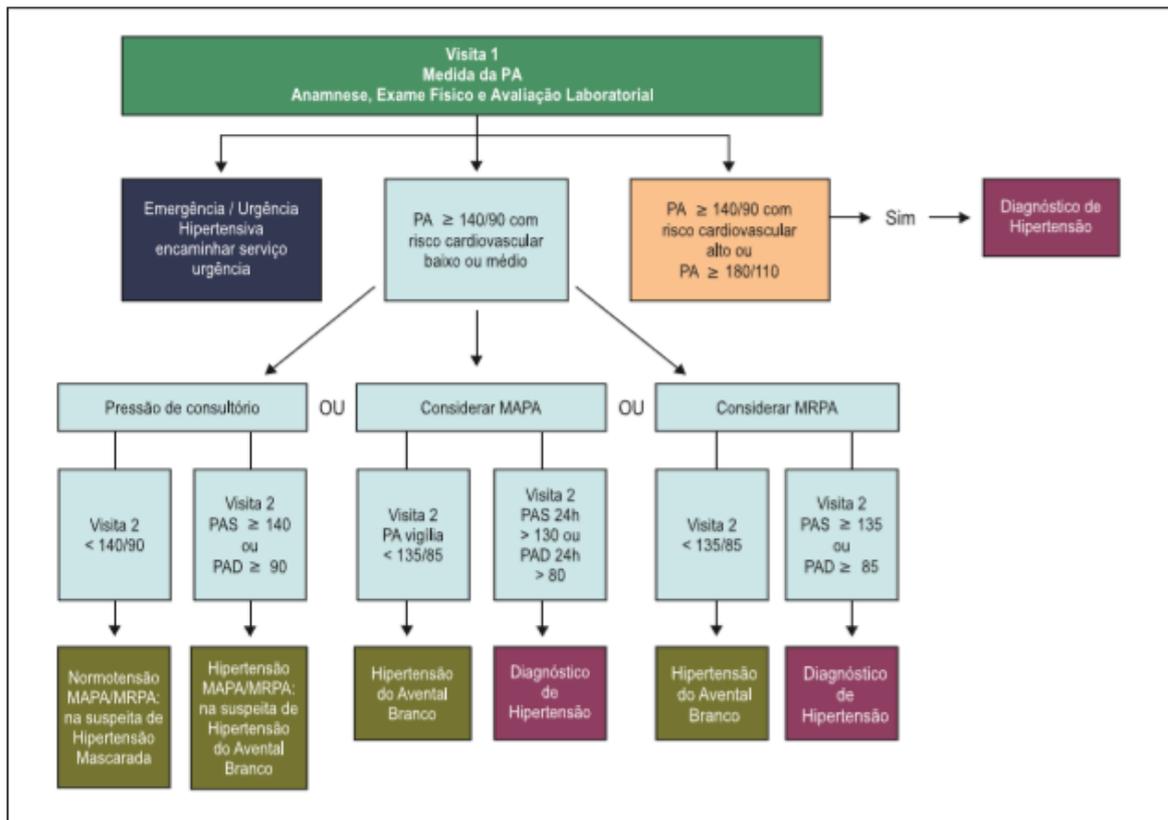
Estão incluídas na avaliação inicial de um paciente portador de hipertensão arterial sistêmica a comprovação do diagnóstico, a avaliação do risco cardiovascular, a suspeita e a identificação de indícios de causas secundárias, além da investigação das lesões de órgão-alvo (LOA) e doenças associadas (SBC, 2016).

Para a estratificação do risco cardiovascular (CV), deverão ser relacionados os valores da pressão arterial (PA) com os fatores de risco clássicos: sexo masculino e idade avançada (homens > 55 anos e mulheres > 65 anos), dislipidemias (triglicérides > 150 mg/dl; LDL-C > 100 mg/dl; HDL-C < 40 mg/dl), tabagismo, obesidade (IMC  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>), circunferência abdominal (> 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres), DM, glicemia de jejum entre 102 e 125 mg/dL, ou teste de tolerância a glicose alterado e história familiar prematura de doença cardiovascular (homens < 55 anos e mulheres < 65 anos) (OLIVEIRA et al., 2017).

Deve ser realizada a aferição da PA no ambiente clínico e/ou fora dele, por meio de equipamentos validados e com técnica adequada, coleta da anamnese, exame físico e investigação laboratorial e clínica (SBC, 2016). No consultório, a medição da PA pode ser feita pelo método auscultatório ou automático e classificada como elevada a PA sistólica (PAS)  $\geq$  140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD)  $\geq$  90 mmHg. Dois valores ou mais elevados da PA, medidos em consultório médico em pelo menos duas ocasiões distintas, fecha o diagnóstico de HAS (OLIVEIRA et al., 2017).

O diagnóstico da Hipertensão do Avental Branco (HAB) e da Hipertensão Mascarada (HM) pode ser auxiliado pela Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) por 24 horas ou pela Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA), com o seguimento do fluxograma da figura 1. Na HAB, existe diferença entre a PA observada no consultório, que estará elevada, e a aferida na MAPA ou MRPA, que se encontrará normal. Já na HM, ocorre a mesma situação, porém de maneira inversa. É mandatória a realização da MAPA diante da suspeita de HAB ou de HM, com possibilidade de substituição pela MRPA em comunidades onde não houver disponibilidade da MAPA (OLIVEIRA et al., 2017).

**Figura 1:** Fluxograma para diagnóstico da hipertensão arterial (modificado do Canadian Hypertension Education Program)



**Fonte:** Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016).

A MAPA possibilita o registro indireto e intermitente da PA ao longo de 24 horas ou mais, ao mesmo tempo em que o paciente realiza suas atividades rotineiras no decorrer dos períodos de sono e vigília, com identificação das alterações circadianas da PA, especialmente as relacionadas ao período de sono, que têm significativas consequências no prognóstico. Atualmente, consideram-se anormais as médias da PA nas 24 horas  $\geq 130/80$  mmHg, com variação entre os períodos de vigília  $\geq 135/85$  mmHg e sono  $\geq 120/70$  mmHg (SBC, 2016).

A MRPA consiste em um método de medição da PA realizado com protocolo específico, onde são feitas, durante cinco dias, três medições pela manhã, antes do desjejum e do uso de medicamentos, e três à noite, antes do jantar. Pode-se optar também pela realização de duas medições em cada uma dessas duas sessões, durante sete dias. Nessa ocasião, são considerados anormais valores de PA  $\geq 135/85$  mmHg (SBC, 2016).

De acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade, a PA pode ser classificada em: normal (PAS  $\leq$  120 mmHg / PAD  $\leq$  80 mmHg); pré-hipertensão (PAS 121 – 139 mmHg / PAD 81 – 89 mmHg); hipertensão estágio 1 (PAS 140 – 159 mmHg / PAD 90 – 99 mmHg); hipertensão estágio 2 (PAS 160 – 179 mmHg / PAD 100 – 109 mmHg); hipertensão estágio 3 (PAS  $\geq$  180 / PAD  $\geq$  110). Quando a PAS e a PAD encontram-se em categorias diferentes, deve ser utilizada a maior para classificação da PA (SBC, 2016).

Quando comparados aos indivíduos normotensos, os pré-hipertensos têm maior tendência a se tornarem hipertensos, além de maiores riscos de desenvolver complicações CV, com necessidade de acompanhamento periódico. Pode-se afirmar que a HAS está controlada quando o paciente mantém a PA controlada, sob tratamento anti-hipertensivo, tanto no consultório como fora dele. Define-se HAS não controlada quando, mesmo submetido a tratamento anti-hipertensivo, o paciente ainda permanece com a PA elevada tanto no consultório como fora dele, seja pelo MAPA ou MRPA (SBC, 2016).

A Hipertensão do avental branco é caracterizada pela obtenção de valores elevados da PA no consultório, porém fora dele (na MAPA ou MRPA) encontram-se valores considerados normais. Uma questão que está sendo debatida é se a HAB pode ser comparada à normotensão em termos prognósticos, pois alguns estudos revelaram que o risco CV em longo prazo desta condição é intermediário entre o da HAS e o da normotensão (SBC, 2016).

É definida como Hipertensão mascarada a situação clínica caracterizada por valores normais da PA no consultório, com valores elevados pela MAPA ou MRPA. Pode ser associada à vários fatores como idade jovem, sexo masculino, alcoolismo, tabagismo, prática de atividade física, hipertensão induzida pelo exercício, obesidade, DM, DRC, ansiedade, estresse e história familiar de HAS, com uma prevalência maior quando a PA do consultório está no nível limítrofe (SBC, 2016).

Pode ainda ocorrer uma condição clínica denominada de Hipertensão sistólica isolada, determinada pela existência de PAS aumentada ( $\geq$  140 mmHg) com PAD normal ( $<$  90 mmHg), devendo também ser classificada em estágios 1, 2 e 3. Em pacientes de meia-idade e idosos, a presença de Hipertensão Sistólica Isolada (HSI) e a Pressão de Pulso (PP) são consideradas importantes fatores de risco cardiovascular (SBC, 2016).

### 1.3 Tratamento da Hipertensão arterial sistêmica

O tratamento da HAS tem como principal objetivo a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015). Na abordagem terapêutica da PA elevada estão incluídas tanto medidas não medicamentosas quanto o uso de medicamentos anti-hipertensivos, na tentativa de reduzir a PA, com consequente proteção de órgãos-alvo e prevenção de desfechos cardiovasculares e renais. Apesar de limitadas pela baixa adesão a médio e longo prazo, medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da PA (SBC, 2016).

Indica-se tratamento medicamentoso para os indivíduos com HA estágio 1 e risco CV baixo e moderado, quando após pelo menos 90 dias de tentativa das medidas não farmacológicas não se obtiver efeito na redução da PA. Nesse período, faz-se imperativo o acompanhamento periódico desses pacientes com avaliação da adesão às medidas não farmacológicas. Quando constatada a falta de adesão ou a piora dos níveis pressóricos, deve dar início precocemente a terapia farmacológica. Também poderá ser considerado inicialmente o emprego de medicamentos anti-hipertensivos, mesmo nesse grupo de pacientes, em situações especiais onde haja dificuldade no acesso e/ou retorno a assistência médica (SBC, 2016).

Nos casos de HAS estágio 1 e alto risco CV ou DCV estabelecida, é mandatório o início imediato do uso de medicamentos, assim como nos casos de HA estágio 2 e 3, independentemente do risco CV. Para os pacientes pré-hipertensos, recomendam-se medidas não medicamentosas e consideração do risco CV e/ou presença ou história prévia de DCV na decisão da utilização de medicamentos. Já os indivíduos com PA  $\geq 160/100$  mmHg e/ou estimativa de risco CV alto, mesmo no estágio 1, devem iniciar imediatamente o tratamento medicamentoso associado às medidas não medicamentosas (SBC, 2016).

Em idosos, o mecanismo mais comum da HA é o enrijecimento da parede arterial dos grandes vasos, com consequente aumento predominante da PAS e queda ou manutenção da PAD. Em pacientes com idade entre 60 e 79 anos, com PAS  $\geq 140$  mmHg, e naqueles  $\geq 80$  anos, com PAS  $\geq 160$  mmHg, deverá ser iniciada mais precocemente a terapia farmacológica com anti-hipertensivos, com avaliação da tolerância e das condições gerais do indivíduo. Nesse

grupo com PAS basal entre 140 e 159 mmHg, ainda não foram realizados estudos para avaliar o impacto da terapia anti-hipertensiva (SBC, 2016).

Uma revisão sistemática com metanálise realizada por Souza et al.(2016) teve como principais achados a melhoria da qualidade de vida global e o domínio físico de pacientes portadores de HAS que realizam tratamento não medicamentoso, com impacto positivo da adesão ao tratamento farmacológico nos domínios mental, físico e escore total da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), além do aumento significativo no controle da PA e da diminuição da ocorrência de complicações decorrentes da hipertensão (SOUZA, BORGES e MOREIRA, 2016). Portanto, melhorar a adesão medicamentosa é um alvo-chave para intervenções comportamentais, assim como a mudança de estilo de vida, pois estima-se que a dieta e a perda de peso podem ser tão eficazes na redução da PA quanto a terapia medicamentosa com uma única droga (FLETCHER et al., 2015).

### **1.3.1 Tratamento não medicamentoso**

O Tratamento não medicamentoso (TNM) da HAS engloba medidas como o controle do peso, prática de atividade física regular, suspensão do tabagismo, controle do estresse, mudanças na alimentação, entre outros (SBC, 2016). A mudança de estilo de vida (MEV) deve ser instalada no início do tratamento tanto para todos os estágios de HAS, como também em pré-hipertensos. Pode-se tentar a MEV por 3 a 6 meses antes de começar a terapia medicamentosa em hipertensos estágio 1 com risco CV moderado ou baixo. Nos demais estágios, deve-se iniciar os medicamentos anti-hipertensivos no momento do diagnóstico (OLIVEIRA et al., 2017).

Medidas não medicamentosas como redução do peso e da circunferência abdominal, adoção da dieta *Dietary Approaches to Stop Hypertension* (DASH) que estimula o consumo de frutas, hortaliças, laticínios com baixo teor de gordura, frango, cereais integrais, peixe e frutas oleaginosas, redução da ingestão de carne vermelha e de açúcar, diminuição do consumo de sódio, ingestão de fibras, alho, ácidos graxos ômega-3 provenientes dos óleos de peixe e chocolate com pelo menos 70% de cacau, correlacionam-se com reduções da PA e melhora metabólica (SBC, 2016).

Outras medidas também auxiliam nesse processo, como a redução do consumo de álcool e a prática de atividade física regular, benéfica tanto no tratamento quanto na prevenção da HA e redução da morbimortalidade CV. O risco de indivíduos ativos desenvolverem HA é 30% menor do que os sedentários. O treinamento aeróbico é a forma preferencial de exercício para o tratamento e a prevenção da HA. O tabagismo é destacado como fator prejudicial no controle da PA de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na parada do uso de anti-hipertensivos, porém, ainda não há evidências que a cessação do fumo reduza a PA (SBC, 2016).

### **1.3.2 Tratamento medicamentoso**

Dentre as estratégias voltadas ao controle da hipertensão arterial, o tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle da doença, melhoria da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade (MENGUE et al., 2015). Através de estudos clínicos de desfechos, há evidências científicas que apontam benefícios do tratamento medicamentoso com o uso de Diuréticos (DIU), Betabloqueadores (BB), Bloqueadores dos Canais de Cálcio (BCC), Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II (BRA) (SBC, 2016).

Quando comparados aos demais grupos, os BB têm menores benefícios, e podem ser reservados para situações específicas. Não há informações efetivas sobre desfechos de morbimortalidade sobre os vasodilatadores diretos e os alfabloqueadores. Com relação aos inibidores diretos da renina, um estudo com pacientes diabéticos foi interrompido precocemente devido à ausência de benefícios e possibilidade de malefícios (SBC, 2016).

Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis, como diuréticos, agentes de ação central, betabloqueadores, alfabloqueadores, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II, inibidores diretos da renina, podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e contraindicações específicas (SBC, 2016).

Deve-se dar preferência inicialmente aos anti-hipertensivos que tenham comprovação de redução de eventos CV. Atualmente, as classes eleitas para o controle da PA em monoterapia são: DIU tiazídicos, IECA, BCC e BRA. As demais podem ser reservadas a situações especiais

em que seja necessário associar vários medicamentos para atingir as metas da PA. A monoterapia é a estratégia inicial para hipertensos estágio 1, com risco CV baixo e moderado, porém, a maioria dos pacientes irá necessitar da associação de medicações. Para a escolha inicial do medicamento, deve-se levar em conta a capacidade de redução da morbimortalidade CV, o mecanismo fisiopatológico principal no paciente a ser tratado, bem como suas características individuais, doenças associadas e condições socioeconômicas (SBC, 2016).

Se as metas terapêuticas não forem alcançadas com a monoterapia inicial, há possibilidade de três condutas: se o resultado for parcial, mas sem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose do medicamento e associar com anti-hipertensivo de outra classe; quando mesmo na dose máxima preconizada não houver efeito terapêutico ou se surgirem efeitos indesejáveis, recomenda-se substituir o anti-hipertensivo, diminuir a dose e associar outro anti-hipertensivo de classe diferente; se, mesmo assim, não atingir uma resposta adequada, devem-se associar três ou mais medicamentos. Na escolha das associações, deve-se evitar anti-hipertensivos com o mesmo mecanismo de ação, com exceção da associação de DIU tiazídicos com poupadores de potássio (SBC, 2016).

Em casos de HA resistente, onde não se consegue controlar a PA com o uso de pelo menos três medicamentos em dosagens máximas toleradas, sendo um deles um DIU, recomenda-se a associação de espironolactona. Dentre as opções para o quarto fármaco, os simpaticolíticos de ação central (clonidina) ou BB podem ser usados, reservando os vasodilatadores diretos para casos especiais e em associação com DIU e BB (SBC, 2016).

#### **1.4 Metas terapêuticas da Hipertensão arterial sistêmica**

Por se tratar de uma doença de curso assintomático, o diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial são frequentemente negligenciados, com apenas 30% dos pacientes atingindo a meta terapêutica (EID et al., 2013). Cerca de 40% dos pacientes hipertensos não estão em tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem o controle da PA. A baixa adesão medicamentosa é uma das principais responsáveis para esse resultado (GREZZANA, STEIN e PELLANDA, 2013).

A meta de PA <140/90 mmHg mostra benefícios evidentes na redução de risco de desfechos e mortalidade CV, com a meta < 130/80 mmHg considerada segura e com maior proteção para o AVE (SBC, 2016). Entretanto, o controle da pressão arterial após o AVE é menosprezado, com cerca de 41% dos pacientes com PAS > 140 mmHg (DE SIMONI et al., 2013). Recomenda-se meta pressórica <130/80 mmHg para pacientes de alto risco CV, incluindo os diabéticos, apesar dessa meta não ter sido demonstrada solidamente pelo estudo ACCORD para esse grupo. Em pacientes com doença coronariana (DAC), a PA deve ficar <130/80 mmHg, mas não <120/70 mmHg, pelo risco de hipoperfusão coronariana, lesão miocárdica e eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Os hipertensos estágio 3, embora de alto risco CV, deverão adotar meta pressórica <140/90 mmHg (OLIVEIRA et al., 2017).

Para pacientes idosos  $\geq 80$  anos, não há evidência de benefícios proporcionados por PA < 140 mmHg, além de aumentar a possibilidade de efeitos adversos. As metas devem ser definidas da mesma forma que para os demais adultos, porém com cautela na redução da PA, considerando a presença de comorbidades e uso de múltiplos medicamentos (OLIVEIRA et al., 2017).

Com base nas evidências existentes até o momento, Chobanian (2017) publicou no JAMA um ponto de vista que sugere metas mais rigorosas (PA < 120/80 mmHg) para pacientes com menos de 50 anos, com valorização da PAD nesse grupo e reforço de sua importância para os mais jovens. Para os pacientes entre 50 e 74 anos com risco CV alto ou com doença estabelecida, sugere PAS <130 mmHg. Já em hipertensos com 75 anos ou mais, reserva-se valores <140 mmHg (JARDIM, 2017).

## **1.5 Conceito de adesão terapêutica**

A adesão à terapêutica corresponde ao grau de concordância entre o comportamento de um paciente e as recomendações do médico ou outro profissional de saúde, seja referente a administração de medicamentos, ou também ao seguimento de uma dieta e mudanças no estilo de vida (CRUZ, 2017). É um fenômeno multidimensional determinado pela influência de vários fatores que alteram o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir um tratamento (TAVARES et al., 2016).

Apesar de muitos pesquisadores relacionarem a adesão ao tratamento com a adesão à medicação, esse termo engloba inúmeros comportamentos referentes à saúde que, muito além do seguimento de prescrições medicamentosas, envolve fatores socioeconômicos e relacionados ao sistema de saúde, ao tratamento, ao paciente e à própria doença (GUSMÃO e MION JR., 2006).

Em relação ao tratamento farmacológico, a não adesão representa a parada do uso dos medicamentos ou a realização do tratamento de maneira irregular, seja com atraso na tomada dos remédios ou com interrupções da prescrição médica (GEWEHR et al., 2018). O baixo grau de adesão afeta desfavoravelmente a melhoria clínica do paciente e traz consequências pessoais e socioeconômicas (TAVARES et al., 2013), além de ser um dos principais fatores para a persistência da elevação da pressão arterial de pacientes hipertensos (GEWEHR et al., 2018).

Parece ter sido Hipócrates, no século IV a.C., quem abordou pela primeira vez a importância de os pacientes cumprirem os regimes terapêuticos, e do dever do médico em estar atento a essa situação. Nos dias atuais, uma parcela significativa da população precisa fazer uso de medicamentos para o tratamento de diversas doenças. Dessa forma, o medicamento tornou-se um elemento fundamental na saúde pública, ou seja, a adesão medicamentosa é primordial para a gestão otimizada de qualquer doença (CRUZ, 2017).

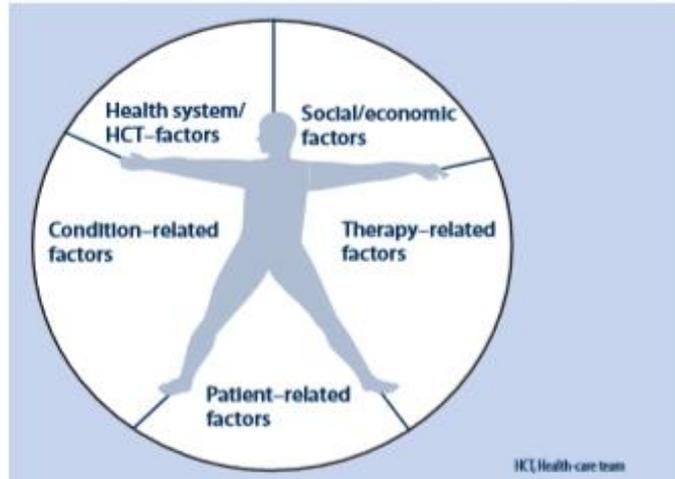
Devido a existência de várias perspectivas e métodos de analisar a adesão e não-adesão terapêutica, torna-se difícil a comparação dos resultados dos múltiplos estudos, além de impossibilitar uma análise global e integralizada desta temática. Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde padronizou o conceito de adesão utilizando o resultado da junção das definições de Haynes (1979) e de Rand (1993), e definiu a adesão (adherence) à terapêutica de longo prazo ou crônica como o nível em que o comportamento de uma pessoa, constituído pela tomada de medicação e pelo seguimento de uma dieta e/ou prática de mudanças no estilo de vida, corresponde com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde (CRUZ, 2017).

## **1.6 Fatores que influenciam a adesão**

A literatura descreve múltiplos fatores que podem influenciar a não adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016). Esses fatores podem ser intrínsecos ao próprio paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), referentes à doença (aspecto crônico, ausência de sintomatologia, consequências que demoram a aparecer), à cultura, às crenças de saúde e hábitos de vida (percepção da gravidade do problema, falta de conhecimento sobre a doença, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima), ao tratamento, que engloba a qualidade de vida (custos, efeitos adversos, terapia complexa, polifarmácia), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera pelo atendimento) e, também, ao relacionamento e interação com o médico e outros profissionais de saúde (GUSMÃO e MION JR., 2006).

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde propôs um modelo de análise dos fatores relacionados ao comportamento de adesão em cinco dimensões, numa tentativa de sistematizar a investigação do problema da não-adesão aos tratamentos em doenças crônicas (CRUZ, 2017). Segundo a OMS, a adesão trata-se de um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco grupos de fatores, denominados de “dimensões” (figura 2), nos quais se inserem sistema de saúde, paciente, doença, tratamento e fatores relacionados aos profissionais de saúde. Com essa classificação, torna-se evidente que a crença comum de que os pacientes com doenças crônicas são os únicos responsáveis pelo tratamento é enganosa, e reflete, na maioria das vezes, uma incompreensão sobre a maneira como os outros fatores afetam o comportamento das pessoas e a capacidade de aderir ao tratamento (OMS, 2003).

**Figura 2:** As Cinco dimensões da adesão



**Fonte:** Organização Mundial de Saúde (2003).

Estudos mostraram que o motivo apontado como mais frequente para a não adesão à medicação é o esquecimento, seguido dos efeitos indesejáveis causados pelos medicamentos, dos custos e de acreditar que o medicamento faria pouca diferença sobre a sua doença. Uma boa relação médico-paciente provoca o aumento da adesão, por conseguir envolver mais o paciente na tomada de decisão (IUGA e MCGUIRE, 2014).

Em relação aos pacientes idosos, os principais fatores que levam a não aderência ao tratamento são a falta de clareza das recomendações, a viabilidade, o desejo e a capacidade de cumprir as recomendações propostas, o grau de satisfação com o serviço de saúde, a quantidade de medicamentos, seus custos e acesso aos mesmos. Outros fatores que apresentam grande influência são o avanço da idade, com conseqüente aumento de morbidades, o que exige uma gama de habilidades complexas para os idosos, tais como leitura de bulas e instruções das medicações, compreensão das prescrições propostas, incorporação do esquema posológico às atividades diárias, manejo em situações de esquecimento e planejamento do acesso aos medicamentos prescritos (AIOLFI et al., 2015).

### 1.6.1 Fatores socioeconômicos

A relação entre os fatores socioeconômicos e a adesão ao tratamento é bastante investigada e, principalmente em relação a doenças crônicas, há estudos prévios que

encontraram associação entre variáveis desse grupo e a adesão (TAVARES et al., 2016). Dentre esses fatores, encontram-se a idade, o sexo, a raça, o estado civil, o nível de escolaridade, a situação profissional e financeira, as redes de apoio social, as condições habitacionais, o custo dos transportes e dos medicamentos, a distância ao centro de atendimento, as crenças culturais, em síntese, condições de vida instáveis e disfunção familiar (CRUZ, 2017).

Apesar do status socioeconômico não ter sido considerado um preditor independente de adesão, pacientes residentes em países em desenvolvimento podem ser submetidos a escolher entre as prioridades concorrentes, direcionando os seus recursos limitados disponíveis para atender às suas necessidades e às de outros membros da família como filhos, pais ou outros parentes pelos quais se preocupam, devido ao baixo status socioeconômico em que geralmente se encontram (OMS, 2003).

Em alguns estudos realizados com idosos, mostrou-se que quanto mais baixas as condições socioeconômicas, menor o conhecimento sobre a doença por parte dos pacientes e o acesso aos serviços de saúde, com repercussão negativa na adesão ao tratamento farmacológico (TAVARES et al., 2016). Outros estudos ressaltaram também, que, quanto mais baixo o nível socioeconômico do indivíduo (classes C, D e E), mais aumenta o risco de não-adesão, além da associação com a baixa escolaridade e cor negra. Sugere-se então que essas variáveis também se apresentam como marcadores de não-adesão, com influência na habilidade das pessoas em seguir as recomendações propostas por profissionais de saúde, não só relacionado ao uso de medicamentos, mas também no que se refere a fatores ligados aos aspectos educacionais, sociais e culturais e a mudança de hábitos de vida (SOARES et al., 2013).

A idade também pode influenciar significativamente na adesão. Com o envelhecimento, o indivíduo aumenta sua susceptibilidade às doenças crônicas não transmissíveis, o que pode ocasionar numa maior preocupação em relação a sua situação de saúde e, assim, melhorar a adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016). Em contrapartida, devido ao nível de cognição geralmente comprometido nessa idade, os idosos podem ter maior dificuldade em compreender as prescrições, planejar e organizar, definir prioridades, além da incapacidade de recordar informações, o que dificulta o uso adequado dos medicamentos e resulta em menor adesão terapêutica (TAVARES et al., 2013).

No âmbito familiar, a literatura aponta que a figura do cônjuge tem papel fundamental na adesão ao tratamento farmacológico, assim como na melhor adaptação às mudanças do estilo de vida que são impostas por várias doenças, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica, mostrando melhores taxas de adesão nos pacientes casados em relação aos solteiros (TAVARES et al., 2016).

Quanto ao sexo, estudiosos enfatizaram que as mulheres têm mais percepção e relatam mais os seus problemas de saúde de maneira mais persistente que os homens, além de procurarem com maior frequência os serviços de saúde e seguir mais firmemente as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Já em relação à área de residência, estudos mostraram que o fato de residir em área rural ou urbana não influencia na adesão ao tratamento. Entretanto, o índice de adesão é maior na área urbana em comparação com a área rural (MAGNABOSCO et al., 2015).

### **1.6.2 Fatores relacionados com o sistema de saúde**

Em uma visão geral dos fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde, se sobressaem a relação médico-paciente, o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, os recursos humanos e técnicos disponíveis nos serviços, os horários e duração das consultas médicas, a acessibilidade aos medicamentos e a taxa de coparticipação para a aquisição destes, entre outros (CRUZ, 2017).

Relativamente, não tem sido realizada muitas pesquisas acerca da influência dos serviços de saúde na adesão terapêutica. Sabe-se que uma boa relação médico-paciente tem um efeito positivo na adesão, porém há diversos fatores que atuam negativamente nesse objetivo. Dentre esses, estão incluídos os serviços de saúde mal desenvolvidos, sem reembolso ou com reembolso inadequado por planos de saúde, sistema de distribuição de medicamentos ineficiente, desconhecimento e falta de treinamento dos profissionais de saúde à respeito da gestão de doenças crônicas, provedores de saúde sobrecarregados e/ou pouco incentivados, falta de feedback sobre o desempenho dos mesmos, consultas muito curtas, incapacidade do sistema de prover educação e acompanhamento dos pacientes, falta de apoio comunitário, pouco

conhecimento sobre a adesão e intervenções efetivas para melhorá-la, entre outros (OMS, 2003).

O custo dos medicamentos é o fator referido como um dos mais importantes relacionados à adesão ao tratamento. Populações cobertas por seguro-saúde que tinham que ter coparticipação para conseguir acesso aos medicamentos tinham 11% a mais de risco de não adesão medicamentosa, com conseqüente sobrecarga do sistema de saúde por aumento dos gastos com internações resultantes da não adesão de medicamentos essenciais (TAVARES et al., 2016).

Mengue et al. (2015) realizou um estudo com o objetivo de identificar as fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil, e revelou que, a maioria dos pacientes hipertensos que se encontram em uso de medicação utilizam apenas uma fonte como forma de obtenção dos medicamentos, com cerca de metade do fornecimento realizado gratuitamente através do Sistema Único de Saúde (tanto pelas farmácias do sistema público de saúde quanto pelo Programa Farmácia Popular do Brasil), um terço feito exclusivamente pelas farmácias comerciais e o restante pelos planos de saúde privados, o que ressalta a importância da variável custo na adesão medicamentosa (MENGUE et al., 2015).

### **1.6.3 Fatores relacionados ao paciente**

Entre os fatores relacionados ao paciente, destacam-se os conhecimentos, o psicológico, as atitudes, as crenças, as percepções e as expectativas do doente em relação à sua doença e aos tratamentos impostos por ela (CRUZ, 2017). Mais precisamente, podem ser listados como influenciadores da não-adesão: o esquecimento da tomada de medicações, o estresse psicossocial causado pelo tratamento e pela doença, a ansiedade pela possibilidade de efeitos indesejáveis do tratamento, motivação reduzida, habilidade e conhecimento ineficazes sobre a doença e o seu manejo, não percepção da necessidade e do efeito do tratamento, crenças negativas sobre a eficácia do tratamento, não aceitação da doença, descrença do diagnóstico, medo do estigma causado pela doença, falta de percepção à respeito dos riscos para a saúde causados pela doença, incompreensão das recomendações, baixa frequência nas consultas de

acompanhamento, desesperança, sentimentos negativos, frustração ou baixa expectativa com o tratamento, entre outros (OMS, 2003).

Os dados disponíveis em relação ao conhecimento do indivíduo sobre a sua doença parecem estar consolidados. Sabe-se que o desconhecimento, as crenças e mitos, a desmotivação sobre o controle, a falta de habilidade em manejar as situações indesejáveis e a baixa expectativa na eficácia do tratamento influenciam de maneira negativa na adesão. Também pode-se constatar que, geralmente, quanto maior o grau de conhecimento sobre a doença, maior é a adesão e o comprometimento com o autocuidado, porém, não necessariamente isso ocorre. Em estudo randomizado realizado na Espanha abrangendo 996 indivíduos com HAS, intervenções educativas não impactaram significativamente sobre a adesão dos pacientes demonstrando a complexidade do problema da não-adesão (BARRETO, REINERS e MARCON, 2014).

Há incongruência entre ter informação a respeito da doença e aderir ao tratamento, pois existe uma diferença essencial entre o conhecimento e a prática. Enquanto o conhecimento é racional, a adesão trata-se de um processo multifatorial, sendo determinada por fatores emocionais, biológicos, sociais e culturais (BARRETO, REINERS e MARCON, 2014). Entretanto, no caso de doenças como a hipertensão arterial, vale salientar que o conhecimento do paciente sobre o tempo de uso do medicamento está diretamente associado à adesão ao tratamento, pois cria a consciência de que a sua pressão arterial está controlada pelo uso do medicamento e não pela cura da doença, possuindo um papel fundamental no controle dessa morbidade (MOTTER, OLINTO e PANIZ, 2013).

As práticas culturais da região são outro ponto a se destacar, pois tendem a dificultar o tratamento da doença, já que, no caso da maioria dos idosos, por exemplo, existe a crença de que o chá de origem caseira produzido com folhas ou frutos da região surtem o mesmo efeito e são tão bons quanto os medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde. Destes, temos vários exemplos como chás de amora, chuchu, erva-doce, babosa, carambola, erva cidreira, limão, alho, dentre outros (SOARES et al., 2013). A motivação para um paciente aderir ao tratamento prescrito depende do valor que ele atribui em seguir o regime terapêutico, frente a

relação custo-benefício e ao grau de confiança em conseguir segui-lo adequadamente (OMS, 2003).

Outro fator que exerce grande influência na adesão ao tratamento é o estado emocional do paciente. Algumas características psicológicas desfavoráveis podem levar os pacientes a perceber a hipertensão arterial, por exemplo, como uma consequência da sua ansiedade, estresse, nervosismo, raiva, insônia, tristeza, entre outros estados. Com isso, os pacientes acabam não julgando necessário realizar um tratamento específico, por acreditar que podem contornar a doença apenas com o controle emocional (SOARES et al., 2013). Além disso, em um estudo internacional realizado com idosos com HAS nos EUA verificou-se que a presença de indicativo de doenças como a depressão está associada à baixa adesão ao tratamento farmacológico (TAVARES et al., 2016).

#### **1.6.4 Fatores relacionados à doença**

O tipo de enfermidade tratada e suas demandas específicas enfrentadas pelos pacientes tem relação com a adesão ou não ao tratamento, bem como a percepção que o paciente tem sobre o seu estado de saúde, a forma como compreende sua enfermidade e a importância de seguir o tratamento (SANTOS et al., 2013). Fatores importantes que determinam adesão são aqueles relacionados à gravidade dos sintomas, nível de incapacidade física, social, psicológica e vocacional, evolução da doença, as comorbidades associadas e a existência e disponibilidade de tratamentos eficazes. A percepção da necessidade pessoal de medicação é influenciada por cognições da doença, pelos sintomas, expectativas e experiências trazidas por ela (OMS, 2003).

No âmbito da hipertensão arterial, pacientes com maior tempo de diagnóstico de HAS (mais de três anos) apresentam índices de não adesão menores do que aqueles com menor tempo de diagnóstico (até três anos), ou seja, quanto menor o tempo de doença e de tratamento medicamentoso, maior o índice de não adesão (MAGNABOSCO et al., 2015). Outro fator é o curso assintomático da HAS, que contribui para a falta de compreensão sobre a doença e faz com que muitos pacientes acreditem que a doença é intermitente ou que pode ser tratada apenas com terapias não farmacológicas como remédios caseiros ou controle do estresse (BARRETO, REINERS e MARCON, 2014).

O elevado número de comorbidades, bastante comum em idosos, leva ao tratamento simultâneo e crônico dos vários problemas de saúde, resultando em um regime complexo de medicação, aumento dos custos e mudanças de comportamento e hábitos de vida. A polimedicação, além de trazer riscos farmacológicos ao paciente, predispõe à baixa adesão (TAVARES et al., 2013). Foi descrita por Wang et al. (2005) uma redução significativa do uso de anti-hipertensivos por idosos portadores de hipertensão arterial que apresentavam alta prevalência de comorbidades, o que reforçou o grande impacto da polifarmácia na adesão ao tratamento de condições crônicas (TAVARES et al., 2016).

Para doenças como asma e diabetes, o próprio regime terapêutico complexo que elas requerem, com necessidade de várias administrações diárias, polifarmácia e dificuldades associadas à via de administração, já constituem uma importante barreira à adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016). Algumas comorbidades como depressão, e abuso de drogas e álcool, são capazes por si só de modificar negativamente o comportamento de adesão (OMS, 2003).

#### **1.6.5 Fatores relacionados ao tratamento**

Em relação aos fatores relacionados com o regime terapêutico que influenciam na adesão, pode-se destacar a compreensão acerca da sua complexidade e dos seus benefícios, a duração dos tratamentos e suas falhas prévias, as alterações frequentes nas prescrições, a falta de melhoria imediata dos sintomas, os custos e os efeitos adversos da medicação, além da baixa disponibilidade de apoio médico para lidar com estes fatores (CRUZ, 2017).

A complexidade do esquema terapêutico, que tem como componente mais importante o grande número de medicamentos prescritos, contribui bastante na adesão à terapia. Em estudo realizado por Tavares et al. em 2016, os pacientes que usavam três ou mais medicamentos apresentaram maior prevalência de baixa adesão ao tratamento. Isso reforça a tese de que um maior número de medicamentos é um preditor negativo da adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2016).

Apesar de não existir um consenso na literatura, na prática, a simplificação do regime terapêutico é algo que tem tido impacto positivo na adesão à farmacoterapia. Um estudo de revisão da literatura demonstrou que a utilização de medicamentos combinados em uma única

dose diária, em comparação com a tomada das drogas em horários diferentes foi associada a um aumento significativo na adesão (BARRETO, REINERS e MARCON, 2014).

Para o tratamento de condições crônicas como a HAS, geralmente são prescritos vários medicamentos, e algo que pode comprometer a adesão terapêutica é a incapacidade de nomeá-los no intuito de conseguir fazer a diferenciação entre eles, podendo aumentar o risco de erros durante as administrações. Além disso, frequentemente, no Sistema Único de Saúde (SUS), os medicamentos são dispensados na forma de blister, e conforme o laboratório fornecedor, a embalagem e a cor do medicamento podem variar, dificultando a sua identificação no momento da sua administração (MOTTER, OLINTO e PANIZ, 2013).

### **1.7 Impactos da não adesão terapêutica**

A não adesão à terapêutica tem sido associada a resultados negativos e pior evolução da doença (IUGA e MCGUIRE, 2014), além de provocar ajustes desnecessários no regime terapêutico pela falta de resposta favorável ao tratamento, frustração aos profissionais de saúde que ficam impedidos de alcançar os objetivos na atenção à saúde do paciente e aumento dos custos na prestação de cuidados de saúde pelo tratamento de complicações e elevação das taxas de hospitalizações (RODRIGUES, MOREIRA e ANDRADE, 2014). A não adesão ao tratamento medicamentoso representa também um dos principais motivos para procurar serviços de emergência (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Outros fatores importantes estão relacionados com a não adesão medicamentosa, como a diminuição da produtividade, aumento da incapacidade dos empregadores/sociedade e o absenteísmo no trabalho (IUGA e MCGUIRE, 2014), assim como o aumento de licenças para tratamento de saúde, e das aposentadorias por invalidez (SANTOS et al., 2013). Estimativas indicam que os custos dessa diminuição da produtividade causada pela saúde correspondem a 2 a 3 vezes mais do que os custos diretos de cuidados de saúde, além dos benefícios com a maior adesão serem ainda mais extensos quando observados sob uma perspectiva social (IUGA e MCGUIRE, 2014).

Os efeitos negativos da não-adesão são bem mais abrangentes. Atingem não apenas a própria pessoa como a sua família e o sistema de saúde onde estão inseridas. Portanto, o

problema da não-adesão é uma questão global de grande preocupação de saúde pública, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias efetivas que mudem o comportamento dos doentes e dos profissionais de saúde (CRUZ, 2017).

Tendo em vista que as consequências adversas da maioria das doenças crônicas geralmente só começam a surgir em alguns anos, pode haver o pensamento de que os gastos adicionais para aumentar a adesão à medicação podem não ser uma opção economicamente atrativa para os contribuintes (IUGA e MCGUIRE, 2014).

O dilema da não adesão nas doenças crônicas apresenta uma dimensão global independente da doença, do seu tratamento e prognóstico. Segundo a OMS, aproximadamente 50% da população em geral não adere aos tratamentos a longo prazo (TAVARES et al., 2016). Dessa porcentagem, 6 a 20% dos pacientes nem chegam a levantar o receituário e 30 a 50% não seguem o esquema terapêutico adequadamente (IUGA e MCGUIRE, 2014).

As evidências revelam que uma adequada adesão à terapêutica acarreta em uma redução da mortalidade e que a baixa adesão é deletéria e associada ao aumento da mortalidade. Nas últimas décadas, a importância da adesão à terapêutica na saúde dos indivíduos vem sendo reconhecida e tem-se dado bastante atenção a essa temática por parte da comunidade científica. Porém, apesar deste fato, a não-adesão continua a ser um grave problema de saúde pública (CRUZ, 2017).

## **1.8 Adesão ao tratamento da Hipertensão arterial sistêmica**

A principal causa da PA não controlada é a não adesão ao tratamento (BASTOS-BARBOSA et al., 2012). Foi encontrada uma variação de 10% a 57,5% no controle da HAS em estudos epidemiológicos (SBC, 2016). Durante o primeiro ano de uso da medicação, aproximadamente 16% a 50% dos pacientes interrompem o tratamento, e grande parte dos que continuam fazem uso da medicação de maneira inadequada (SANTOS et al., 2013). Além disso, 40 a 60% dos pacientes com HAS não fazem uso de nenhum medicamento (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Não só a cessação ou o uso inadequado do tratamento farmacológico justifica a falta de adesão ao tratamento da HAS, como também a manutenção de hábitos de vida inapropriados,

definidos como o não cumprimento de medidas higienodietéticas, alimentação saudável, prática de exercício físico regularmente, manutenção do peso adequado, suspensão do álcool e fumo, controle do estresse e do uso de bebidas com cafeína (SANTOS et al., 2013).

Várias podem ser as razões que levam os pacientes a interromperem o tratamento para a HAS, a exemplo da normalização da pressão arterial, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento do uso da medicação e custos das mesmas, receio de misturar bebidas alcoólicas ou outras drogas com o medicamento, medo de intoxicação ou hipotensão, falta de conhecimento da importância de continuar o tratamento e uso de tratamentos alternativos (SANTOS et al., 2013).

Outros fatores podem ser observados, como barreiras financeiras, falta de sintomatologia ocasionando a desmotivação do tratamento, tratamento para a vida toda, repercussões na qualidade de vida, mal relação entre paciente e equipe de saúde, dentre outros (GUSMÃO e MION JR., 2006). Além disso, no âmbito da hipertensão, o tratamento medicamentoso inicia-se com um ou dois anti-hipertensivos e geralmente são associados outros medicamentos de forma gradativa, o que também pode contribuir na diminuição da adesão ao tratamento (GEWEHR et al., 2018).

Santos et al. (2012) realizou um estudo envolvendo 276 pacientes hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em Aracaju/SE em que apenas 15% foram classificados como aderentes ao tratamento medicamentoso, de acordo com o teste de Morisky-Green. O principal motivo relatado foi o esquecimento, porém também se observou que boa parte dos pacientes entrevistados conhecia pouco sobre o aspecto crônico da doença e sobre a possibilidade de controle com dieta e medicamentos (SANTOS et al., 2014).

A hipertensão arterial não controlada é responsável pelo maior ônus socioeconômico ao setor da saúde e à população, com grande morbidade e mortalidade e repercussão sobre a previdência social (LESSA, 2006). O seu impacto pode ser medido pelos custos das suas complicações, determinadas pelas doenças arteriais coronarianas, AVC, insuficiência cardíaca e renal, doença arterial periférica e retinopatia hipertensiva, além do aumento do número de internações (BEZERRA, LOPES e BARROS, 2014). Dentre os motivos de internações

hospitalares no Brasil, as doenças cardiovasculares representam o maior custo (SIQUEIRA, SIQUEIRA-FILHO e LAND, 2017).

No Brasil, o impacto social indireto, representado por exemplo pelas aposentadorias e pensões prematuras é de grande importância, tendo em vista a alta prevalência da HAS entre os 30 a 60 anos de idade e a prematuridade dos desfechos da doença, com uma magnitude superior aos outros países, o que ressalta o impacto da não adesão ao tratamento (LESSA, 2006).

As doenças crônicas não transmissíveis, grupo em que se insere a HAS, não apenas são responsáveis pelas mortes prematuras, como também pela diminuição da produtividade e das rendas familiares e aumento da incapacidade laboral. Dados recentes do IBGE apontaram que a estrutura etária do Brasil vem sofrendo modificações, com aumento da proporção de idosos e da expectativa de vida. Entretanto, conforme a população vai envelhecendo, há uma tendência em aumentar a incidência de DCV e conseqüentemente os seus custos (SIQUEIRA, SIQUEIRA-FILHO e LAND, 2017).

Do total de custos por DCV estimados em R\$37,1 bilhões de reais em 2015, 61% estão relacionados às mortes prematuras, 22% às consultas e internações e 15% são devido a perda da produtividade gerada pela doença. Com relação à mortalidade por DCV, estas são responsáveis por 28% do total de óbitos no Brasil nos últimos 5 anos, atingindo 38% dos óbitos na faixa etária produtiva (18 a 65 anos) (SIQUEIRA, SIQUEIRA-FILHO e LAND, 2017).

### **1.9 Escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky**

A avaliação da adesão não é padronizada, dificultando qualquer comparação. Os métodos diretos que consistem em ensaios biológicos ou terapia de observação direta são caros, de difícil aplicação e passíveis a erros. No âmbito dos métodos indiretos, o teste de Morisky-Green (TMG) representa um instrumento simples que foi validado para estimar a adesão ao tratamento, constituído de quatro questões com respostas fechadas de caráter dicotômico sim/não. Embora não seja um método impecável, tem sido o mais utilizado em estudos prévios sobre adesão ao tratamento de doenças crônicas e aceito como teste de referência (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

Vários métodos como questionários, autorrelato, contagem manual e eletrônica de comprimidos, retirada de medicamento em farmácias e dosagens laboratoriais de fármacos ou de seus metabólitos têm sido utilizados para a avaliação da adesão. Dentre esses, os questionários são os mais usados, apesar de apresentarem baixa acurácia e sensibilidade (BEN, NEUMANN e MENGUE, 2012). O método proposto por Morisky e cols. possui aplicabilidade prática, factível em grandes populações e apresenta custo relativamente baixo (GREZZANA, STEIN e PELLANDA, 2013).

Devido à falta de correlação do TMG com os desfechos clínicos, Morisky foi motivado a ampliar a Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de quatro Itens (MMAS-4) publicada em 1986, com inclusão de mais quatro perguntas as originais (BEM, NEUMANN e MENGUE, 2012). Sendo assim, a MMAS-4 foi recentemente atualizada por uma nova escala de oito itens, a Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) que apresenta maior sensibilidade e confiabilidade, sendo desenvolvida com o objetivo de estimar a adesão a terapêutica com anti-hipertensivos e complementada com a adição de itens elaborados para abordar vários aspectos do comportamento relacionado à adesão (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

A escala de adesão terapêutica de 8 itens de Morisky et al. foi adaptada e traduzida para o português por Oliveira-Filho et al (AIOLFI et al., 2015). Foi validada em inglês, português e espanhol (BORGES et al., 2012). No Brasil, são recentes e restritos os estudos com intuito de avaliar a não adesão por meio dessa nova escala (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012). Além disso, a escala possui uma limitação por conseguir avaliar apenas a adesão ao tratamento medicamentoso, não levando em consideração a adesão ao tratamento não medicamentoso (EID et al., 2013).

A MMAS-8 trata-se de um instrumento qualitativo, com perguntas atemporais (BORGES et al., 2012). É composta por oito perguntas a serem respondidas com “sim” ou “não”, elaboradas com a tentativa de driblar o viés de respostas positivas dos pacientes a perguntas realizadas por profissionais de saúde, invertendo as respostas relacionadas ao comportamento aderente do paciente entrevistado. Cada item estimou um comportamento aderente específico, totalizando oito perguntas (tabela 1), com sete destas devendo idealmente ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, tendo a última questão uma escala

de cinco opções de respostas: Nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

**Tabela 1:** Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens - MMAS-8

Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens - MMAS-8
1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre

**Fonte:** OLIVEIRA-FILHO et al (2012).

Esta medida parte do princípio de que o uso inadequado de medicamentos acontece devido a uma ou a todas as seguintes causas: esquecimento, falta de cuidado, interromper o medicamento quando sentir-se melhor ou interromper o medicamento quando sentir-se pior (BORGES et al., 2012). Os itens são pontuados de acordo com as respostas, da seguinte maneira: não = 1; sim = 0; nunca = 1; quase nunca = 0; às vezes = 0; frequentemente = 0;

sempre = 0, com exceção do quinto item que se pontua com sim=1 e não = 0. Por se tratar de escala de Likert, o último item é diferente das questões anteriores (AIOLFI et al., 2015). De acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas, o grau de adesão é classificado em: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos), geralmente considerando como aderentes os pacientes com pontuação igual a oito na MMAS-8 (OLIVEIRA-FILHO et al., 2012).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AIOLFI, C. R.; ALVARENGA, M. R. M.; MOURA, C. DE S.; RENOVARO, R. D. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n. 2, p. 397–404, jun. 2015.
- BARRETO, M. DA S.; REINERS, A. A. O.; MARCON, S. S. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 491–498, jun. 2014.
- BASTOS-BARBOSA, R. G.; FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J. C.; NOGUEIRA, C. B.; NOBRE, F.; UETA, J.; LIMA, N. K. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 636–641, jul. 2012.
- BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 279–289, abr. 2012.
- BEZERRA, A. S. DE M.; LOPES, J. DE L.; BARROS, A. L. B. L. DE. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 4, p. 550–555, ago. 2014.
- BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M.; RODRIGUES, M. T. P.; OLIVEIRA, C. J. DE. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 487–494, abr. 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. VIGITEL BRASIL 2017: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2017\\_vigilancia\\_fatores\\_riscos.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf). Acessado em 30 de janeiro de 2019.
- CHOBANIAN, A.V. Hypertension in 2017 – what is the right target? **JAMA**, v. 317, n. 1, p. 579-80, 2017.
- CRUZ, R. S. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. **Saúde & Tecnologia**, v. 18, p. 11-16, nov. 2017.
- DE GUSMÃO, Josiane Lima; MION JR, Décio. Adesão ao tratamento–conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006
- DE SIMONI, A.; HARDEMAN, W.; MANT, J.; FARMER, A. J.; KINMONTH, A. L. Trials to Improve Blood Pressure Through Adherence to Antihypertensives in Stroke/TIA: Systematic

Review and Meta-Analysis. **Journal of the American Heart Association**, v. 2, n. 4, 22 ago. 2013.

SANTOS, Z. M. S. A.; LIMA, H. P.; OLIVEIRA, F. B.; VIEIRA, J. S.; FROTA, N. M.; NASCIMENTO, J. C. Adesão do usuário hipertenso à terapêutica medicamentosa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 14, n. 1, 2013.

EID, L. P.; NOGUEIRA, M. S.; VEIGA, E. V.; CESARINO, E. J.; ALVES, L. M. M. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, 30 jun. 2013.

FLETCHER, B. R.; HARTMANN-BOYCE, J.; HINTON, L.; MCMANUS, R. J. The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. **American Journal of Hypertension**, v. 28, n. 10, p. 1209–1221, out. 2015.

GEWEHR, D. M.; BANDEIRA, V. A. C.; GELATTI, G. T.; COLET, C. DE F.; OLIVEIRA, K. R. DE. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 179–190, jan. 2018.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Blood Pressure Treatment Adherence and Control Through 24-Hour Ambulatory Monitoring. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2013.

GUSMÃO, J. L. DE; JR, D. M. Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

JARDIM, P. C. B. V. Blood Pressure Targets: Will We Reach Definite Figures? I Currently Have Mine. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2017.

LESSA, Í. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

MAGNABOSCO, P.; TERAOKA, E. C.; OLIVEIRA, E. M. DE; FELIPE, E. A.; FREITAS, D.; MARCHI-ALVES, L. M. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 20–27, fev. 2015.

MENGUE, S. S.; TAVARES, N. U. L.; COSTA, K. S.; MALTA, D. C.; SILVA JÚNIOR, J. B. DA. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. suppl 2, p. 192–203, dez. 2015.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2263–2274, ago. 2013.

OLIVEIRA, G. M. M. DE et al. 2017 Guidelines for Arterial Hypertension Management in Primary Health Care in Portuguese Language Countries. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2017.

OLIVEIRA-FILHO, A. D.; BARRETO-FILHO, J. A.; NEVES, S. J. F.; LYRA JUNIOR, D. P. DE. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, p. 649–658, jul. 2012.

PICON, R. V.; FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; RIEGEL, G.; FUCHS, S. C. Trends in Prevalence of Hypertension in Brazil: A Systematic Review with Meta-Analysis. **PLOS one**, v. 7, n. 10, p. e48255, 31 out. 2012.

RODRIGUES, M. T. P.; MOREIRA, T. M. M.; ANDRADE, D. F. DE. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 232–240, abr. 2014.

SABATÉ, E.; WORLD HEALTH ORGANIZATION (EDS.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: **World Health Organization**, 2003.

SANTOS, K. P. DOS; COSTA, M. C. M.; RIOS, M. C.; RIOS, P. S. DE S. ADESÃO A FARMACOTERAPIA EM PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERTENSÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM ARACAJU, SE. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, v. 26, n. 4, p. 233, 18 dez. 2014.

SIQUEIRA, A. DE S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. DE; LAND, M. G. P. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2017.

SOARES, M. M.; OLIVEIRA, M. A. D.; RODRIGUES, S. M.; MACHADO, C. J.; DIAS, C. A. " Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, p. 227-242, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 3, sept 2016.

SOUZA, A. C. C. DE; BORGES, J. W. P.; MOREIRA, T. M. M. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 0, 2016.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; MENGUE, S. S.; ARRAIS, P. S. D.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; PIZZOL, T. DA S. D. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. suppl 2, 2016.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUME, E.; FACCHINI, L. A.; FRANCA, G. V. A. DE; MENGUE, S. S. Fatores associados a baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1092–1101, dez. 2013.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R.; OLIVEIRA, G. N.; ANDRADE, T. F. L.; OKUNO, M. F. P.; LOPES, M. C. B. T.; BATISTA, R. E. A. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 1149–1156, dez. 2015.

VILLELA, P. B.; KLEIN, C. H.; OLIVEIRA, G. M. M. DE. Trends in Mortality from Cerebrovascular and Hypertensive Diseases in Brazil Between 1980 and 2012. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2016.

WHELTON, P.K.; CAREY, R.M.; ARONOW, W.S.; CASEY, DE Jr.; COLLINS, K.J.; DENNISON, H.C. et al. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines Hypertension. **ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA**, 2017.

## 2. NORMAS DE PUBLICAÇÃO

### ARQUIVOS BRASILEIROS DE CARDIOLOGIA

1. Os Arquivos Brasileiros de Cardiologia (Arq Bras Cardiol) são uma publicação mensal da Sociedade Brasileira de Cardiologia, indexada no Cumulated Index Medicus da National Library of Medicine e nos bancos de dados do MEDLINE, EMBASE, LILACS, Scopus e da SciELO com citação no PubMed (United States National Library of Medicine) em inglês e português.

2. Ao submeter o manuscrito, os autores assumem a responsabilidade de o trabalho não ter sido previamente publicado e nem estar sendo analisado por outra revista. Todas as contribuições científicas são revisadas pelo Editor-Chefe, pelo Supervisor Editorial, Editores Associados e pelos Membros do Conselho Editorial. Só são encaminhados aos revisores os artigos que estejam rigorosamente de acordo com as normas especificadas. Os trabalhos também são submetidos à revisão estatística, sempre que necessário. A aceitação será na originalidade, significância e contribuição científica para o conhecimento da área.

### 3. Seções

3.1. Editorial: todos os editoriais dos Arquivos são feitos através de convite. Não serão aceitos editoriais enviados espontaneamente.

3.2. Carta ao Editor: correspondências de conteúdo científico relacionadas a artigos publicados na revista nos dois meses anteriores serão avaliadas para publicação. Os autores do artigo original citado serão convidados a responder.

3.3. Artigo Original: os Arquivos aceitam todos os tipos de pesquisa original na área cardiovascular, incluindo pesquisas em seres humanos e pesquisa experimental.

3.4. Revisões: os editores formulam convites para a maioria das revisões. No entanto, trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão bem-vindos. Não serão aceitos, nessa seção, trabalhos cujo autor principal não tenha vasto currículo acadêmico ou de publicações, verificado através do sistema Lattes (CNPQ), Pubmed ou SciELO. Eventualmente, revisões submetidas espontaneamente poderão ser reclassificadas como “Atualização Clínica” e publicadas nas páginas eletrônicas, na internet (ver adiante).

3.5. Comunicação Breve: experiências originais, cuja relevância para o conhecimento do tema justifique a apresentação de dados iniciais de pequenas séries, ou dados parciais de ensaios clínicos, serão aceitos para avaliação.

3.6. Correlação Anátomo-Clínica: apresentação de um caso clínico e discussão de aspectos de interesse relacionados aos conteúdos clínico, laboratorial e anátomo-patológico.

3.7. Correlação Clínico-Radiográfica: apresentação de um caso de cardiopatia congênita, salientando a importância dos elementos radiográficos e/ou clínicos para a consequente correlação com os outros exames, que comprovam o diagnóstico. Ultima-se daí a conduta adotada.

3.8. Atualização Clínica: essa seção busca focar temas de interesse clínico, porém com potencial de impacto mais restrito. Trabalhos de alto nível, realizados por autores ou grupos com histórico de publicações na área serão aceitos para revisão.

3.9. Relato de Caso: casos que incluam descrições originais de observações clínicas, ou que representem originalidade de um diagnóstico ou tratamento, ou que ilustrem situações pouco frequentes na prática clínica e que mereçam uma maior compreensão e atenção por parte dos cardiologistas serão aceitos para avaliação.

3.10. Imagem Cardiovascular: imagens clínicas ou de pesquisa básica, ou de exames complementares que ilustrem aspectos interessantes de métodos de imagem, que esclareçam mecanismos de doenças cardiovasculares, que ressaltem pontos relevantes da fisiopatologia, diagnóstico ou tratamento serão consideradas para publicação.

3.11. Ponto de Vista: apresenta uma posição ou opinião dos autores a respeito de um tema científico específico. Esta posição ou opinião deve estar adequadamente fundamentada na literatura ou em sua experiência pessoal, aspectos que irão ser a base do parecer a ser emitido.

4. Processo de submissão: os manuscritos deverão ser enviados via internet e sistema, disponível no endereço: <http://www.arquivosonline.com.br/2013/submissao>

5. Todos os artigos devem vir acompanhados por uma carta de submissão ao editor, indicando a seção em que o artigo deva ser incluído (vide lista acima), declaração do autor de que todos

os coautores estão de acordo com o conteúdo expresso no trabalho, explicitando ou não conflitos de interesse\* e a inexistência de problemas éticos relacionados.

6. Todos os manuscritos são avaliados para publicação no menor prazo possível, porém, trabalhos que mereçam avaliação especial para publicação acelerada (“fast-track”) devem ser indicados na carta de submissão ao editor.

7. Os textos e as tabelas devem ser editados em word e as figuras e ilustrações devem ser anexados em arquivos separados, na área apropriada do sistema. Figuras devem ter extensão JPEG e resolução mínima de 300 DPI. As Normas para Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos encontram-se em

[http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes\\_autores.asp](http://www.arquivosonline.com.br/publicacao/informacoes_autores.asp) /  
[http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

8. Conflito de interesses: quando existe alguma relação entre os autores e qualquer entidade pública ou privada que pode derivar algum conflito de interesse, essa possibilidade deve ser comunicada e será informada no final do artigo. Enviar a Declaração de Potencial Conflito de Interesses para [revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br), colocando no assunto número do artigo. Acesse: [http://www.arquivosonline.com.br/pdf/conflito\\_de\\_interesse\\_abc\\_2013.pdf](http://www.arquivosonline.com.br/pdf/conflito_de_interesse_abc_2013.pdf)

9. Formulário de contribuição do autor: o autor correspondente deverá completar, assinar e enviar por e-mail ([revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br) – colocar no assunto número do artigo) os formulários, explicitando as contribuições de todos os participantes, que serão informadas no final do artigo. Acesse: [http://www.arquivosonline.com.br/pdf/formulario\\_contribuicao\\_abc\\_2013.pdf](http://www.arquivosonline.com.br/pdf/formulario_contribuicao_abc_2013.pdf)

10. Direitos Autorais: os autores dos artigos aprovados deverão encaminhar para os Arquivos, previamente à publicação, a declaração de transferência de direitos autorais assinada por todos os coautores (preencher o formulário da página [http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/Transferencia\\_de\\_Direitos\\_Autorais.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/Transferencia_de_Direitos_Autorais.pdf) e enviar para [revista@cardiol.br](mailto:revista@cardiol.br), colocando no assunto número do artigo).

## 11. Ética

11.1. Os autores devem informar, no texto e/ou na ficha do artigo, se a pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa de sua instituição em consoante à Declaração de Helsinki.

11.2. Nos trabalhos experimentais envolvendo animais, as normas estabelecidas no “Guide for the Care and Use of Laboratory Animals” (Institute of Laboratory Animal Resources, National Academy of Sciences, Washington, D. C. 1996) e os Princípios Éticos na Experimentação Animal do Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) devem ser respeitados.

11.3. Nos trabalhos experimentais envolvendo seres humanos, os autores devem indicar se os procedimentos seguidos seguiram os padrões éticos do comitê responsável por experimentação humana (institucional e nacional) e da Declaração de Helsinki de 1975, revisada em 2008. Se houver dúvida quanto à realização da pesquisa em conformidade com a Declaração de Helsinki, os autores devem explicar as razões para sua abordagem e demonstrar que o corpo de revisão institucional explicitamente aprovou os aspectos duvidosos do estudo. Estudos realizados em humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e com o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (Brasil), que trata do Código de Ética para Pesquisa em Seres Humanos e, para autores fora do Brasil, devem estar de acordo com Committee on Publication Ethics (COPE).

## 12. Ensaio clínico

12.1. O International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que é importante promover uma base de dados de estudos clínicos abrangente e disponível publicamente. O ICMJE define um estudo clínico como qualquer projeto de pesquisa que prospectivamente designa seres humanos para intervenção ou comparação simultânea ou grupos de controle para estudar a relação de causa e efeito entre uma intervenção médica e um desfecho relacionado à saúde. As intervenções médicas incluem medicamentos, procedimentos cirúrgicos, dispositivos, tratamentos comportamentais, mudanças no processo de atendimento, e outros.

12.2. O número de registo do estudo deve ser publicado ao final do resumo. Serão aceitos qualquer registo que satisfaça o ICMJE, ex. <http://clinicaltrials.gov/>. A lista completa de todos os registros de ensaios clínicos pode ser encontrada no seguinte endereço: <http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html>.

12.3. Os ensaios clínicos devem seguir em sua apresentação as regras do CONSORT STATEMENT. Acesse <http://www.consort-statement.org/consortstatement/>

13. Citações bibliográficas: os Arquivos adotam as Normas de Vancouver – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journal ([www.icmje.org](http://www.icmje.org)).

14. Idioma: os artigos devem ser redigidos em língua portuguesa (com a ortografia vigente) e/ou inglês.

14.1. Para os trabalhos que não possuem versão em inglês ou que essa seja julgada inadequada pelo Conselho Editorial, a revista providenciará a tradução sem ônus para o(s) autor(es).

14.2. Caso já exista a versão em inglês, tal versão deve ser enviada para agilizar a publicação.

14.3. As versões inglês e português serão disponibilizadas na íntegra no endereço eletrônico da SBC (<http://www.arquivosonline.com.br>) e da SciELO ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), permanecendo à disposição da comunidade internacional.

15. Avaliação pelos Pares (peer review): todos os trabalhos enviados aos ABC serão submetidos à avaliação inicial dos editores, que decidirão, ou não, pelo envio a revisão por pares (peer review), todos eles pesquisadores com publicação regular em revistas indexadas e cardiologistas com alta qualificação (Corpo de Revisores dos ABC <http://www.arquivosonline.com.br/conselhoderevisores/>).

15.1. Os autores podem indicar até cinco membros do Conselho de Revisores para análise do manuscrito submetido, assim como podem indicar até cinco revisores para não participar do processo.

15.2. Os revisores tecerão comentários gerais sobre o manuscrito e decidirão se esse trabalho deve ser publicado, corrigido segundo as recomendações, ou rejeitado.

15.3. Os editores, de posse dos comentários dos revisores, tomarão a decisão final. Em caso de discrepâncias entre os revisores, poderá ser solicitada uma nova opinião para melhor julgamento.

15.4. As sugestões de modificação dos revisores serão encaminhadas ao autor principal. O manuscrito adaptado às novas exigências será reencaminhado aos revisores para verificação.

15.5. Em casos excepcionais, quando o assunto do manuscrito assim o exigir, o Editor poderá solicitar a colaboração de um profissional que não conste do Corpo de Revisores.

15.6. Os autores têm o prazo de trinta dias para proceder às modificações solicitadas pelos revisores e submeter novamente o artigo. A inobservância desse prazo implicará na retirada do artigo do processo de revisão.

15.7. Sendo aceitos para revisão, os pareceres dos revisores deverão ser produzidos no prazo de 30 dias.

15.8. As decisões serão comunicadas por mensagem do Sistema de Envio de Artigos e e-mail.

15.9. As decisões dos editores não serão discutidas pessoalmente, nem por telefone. As réplicas deverão ser submetidas por escrito à revista.

15.10. Limites de texto: a contagem eletrônica de palavras deve incluir a página inicial, resumo, texto, referências e legenda de figuras/tabelas.

	Nº máx. de autores	Título (caracteres incluindo espaços)	Título reduzido (caracteres incluindo espaços)	Resumo (nº máx. de palavras)	Nº máx. de palavras (incluindo referências)	Nº máx. de referências	Nº máx. de tabelas + figuras + vídeo
Artigo Original	10	150	50	250	5000	40	8

#### 15.11. Orientações Estatísticas

15.11.1. O uso adequado dos métodos estatísticos bem como sua correta descrição é de suma importância para a publicação nos Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Desta forma, a seguir, são apresentadas orientações gerais aos autores sobre as informações que devem ser fornecidas no artigo referente à análise estatística (para maiores detalhes, sugerimos a leitura das orientações estatísticas do European Heart Journal).

##### 1) Sobre a amostra:

Detalhamento tanto da população de interesse quanto dos procedimentos utilizados para definição da amostra do estudo.

## 2) Dentro do tópico

Métodos, criação de um subtópico direcionado exclusivamente à descrição da análise estatística efetuada no estudo, contendo:

- Forma de apresentação das variáveis contínuas e/ou categóricas: para variáveis contínuas com distribuição normal, apresentação da média e desviopadrão e, para as com distribuição não normal, apresentar através de mediana e intervalos interquartis. Já para as variáveis categóricas, as mesmas devem ser apresentadas através de números absolutos e percentagens, com os respectivos intervalos de confiança;
- Descrição dos métodos estatísticos utilizados. Na utilização de métodos estatísticos mais complexos, deve ser fornecida uma literatura de referência para os mesmos;
- Como regra, os testes estatísticos devem sempre ser bilaterais ao invés de unilaterais;
- Nível de significância estatística adotado; e
- Especificação do software empregado nas análises estatísticas e sua respectiva versão.

## 3) Em relação à apresentação dos resultados obtidos após as análises estatísticas:

- Os principais resultados devem sempre ser descritos com seus respectivos intervalos de confiança;
- Não repetir no texto do artigo dados já existentes em tabelas e figuras;
- Ao invés de apresentar tabelas muito extensas, utilizar gráficos como alternativa de modo a facilitar a leitura e entendimento do conteúdo;
- Nas tabelas, mesmo que o p-valor não seja significativo, apresentar o respectivo valor em vez de "NS" (por exemplo,  $p = 0,29$  em vez de NS).

16. Os artigos deverão seguir a seguinte ordem:

16.1. Página de título

16.2. Texto

16.3. Agradecimentos

16.4. Legendas de figuras

16.5. Tabelas (com legendas para as siglas)

16.6. Referências

16.7. Primeira Página:

16.7.1. Deve conter o título completo do trabalho de maneira concisa e descritiva, em português e inglês, assim como um título resumido (com até 50 caracteres, incluindo espaços) para ser utilizado no cabeçalho das demais páginas do artigo;

16.7.2. Devem ser incluídos de três a cinco descritores (palavras-chave), assim como a respectiva tradução para as keywords (descriptors). Os descritores devem ser consultados nos sites: <http://decs.bvs.br/>, que contém termos em português, espanhol e inglês ou [www.nlm.nih.gov/mesh](http://www.nlm.nih.gov/mesh), para termos somente em inglês;

16.8. Segunda Página:

16.8.1. Resumo (até 250 palavras): o resumo deve ser estruturado em cinco seções quando se tratar Artigo Original, evitando abreviações e observando o número máximo de palavras. No caso de Artigo de Revisão e Comunicação Breve, o resumo não é estruturado, respeitando o limite máximo de palavras.

Não cite referências no resumo:

- Fundamento (racional para o estudo);
- Objetivos;
- Métodos (breve descrição da metodologia empregada);
- Resultados (apenas os principais e mais significativos);
- Conclusões (frase(s) sucinta(s) com a interpretação dos dados).

Obs.: Os Relatos de Caso não devem apresentar resumo.

16.9. Texto para Artigo Original: deve ser dividido em introdução, métodos, resultados, discussão e conclusões.

16.9.1. Introdução:

16.9.1.1. Não ultrapasse 350 palavras.

16.9.1.2. Faça uma descrição dos fundamentos e do racional do estudo, justificando com base na literatura.

16.9.2. Métodos: descreva detalhadamente como foram selecionados os sujeitos da pesquisa observacional ou experimental (pacientes ou animais de experimentação, incluindo o grupo controle, quando houver), incluindo idade e sexo.

16.9.2.1. A definição de raças deve ser utilizada quando for possível e deve ser feita com clareza e quando for relevante para o tema explorado.

16.9.2.2. Identifique os equipamentos e reagentes utilizados (incluindo nome do fabricante, modelo e país de fabricação, quando apropriado) e dê detalhes dos procedimentos e técnicas utilizadas de modo a permitir que outros investigadores possam reproduzir os seus dados.

16.9.2.3. Justifique os métodos empregados e avalie possíveis limitações.

16.9.2.4. Descreva todas as drogas e fármacos utilizados, doses e vias de administração.

16.9.2.5. Descreva o protocolo utilizado (intervenções, desfechos, métodos de alocação, mascaramento e análise estatística).

16.9.2.6. Em caso de estudos em seres humanos, indique se o trabalho foi aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa e se os pacientes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

16.9.3. Resultados: exibidos com clareza, subdivididos em itens, quando possível, e apoiados em número moderado de gráficos, tabelas, quadros e figuras. Evitar a redundância ao apresentar os dados, como no corpo do texto e em tabelas.

16.9.4. Discussão: relaciona-se diretamente ao tema proposto quando analisado à luz da literatura, salientando aspectos novos e importantes do estudo, suas implicações e limitações. O último período deve expressar conclusões ou, se pertinentes, recomendações e implicações clínicas.

16.9.5. Conclusões

16.9.5.1. Ao final da sessão “Conclusões”, indique as fontes de financiamento do estudo.

17. Agradecimentos: devem vir após o texto. Nesta seção, é possível agradecer a todas as fontes de apoio ao projeto de pesquisa, assim como contribuições individuais.

17.1. Cada pessoa citada na seção de agradecimentos deve enviar uma carta autorizando a inclusão do seu nome, uma vez que pode implicar em endosso dos dados e conclusões.

17.2. Não é necessário consentimento por escrito de membros da equipe de trabalho, ou colaboradores externos, desde que o papel de cada um esteja descrito nos agradecimentos.

18. Referências: os Arquivos seguem as Normas de Vancouver.

18.1. As referências devem ser citadas numericamente, por ordem de aparecimento no texto e apresentadas em sobrescrito.

18.2. Se forem citadas mais de duas referências em sequência, apenas a primeira e a última devem ser digitadas, separadas por um traço (Exemplo: 5-8).

18.3. Em caso de citação alternada, todas as referências devem ser digitadas, separadas por vírgula (Exemplo: 12, 19, 23). As abreviações devem ser definidas na primeira aparição no texto.

18.4. As referências devem ser alinhadas à esquerda.

18.5. Comunicações pessoais e dados não publicados não devem ser incluídos na lista de referências, mas apenas mencionados no texto e em nota de rodapé na página em que é mencionado.

18.6. Citar todos os autores da obra se houver seis autores ou menos, ou apenas os seis primeiros seguidos de et al, se houver mais de seis autores.

18.7. As abreviações da revista devem estar em conformidade com o Index Medicus/Medline – na publicação List of Journals Indexed in Index Medicus ou por meio do site <http://locatorplus.gov/>.

18.8. Só serão aceitas citações de revistas indexadas. Os livros citados deverão possuir registro ISBN (International Standard Book Number).

18.9. Resumos apresentados em congressos (abstracts) só serão aceitos até dois anos após a apresentação e devem conter na referência o termo “resumo de congresso” ou “abstract”.

19. Política de valorização: os editores estimulam a citação de artigos publicados nos Arquivos.

20. Tabelas: numeradas por ordem de aparecimento e adotadas quando necessário à compreensão do trabalho. As tabelas não deverão conter dados previamente informados no texto. Indique os marcadores de rodapé na seguinte ordem: \*, †, ‡, §, //, ¶, #, \*\*, ††, etc. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC

está no endereço:  
[http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

21. Figuras: as figuras submetidas devem apresentar boa resolução para serem avaliadas pelos revisores. As legendas das figuras devem ser formatadas em espaço duplo e estar numeradas e ordenadas antes das Referências. As abreviações usadas nas ilustrações devem ser explicitadas nas legendas. O Manual de Formatação de Tabelas, Figuras e Gráficos para Envio de Artigos à Revista ABC está no endereço:  
[http://publicacoes.cardiol.br/pub\\_abc/autor/pdf/manual\\_de\\_formatacao\\_abc.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/pub_abc/autor/pdf/manual_de_formatacao_abc.pdf)

22. Imagens e vídeos: os artigos aprovados que contenham exames (exemplo: ecocardiograma e filmes de cinecoronariografia) devem ser enviados através do sistema de submissão de artigos como imagens em movimento no formato MP4 com codec h:264, com peso de até 20 megas, para serem disponibilizados no site <http://www.arquivosonline.com.br> e nas revistas eletrônicas para versão tablet.

23. Os autores não são submetidos à taxa de submissão de artigos e de avaliação.

### 3. ARTIGO ORIGINAL

#### **ADESÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES HIPERTENSOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E DA REDE SUPLEMENTAR**

DRUG ADHERENCE OF HYPERTENSIVE PATIENTS USERS OF THE HEALTH SYSTEM AND THE ADDITIONAL NETWORK

Schirley dos Santos Souza<sup>1</sup>, Antônio Carlos Sobral Sousa<sup>1</sup>, Glessiane de Oliveira Almeida<sup>1</sup>

Curso de Medicina, Departamento de Medicina, Universidade Federal de Sergipe, SE – Brasil<sup>1</sup>

Correspondência para: Schirley dos Santos Souza

Av Dr. Francisco Moreira, 1600

49045285 – Aracaju, SE, Brasil

E-mail: schirlinha.ss@gmail.com

(79) 998230660

Título abreviado: **Adesão medicamentosa em pacientes hipertensos.**

Palavras-chave: Adesão à medicação. Hipertensão arterial. Adesão terapêutica.

Número de palavras: 4993

Tipo de artigo: Artigo original.

## Resumo

**Fundamento:** A falta de adesão à medicação é um fator de risco significativo contribuinte para o tratamento inadequado da Hipertensão arterial sistêmica e suas conseqüentes repercussões negativas.

**Objetivo:** Avaliar a atual situação do grau de adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos e relacionar com os fatores influenciadores nesse processo.

**Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, transversal, com pacientes hipertensos maiores de 18 anos, atendidos em um hospital do sistema único de saúde e dois hospitais da rede suplementar, em Aracaju (SE), através de entrevistas realizadas durante o período de junho de 2017 a dezembro de 2018. A adesão foi determinada por meio de uma escala de adesão terapêutica validada. Foram considerados aderentes aqueles pacientes com pontuação igual a 8 na escala.

**Resultados:** A frequência de adesão terapêutica entre os 331 pacientes entrevistados foi de 19,9%, com 80,1% considerados não aderentes. Entre estes últimos, 54,1% apresentaram baixa adesão terapêutica, e 26%, adesão média. Entre as variáveis investigadas neste estudo, apenas o sexo ( $p = 0,017$ ), o tempo de diagnóstico ( $p = 0,016$ ) e a visita não programada nos últimos 12 meses ( $p = 0,002$ ) tiveram associação com a adesão.

**Conclusão:** Foi verificada uma inadequada adesão medicamentosa nos pacientes investigados. A maioria foram considerados não aderentes. Entre estes, mais da metade obtiveram um baixo grau de adesão.

**Palavras-chave:** Adesão à medicação. Hipertensão arterial. Adesão terapêutica.

## Abstract

**Background:** The lack of adherence to medication is a significant risk factor contributing to the inadequate treatment of systemic arterial hypertension and its consequent negative repercussions.

**Objective:** To evaluate the current situation of the degree of drug adherence of hypertensive patients and to relate them with the influencing factors in this process.

**Methods:** An observational, cross-sectional study was performed with hypertensive patients over 18 years of age, attended at a single health hospital and two hospitals in the supplementary network, in Aracaju (SE), through interviews conducted during the 2017 to December 2018. Adherence was determined by a validated therapeutic adherence scale. Patients with a score equal to 8 on the scale were considered adherent.

**Results:** The frequency of therapeutic adherence among the 331 patients interviewed was 19.9%, with 80.1% considered non-adherent. Among the latter, 54.1% presented low therapeutic adherence, and 26%, mean adherence. Among the variables investigated in this study, only sex ( $p = 0.017$ ), diagnosis time ( $p = 0.016$ ), and non-scheduled visit in the last 12 months ( $p = 0.002$ ) were associated with adherence.

**Conclusion:** There was an inadequate medication adherence in the patients investigated. Most were considered non-adherent. Of these, more than half had a low degree of adhesion.

**Key words:** Adhesion to medication. Arterial hypertension. Therapeutic adhesion.

## Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge aproximadamente 31,3% de toda a população mundial<sup>1</sup>. Representa um dos fatores de risco mais importantes de mortalidade e morbidade e a principal causa de morte em adultos com doença cardiovascular (DCV). Em estimativa feita pela OMS, até 2030 mais de 23 milhões de indivíduos morrerão devido às DCV<sup>2</sup>

No Brasil, devido a sua elevada prevalência em adultos e mais ainda em idosos e o fato de acometer indivíduos em plena fase produtiva, a HAS significa um grande problema de Saúde Pública<sup>3</sup>. O seu impacto pode ser medido pelos custos das suas complicações, determinadas pelas doenças arteriais coronarianas, acidente vascular encefálico, insuficiência cardíaca e renal, doença arterial periférica e retinopatia hipertensiva<sup>4</sup>, que junto com as da diabetes mellitus, refletem um grande impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimado em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015<sup>5</sup>.

A principal causa da pressão arterial (PA) não controlada é a não adesão ao tratamento<sup>6</sup>. Por se tratar de uma doença de curso assintomático, o diagnóstico e tratamento da HAS são frequentemente negligenciados e apenas 30% dos pacientes atingem a meta terapêutica<sup>7</sup>.

A adesão terapêutica é definida como o nível em que o comportamento de uma pessoa, constituído pela tomada de medicação e pelo seguimento de uma dieta e/ou prática de mudanças no estilo de vida, corresponde com as recomendações de um médico ou outro profissional de saúde<sup>8</sup>. Trata-se de um fenômeno multidimensional, determinado pela influência de vários fatores que alteram o comportamento e a capacidade das pessoas de seguir um tratamento<sup>9</sup>. Estes podem ser intrínsecos ao próprio paciente, relacionados ao nível socioeconômico, à doença, ao tratamento e aos serviços de saúde<sup>10</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a não adesão está em cerca 50%<sup>11</sup> e afeta desfavoravelmente a melhoria clínica do paciente, com consequências pessoais e socioeconômicas<sup>12</sup>. Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo avaliar a atual situação do grau de adesão medicamentosa dos pacientes hipertensos e relacionar com os fatores influenciadores nesse processo.

## **Métodos**

### **Delineamento, locais e período do estudo**

Trata-se de um estudo observacional, transversal, pois os desfechos foram avaliados em um único momento, analítico, com dados coletados de forma prospectiva, através da aplicação de questionários a pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. A amostra foi realizada de forma não aleatória com pacientes selecionados consecutivamente para minimizar um viés de amostragem. As entrevistas ocorreram em três instituições de referência em cardiologia de Sergipe, a saber, HU/SE, Clínica do Coração e Hospital São Lucas, durante o período de junho de 2017 a dezembro de 2018.

### **População do estudo**

Foram estudados pacientes com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica cadastrados nos referidos hospitais, de ambos os sexos, com dezoito anos ou mais de idade e que estiveram de acordo em participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Foram excluídos pacientes menores de dezoito anos, com presença de problemas mentais, não oriundos de nenhuma das instituições estudadas ou que se recusaram a participar da entrevista.

### **Entrevistas e variáveis avaliadas**

As entrevistas foram realizadas nos hospitais referidos, no momento de espera antes das consultas médicas, por uma doutoranda de psicologia e acadêmicas de medicina. As seguintes variáveis independentes foram investigadas: idade, sexo, situação conjugal, escolaridade, classificação econômica, autopercepção de saúde, número de classes de anti-hipertensivos, tempo de diagnóstico, controle da PA, presença de comorbidades, uso de medicamentos pra comorbidades, número de idas ao médico/ano, atendimento de urgência/emergência nos últimos 12 meses e hospital de atendimento.

A adesão terapêutica foi determinada por meio da versão em português de uma escala validada, que se trata de um instrumento qualitativo, com perguntas atemporais<sup>13</sup>. Possui aplicabilidade prática, factível em grandes populações e custo relativamente baixo<sup>14</sup>. Pode ser considerado o método de autorrelato para determinação da adesão terapêutica mais utilizado,

porém possui uma limitação por conseguir avaliar apenas a adesão ao tratamento medicamentoso, sem considerar a adesão ao tratamento não medicamentoso<sup>7</sup>.

Cada item estimou um comportamento aderente específico, com um total de oito perguntas a serem respondidas com “sim” ou “não” (quadro 1). A última questão, por se tratar de escala de Likert, possui cinco opções de respostas: nunca, quase nunca, às vezes, frequentemente, sempre<sup>15</sup>. Os itens foram pontuados da seguinte maneira: não = 1; sim = 0; nunca = 1; quase nunca = 0; às vezes = 0; frequentemente = 0; sempre = 0, com exceção do quinto item que foi pontuado com sim=1 e não = 0<sup>16</sup>. De acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas, o grau de adesão foi classificado em: alta adesão (oito pontos), média adesão (6 a < 8 pontos) e baixa adesão (< 6 pontos)<sup>15</sup>. No presente estudo, foram considerados aderentes aqueles pacientes com pontuação igual a oito na escala.

### **Análise estatística**

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 20. As análises estatísticas envolveram: análises descritivas; teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar o padrão de normalidade das variáveis contínuas; qui-quadrado e Kruskal-Wallis para testar as relações entre a adesão terapêutica e outras variáveis independentes; teste T e regressão logística binária. Todas as variáveis com valor de  $p < 0,30$  na análise bivariada foram incluídas no modelo inicial da análise multivariada. Em seguida, foram retiradas, uma a uma, as variáveis que apresentaram maior valor de  $p$ , até que restassem apenas variáveis com significância estatística em pelo menos uma das categorias de adesão terapêutica. Estabeleceu-se como nível de significância alfa menor que 5%.

### **Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe em 05/06/2017 e envolveu seres humanos sob o número de CAAE: 60473316.9.0000.5546. A identidade e os direitos dos participantes dessa pesquisa foram preservados, em atendimento a Resolução n.º 466, de 12 dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério de Saúde - Brasília – DF. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com garantia de recusa a qualquer momento, sem sofrer qualquer dano e, somente após isso, os dados foram coletados. Os responsáveis pelas

referidas instituições assinaram a solicitação de autorização para a realização da pesquisa em suas dependências.

## **Resultados**

Foram estudados 331 pacientes, com idade média de 62 anos  $\pm 11,2$ , mínima de 31 e máxima de 100 anos. A frequência do sexo feminino (59,8%) foi ligeiramente superior, assim como a de indivíduos que possuíam companheiro (61%). A escolaridade predominante foi o nível fundamental (44,4%), seguida do nível médio (26,9%), superior (16,6%), analfabetos (8,2%) e pós-graduação (3,9%). As classes econômicas mais frequentes foram a E (45%), C (26,3%) e D (18,1%), com apenas 9,9% pertencentes as classes A e B. Em relação a auto percepção de saúde, boa parte dos entrevistados considera ter uma saúde boa (65,3%). No que se refere ao número de classes de anti-hipertensivos utilizadas, 41,7% faziam uso de apenas uma, 30,8% usavam duas, 16,9% três e 4,2% quatro classes.

A mediana de tempo de diagnóstico da doença foi de 10 anos em metade dos pacientes, 5 anos em 25% e 15 anos nos outros 25%. A frequência de pacientes considerados controlados foi de 58%, com um alto número de descontrolados (43%). Foi verificada presença de comorbidades em 65,9% dos pacientes, com uso de medicamentos para as mesmas em 57,1%. Em relação ao hospital de atendimento, 51,7% dos entrevistados eram atendidos em um hospital escola público e o restante em dois hospitais da rede suplementar. No que se refere a frequência de visita programada/ano (idas à consulta médica), 39,9% iam duas vezes, 23,9% apenas uma vez, 13,3% três vezes, 12,1% cinco vezes e 8,5% quatro vezes. O serviço de urgência/emergência (visita não programada nos últimos 12 meses) foi procurado, devido à pressão alta, por 51,4%. Entre as variáveis investigadas, apenas o sexo ( $p = 0,017$ ), o tempo de diagnóstico ( $p = 0,016$ ) e a visita não programada nos últimos 12 meses ( $p = 0,002$ ) tiveram associação com a adesão terapêutica (tabelas 1 e 2).

A frequência de adesão terapêutica foi de apenas 19,9%, com os outros 80,1% considerados não aderentes. Entre este grupo, 54,1% apresentaram baixa adesão, e 26%, adesão média. De acordo com a análise de regressão logística, os pacientes que alcançaram valores máximos na escala revelaram ter um maior tempo de diagnóstico da doença, (OR: 2,7; IC [95%] = 0,5 a 5,0) do que aqueles que atingiram valores médios (6 a <8) ou baixos (<6). A associação

do tempo de diagnóstico ( $p = 0,016$ ) com a adesão terapêutica pode ser observada na tabela 2. A mediana de tempo diagnóstico dos pacientes que não aderiram ao tratamento foi de  $10,60 \pm 8,19$ , enquanto que a dos aderentes foi de  $13,37 \pm 8,96$ .

Na associação entre o sexo ( $p = 0,017$ ) e a adesão terapêutica (tabela 1), foi encontrada uma maior proporção de mulheres no grupo aderente (72,7%) em relação ao não aderente (56,6%). Já entre os homens, há uma menor proporção no grupo aderente (27,3%), em detrimento ao não aderente (43,4%). Não houve associação entre o controle da PA e a adesão, porém, quando relacionado ao sexo, os homens apresentaram uma maior proporção ( $p = 0,036$ ) de pacientes controlados no grupo aderente (93,8%) em relação ao não aderente (68,3%), enquanto que, nas mulheres, não houve diferença (tabela 3).

Entre os pacientes que compareceram a visita não programada (urgência/emergência) nos últimos 12 meses, 68,2% eram aderentes à terapêutica e 47,2% não aderentes. Essa associação ( $p = 0,002$ ) pode ser vista na tabela 2, e revelou uma chance 2,4 vezes maior de pessoas que foram a visita não programada serem aderentes ao tratamento. Quando relacionado ao sexo, no grupo das mulheres, a frequência de visita não programada nos últimos 12 meses é maior nas aderentes (72,9%) em relação às não aderentes (46,0%)  $p = 0,001$ , enquanto que entre os homens, não houve diferença. (tabela 3)

## **Discussão**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), grupo em que se insere a HAS, não apenas são responsáveis pelas mortes prematuras, como pela diminuição da produtividade, das rendas familiares e aumento da incapacidade laboral. Dados recentes do IBGE apontaram que a estrutura etária do Brasil vem sofrendo modificações, com aumento da proporção de idosos e da expectativa de vida<sup>17</sup>, o que traz uma tendência ao aumento da incidência de doenças cardiovasculares (DCV) e conseqüentemente dos seus custos<sup>18,19</sup>.

No Brasil, a HAS atinge mais de 60% dos idosos e 32,5% dos adultos. A doença contribui de forma direta ou indireta com 50% das mortes por DCV e significa um grande problema de saúde pública<sup>3,5</sup>. Entre 1980 e 2012, observou-se aumento dos óbitos por doenças hipertensivas<sup>5,20</sup>.

Dentre as estratégias voltadas ao controle da HAS, o tratamento medicamentoso, quando adequadamente conduzido, possibilita o controle da doença, diminuição de suas complicações, melhoria da qualidade de vida e diminuição da morbimortalidade<sup>21,22</sup>. Apesar disso, cerca de 40% dos pacientes hipertensos não estão em tratamento anti-hipertensivo e dois terços dos tratados não atingem o controle da PA. A baixa adesão medicamentosa é uma das principais responsáveis para esses resultados<sup>2,14</sup>.

Os efeitos negativos da não-adesão são bem mais abrangentes e atingem não apenas a própria pessoa como a sua família e o sistema de saúde onde estão inseridas<sup>12,23</sup>, associando-se a uma pior evolução da doença<sup>11</sup>. Provocam, também, ajustes desnecessários no regime terapêutico pela falta de resposta, frustração aos profissionais de saúde que ficam impedidos de alcançar os objetivos e aumento dos custos na prestação de cuidados de saúde pelo tratamento de complicações e elevação das taxas de hospitalizações<sup>24</sup>.

Em contrapartida a estes fatos, estudos feitos em Aracaju e Maceió observaram uma baixa frequência de adesão, sendo inferior a 20%<sup>15,25</sup>. Resultados parecidos foram encontrados neste estudo, que obteve apenas 19,9% de pacientes aderentes. Entre o alto número de não aderentes (80,1%), mais da metade apresentou baixa adesão.

Segundo a literatura, pacientes com maior tempo de diagnóstico de HAS apresentam índices de não adesão menores do que aqueles com menor tempo<sup>26</sup>. A associação ( $p = 0,016$ ) com a adesão terapêutica encontrada neste estudo corroborou esse pensamento. Foi revelado que, quanto menor o tempo de diagnóstico da doença, maior o índice de não adesão.

Dentre os fatores socioeconômicos que influenciam na adesão, encontram-se a idade, o sexo, o nível de escolaridade, a classe econômica e a situação conjugal<sup>8,9,23</sup>. Alguns estudos mostraram que, quanto mais baixas as condições socioeconômicas (classes C, D e E) e a escolaridade do indivíduo, menor o conhecimento sobre a doença e o acesso aos serviços de saúde, com influencia negativa na habilidade de seguir as recomendações propostas e aumento do risco de não adesão ao tratamento farmacológico<sup>9,27</sup>.

Se espera que, quanto maior o grau de conhecimento sobre a doença, maior é a adesão e o comprometimento com o autocuidado, porém, não necessariamente isso ocorre. Em estudo randomizado realizado na Espanha que abrangeu 996 indivíduos com HAS, intervenções

educativas não impactaram significativamente sobre a adesão dos pacientes, o que demonstrou a complexidade do problema da não-adesão<sup>28</sup>.

No âmbito familiar, a literatura aponta que a figura do cônjuge tem papel fundamental na adesão, assim como na melhor adaptação às mudanças do estilo de vida que são impostas pela doença, com melhores taxas de adesão nos pacientes casados em relação aos solteiros<sup>9</sup>.

A idade também pode influenciar, pois, com o envelhecimento, há um aumento da susceptibilidade às DCNT, o que pode ocasionar numa maior preocupação em relação a sua situação de saúde e, assim, melhorar a sua adesão ao tratamento<sup>9</sup>. Em contrapartida, devido ao nível de cognição geralmente comprometido nessa idade, os idosos podem ter maior dificuldade em compreender as prescrições, recordar informações, planejar e organizar e definir prioridades, o que dificulta o uso adequado dos medicamentos<sup>12</sup>.

Apesar desses dados, no presente estudo não houve associação significativa das variáveis idade ( $p = 0,238$ ), nível de escolaridade ( $p = 0,391$ ), classe econômica ( $p = 0,470$ ) e situação conjugal ( $p = 0,939$ ) com a adesão terapêutica.

Em relação ao sexo, estudiosos enfatizaram que as mulheres têm mais percepção e relatam mais os seus problemas de saúde de maneira mais persistente que os homens, além de procurarem com maior frequência os serviços de saúde e seguir mais firmemente as recomendações feitas pelos profissionais de saúde<sup>26</sup>. Neste estudo, encontrou-se associação entre o sexo ( $p = 0,017$ ) e a adesão terapêutica, com maior proporção de mulheres no grupo aderente, o que revelou uma boa adesão deste grupo. Já entre os homens, há uma menor proporção no grupo aderente. Sugere-se, então, que as mulheres aderem mais do que os homens.

Apesar de não ter sido encontrado associação entre o controle da PA ( $p = 0,308$ ) e a adesão, quando relacionado ao sexo, os homens apresentaram uma maior proporção de pacientes controlados no grupo aderente, enquanto que, nas mulheres, não houve diferença. Sugere-se, portanto, que há uma maior influência da adesão no controle da PA dos homens do que das mulheres do estudo.

Em relação ao serviço de saúde, a baixa frequência nas consultas de acompanhamento também tem sido relacionada como causa de não adesão<sup>8</sup>, apesar de não ser tido associação

neste estudo. A não adesão ao tratamento medicamentoso representa um dos principais motivos para procurar serviços de emergência<sup>2</sup>. Apesar de ter sido encontrada associação ( $p = 0,002$ ), no presente estudo, observou-se o contrário. Entre os pacientes que compareceram a visita não programada (urgência/emergência) nos últimos 12 meses, grande parte, na verdade, eram aderentes à terapêutica.

Quando relacionado ao sexo, no grupo das mulheres, a frequência de visita não programada nos últimos 12 meses é significativamente maior nas aderentes (72,9%) em relação às não aderentes (46,0%)  $p = 0,001$ , enquanto que nos homens, não houve diferença. Visto isso, sugere-se que há uma implicação da mulher na visita não programada. Ao mesmo tempo em que as mulheres são mais aderentes do que os homens, estas também procuram mais os serviços de urgência/emergência, provavelmente pelo mesmo motivo em que aderem à terapêutica: elas têm uma maior preocupação com sua saúde. Isto parece repercutir não só em uma maior adesão ao tratamento por parte destas, como em uma maior expectativa de vida em relação aos homens<sup>17</sup>.

No que se refere à doença e ao tratamento, o elevado número de comorbidades leva ao tratamento simultâneo e crônico dos vários problemas de saúde, o que resulta em um regime complexo de medicação, que tem como componente mais importante o grande número de medicamentos prescritos. A polimedicação, além de trazer riscos farmacológicos ao paciente, predispõe à baixa adesão<sup>9,12</sup>. Contudo, não houve associação da presença de comorbidades, do uso de medicamentos para a mesmas ou do número de classes de anti-hipertensivos utilizadas com a adesão neste estudo.

Nas últimas décadas, a importância da adesão à terapêutica na saúde dos indivíduos vem sido reconhecida e tem-se dado bastante atenção a essa temática por parte da comunidade científica. Apesar disso, a não-adesão continua a ser um grave problema de saúde pública<sup>23</sup>. Deve-se ressaltar que, a motivação para um paciente aderir ao tratamento prescrito depende do valor que ele atribui em seguir o regime terapêutico, frente a relação custo-benefício e ao grau de confiança em conseguir segui-lo adequadamente<sup>8</sup>. Uma boa relação médico-paciente pode auxiliar no aumento da adesão, por conseguir envolver mais o paciente na tomada de decisão<sup>11</sup>.

No atendimento de pacientes com HAS não controlada, deve-se considerar sempre que possível a não adesão como causa provável e levar em conta os métodos de autorrelato como instrumento de triagem na prática clínica<sup>15</sup>. Em nosso estudo, a escala de adesão terapêutica identificou uma grande proporção de pacientes não aderentes. Entre estes, mais da metade apresentaram baixa adesão. Portanto, melhorar a adesão medicamentosa é um alvo-chave para intervenções comportamentais<sup>29</sup> e primordial para a gestão otimizada da doença<sup>23</sup>.

### **Limitações**

Alguns preditores da adesão, tais como presença de depressão, fonte de aquisição dos medicamentos (fornecimento gratuito através do Sistema Único de Saúde, pelos planos de saúde privados, comprado em farmácias comerciais), não foram investigados como variáveis de interesse, apesar da importância da variável custo<sup>8,9</sup> e da presença de indicativo de doenças como a depressão estar associada à uma baixa adesão<sup>8,9,21</sup>.

### **Considerações finais**

Foi verificada uma inadequada adesão medicamentosa nos pacientes investigados. A maioria foram considerados não aderentes. Entre estes, mais da metade apresentaram um baixo grau de adesão. Tendo em vista que essa é uma das principais causas do não controle da HAS, o uso de escalas torna-se um método simples e de baixo custo para identificar o comportamento aderente dos pacientes hipertensos e atentar para o desenvolvimento de estratégias efetivas que melhorem essa questão de grande preocupação para a saúde pública.

### **Agradecimentos**

Agradecemos o apoio dos médicos cardiologistas atuantes nos hospitais onde foram coletados os dados e a todos os pacientes que participaram das entrevistas.

### **Potencial Conflito de Interesses**

Declaro não haver conflito de interesses pertinentes.

### **Fontes de Financiamento**

O presente estudo não teve financiamento.

### **Vinculação Acadêmica**

Este artigo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Schirley dos Santos Souza apresentado ao Departamento de Medicina como requisito parcial para a obtenção do título de graduação no curso de Medicina pela Universidade Federal de Sergipe.

Quadro 1

Escala de Adesão Terapêutica
1) Você às vezes esquece de tomar os seus remédios para pressão?
2) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
3) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?
5) Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
6) Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão? Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre

Tabela 1 – Adesão e características sociodemográficas de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Aderentes (66) % (n)	Não aderentes (265) % (n)	Valor p
Idade	63,5 ±10,2	61,6 ±11,5	0,238
Sexo			
Feminino	72,7 (48)	56,6 (150)	0,017
Masculino	27,3 (18)	43,4 (120)	
Escolaridade			
Nunca Estudou	10,6 (7)	7,5 (20)	0,391
Fundamental	50,0 (33)	43,0(114)	
Médio	25,8 (17)	27,2 (72)	
Superior	9,1 (6)	18,5(49)	
Pós- Graduação	4,5 (3)	3,8 (10)	
Classe Econômica			
A	3,0 (2)	3,0 (8)	0,470
B	6,1 (4)	7,2 (19)	
C	18,2 (12)	28,5 (75)	
D	22,7 (15)	17,1 (45)	
E	50,0 (33)	44,1 (116)	
Situação Conjugal			
Com Companheiro	60,6 (40)	61,1 (162)	0,938
Sem Companheiro	39,5 (26)	38,9 (103)	

Tabela 2 – Adesão, características clínicas e relacionadas ao serviço de saúde de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019

Variáveis	Aderentes (66) % (n)	Não aderentes (265) % (n)	Valor p
Auto percepção de saúde			0,358
Excelente	9,1 (6)	4,9 (13)	
Muito boa	6,1 (4)	9,1 (24)	
Boa	69,7 (46)	64,2 (170)	
Ruim	13,6 (9)	16,6 (44)	
Muito ruim	1,5 (1)	5,3 (14)	
Número de classes de anti-hipertensivos			0,115
1		47,4 (118)	
2	32,8 (20)	31,7 (79)	
3	37,7 (23)	16,1 (40)	
4	26,2 (16)	4,8 (12)	
	3,3 (2)		
Tempo de Diagnóstico	13,37 ± 8,96	10,60 ± 8,19	0,016
Controle da PA			0,308
Sim	71,9 (410)	64,8 (151)	
Presença de comorbidades			0,657
Sim	68,2 (45)	65,3 (173)	
Uso de medicamentos pra comorbidades			0,981
Sim	57,6 (38)	57,4 (151)	
Número de idas ao médico/ano			0,357
1	21,2 (14)	25,3 (65)	
2	40,9 (27)	40,9 (105)	
3	15,2 (10)	13,2 (34)	
4	4,5 (3)	9,7 (25)	
5 ou mais	18,2 (12)	10,9 (28)	
Visita não programa nos últimos 12 meses			0,002
Sim	68,2 (45)	47,2 (125)	
Hospital de atendimento			0,424
Público	56,1 (37)	50,6 (134)	
Privado	43,9 (29)	49,4 (131)	

**Tabela 3 – Relação entre adesão, sexo, controle da PA e visita não programada de pacientes hipertensos, Aracaju, SE, 2019**

<b>Sexo</b>	<b>Aderentes (66) % (n)</b>	<b>Não aderentes (265) % (n)</b>	<b>Valor p</b>
Feminino			
Hipertensão controlada	63,4 (26)	62,1 (82)	0,881
Visita não programada nos últimos 12 meses	72,9 (35)	46,0 (69)	0,001
Masculino			
Hipertensão controlada	93,8 (15)	68,3 (69)	0,036
Visita não programada nos últimos 12 meses	55,6 (10)	48,7 (56)	0,588

## REFERÊNCIAS

1. Gewehr Daiana Meggiolaro, Bandeira Vanessa Adelina Casali, Gelatti Gabriela Tassotti, Colet Christiane de Fátima, Oliveira Karla Renata de. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde debate*. 2018 Jan; 42(116): 179-190.
2. Vancini-Campanharo Cássia Regina, Oliveira Gabriella Novelli, Andrade Thaisa Fernanda Landim, Okuno Meiry Fernanda Pinto, Lopes Maria Carolina Barbosa Teixeira, Batista Ruth Ester Assayag. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Dec; 23(6): 1149-1156.
3. Santos ZMSA, Lima HP, Oliveira FB, Vieira JS, Frota NM, Nascimento JC. *Rev Rene*. 2013; 14(1):11-22.
4. Bezerra Amanda Silva de Macêdo, Lopes Juliana de Lima, Barros Alba Lúcia Bottura Leite de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. *Rev. bras. enferm*. 2014 Aug; 67(4): 550-555.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2016 Sept; 107 (3).

6. Bastos-Barbosa Rachel G., Ferriolli Eduardo, Moriguti Julio C., Nogueira Charlys B., Nobre Fernando, Ueta Julieta et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* [Internet]. 2012 July; 99 (1): 636-641.
7. Eid LP, Nogueira MS, Veiga EV, Cesarino EJ, Alves LMM. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. *Rev Eletrônica Enferm.* 2013 Jun; 15 (2).
8. Sabaté E, World Health Organization (EDS.). *Adherence to long-term therapies: evidence for action.* Geneva: World Health Organization, 2003.
9. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, Ramos LR, Farias MR, Pizzol TDASD. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2016; 50 (2).
10. De Gusmão, Josiane Lima, Mion Jr, Décio. Adesão ao tratamento—conceitos. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13 (1): 23-25.
11. Iuga AO, McGuire MJ. Impacto da adesão terapêutica nos custos dos cuidados de saúde. *Rev Port Med Geral Fam.* 2014 Ago; 30(4): 268-270.
12. Tavares Noemia Urruth Leão, Bertoldi Andréa Dâmaso, Thumé Elaine, Facchini Luiz Augusto, França Giovanni Vinícius Araújo de, Mengue Sotero Serrate. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev Saúde Pública.* 2013 Dec; 47(6): 1092-1101.
13. Borges, José Wicto Pereira et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. *Rev da escola de enferm. da USP.* 2012; 46(2): 487-494.
14. Grezzana Guilherme Brasil, Stein Airton Tetelbon, Pellanda Lúcia Campos. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013 Apr; 100(4): 335-361.

15. Oliveira-Filho Alfredo Dias, Barreto-Filho José Augusto, Neves Sabrina Joany Felizardo, Lyra Junior Divaldo Pereira de. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq. Bras. Cardiol.* 2012 July; 99(1): 649-658.
16. Aiolfi Cláudia Raquel, Alvarenga Márcia Regina Martins, Moura Cibele de Sales, Renovato Rogério Dias. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 2015 June ;18(2): 397-404.
17. BRASIL. IBGE 2017: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/18469-expectativa-de-vida-do-brasileiro-sobe-para-75-8-anos> Acessado em 20 de janeiro de 2019.
18. Siqueira Alessandra de Sá Earp, Siqueira-Filho Aristarco Gonçalves de, Land Marcelo Gerardin Poirot. Analysis of the Economic Impact of Cardiovascular Diseases in the Last Five Years in Brazil. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017 July; 109(1): 39-46.
19. Oliveira Gláucia Maria Moraes de, Mendes Miguel, Malachias Marcus Vinícius Bolívar, Morais João, Moreira Filho Osni, Coelho Armando Serra et al. 2017 Guidelines for Arterial Hypertension Management in Primary Health Care in Portuguese Language Countries. *Arq. Bras. Cardiol.* 2017 Nov; 109(5): 389-396.
20. Villela Paolo Blanco, Klein Carlos Henrique, Oliveira Gláucia Maria Moraes de. Trends in Mortality from Cerebrovascular and Hypertensive Diseases in Brazil Between 1980 and 2012. *Arq. Bras. Cardiol.* 2016 July; 107(1): 26-32.
21. Mengue SS, Tavares NUL, Costa KS, Malta DC, Silva Júnior JBDA. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2015 Dez; 18(2): v. 18: 192–203.

22. Souza ACC de, Borges JWP, Moreira TMM. Quality of life and treatment adherence in hypertensive patients: systematic review with meta-analysis. *Revista de Saúde Pública*. 2016; 50 (0).
23. Cruz RS. Evolução do conceito de adesão à terapêutica. *Saúde & Tecnologia*. 2017 Nov; 18 (6): 11-16.
24. Rodrigues Malvina Thaís Pacheco, Moreira Thereza Maria Magalhães, Andrade Dalton Francisco de. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. *Rev. Saúde Pública*. 2014 Apr; 48(2): 232-240.
25. Santos KP dos, Costa MCM, Rios MC, Rios OS de S. Adesão a farmacoterapia em pacientes cadastrados no Hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde em Aracaju, SE. *Infarma - Ciências Farmacêuticas*. 2014 dez; 26 (4): 233.
26. Magnabosco Patricia, Teraoka Eliana Cavalari, Oliveira Edward Meirelles de, Felipe Elisângela Aparecida, Freitas Dayana, Marchi-Alves Leila Maria. Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015 Feb; 23(1): 20-27.
27. Soares, Marina Mendes et al. " Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2013; 23: p. 227-242.
28. Barreto Mayckel da Silva, Reiners Annelita Almeida Oliveira, Marcon Sonia Silva. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014 June; 22(3): 491-498.
29. Fletcher BR, Hartmann-Boyce J, Hinton L, Mcmanus RJ. The Effect of Self-Monitoring of Blood Pressure on Medication Adherence and Lifestyle Factors: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Hypertension*, 2015 out; 28 (10): 1209–1221.