

Perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima, en Belém, Pará, Amazonía, Brasil

Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil

Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil

Tácio de Mendonça Lima

Faculdade de Farmácia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Orenzio Soler

Programa de Farmácia Social, Departamento de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil

Micheline Marie Milward de Azevedo Meiners

Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, Distrito Federal, Brasil

RESUMEN

El artículo presenta el estudio sobre la adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima en el Municipio de Belém, Estado de Pará, Brasil. Fueron entrevistados 100 pacientes en el período de setiembre a octubre de 2008 para la medida de adhesión al tratamiento utilizando la escala Likert modificada para mensurar el grado de adhesión al tratamiento farmacológico, estudiando las variables que puedan estar relacionadas al nivel de adhesión, tales como: los factores socioeconómicos; el equipo y el servicio de salud; la condición de la enfermedad; el tratamiento y aquellas relacionadas al paciente. También fueron investigados datos secundarios en prontuarios clínicos. Los datos obtenidos con las herramientas de estudio son piloteados en el programa Microsoft Office Excel 2003® para análisis. Del total de pacientes estudiados, un 45% fueron clasificados como de "mayor adhesión" y un 55% como de "menor adhesión". Fue observado predominio de: sexo femenino (68%), franja etaria entre 61 y 75 años (60%), bajo nivel de escolaridad (76%), casados (51%), de color pardo (54%), jubilados (72%) y con renta de un sueldo mínimo (76%). Con relación a la no adhesión al tratamiento, se infieren como posibles causas las variables "clasificación de presión arterial con tratamiento", "cantidad de medicamentos utilizada para hipertensión arterial sistémica", "efecto colateral del (los) medicamento(s)" y "asociación a otras enfermedades". Vienen siendo identificadas estrategias para minimizar el bajo nivel de adhesión, aunque de forma aislada y unidimensional. Un abordaje multifocal y multiprofesional es fundamental para el éxito terapéutico de esos pacientes.

Palabras clave: Hipertensión; Estudios Transversales; Evaluación de Medicamentos; Cumplimiento de la Medicación; Servicios Preventivos de Salud.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo²². Niveles de presión arterial elevados están relacionados con una mayor incidencia de eventos mórbidos, asociados principalmente a la aterosclerosis y manifestados por

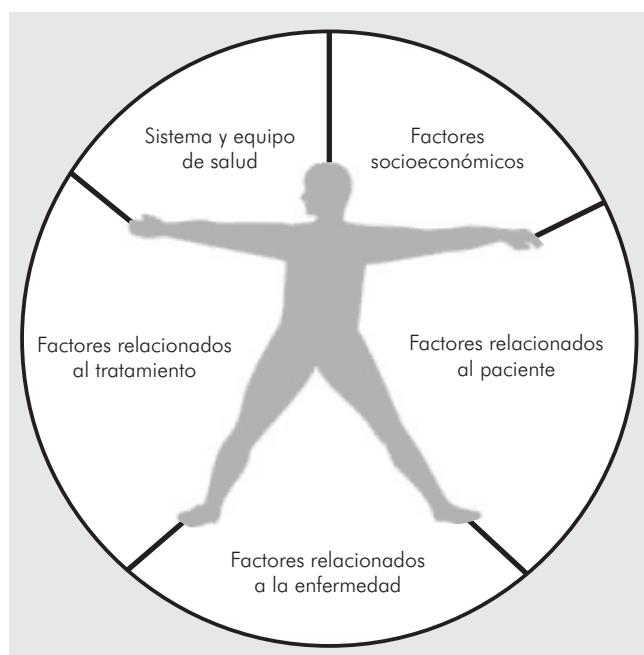
cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral y enfermedades vasculares renal y periférica². Strelec et al²¹ señalan que, junto con el tabaquismo, diabetes y dislipidemia, la HAS se constituye en un importante factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, responsables por cerca de 30% de los óbitos en el mundo. Según Lessa¹⁰, las enfermedades cardiovasculares son las responsables por 1.150.000 internaciones/año en el Sistema Único de Salud (SUS), con un costo aproximado de 457 millones de reales para los cofres públicos, sin incluir los gastos con procedimientos de alta complejidad. Según datos del SUS (DATASUS), del Ministerio de Salud (MS), el número de personas hipertensas con 25 años de edad o más en el período de 2002-2003 y 2004-2005 fue alrededor del 22% de la atención global en los servicios de salud en el Municipio de Belém, Estado de Pará, Brasil¹⁶.

Correspondencia / Correspondência / Correspondence:

Orenzio Soler
Faculdade de Farmácia
Av. Carlos Chagas Filho, 373. Edifício do Centro de Ciências da Saúde,
Bloco K, 2º andar, sala 50, Cidade Universitária
21941-902 Rio de Janeiro-Rio de Janeiro-Brasil
Tel.: 55 (21) 2562-2490 | 2562-2416
E-mail: orenzio@pharma.ufrj.br

Estudios demuestran que, para hipertensos, la tasa de abandono del tratamiento es creciente, a medida que transcurre el tiempo desde el inicio de la terapéutica^{11,12}. Castro et al³ detectaron abandono del acompañamiento regular en ambulatorio, en un 45% de una cohorte de pacientes hipertensos.

En su publicación "Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la acción", la Organización Mundial de Salud (OMS)¹⁸ estableció que diferentes factores pueden estar asociados a la adhesión al tratamiento de pacientes con terapias de largo plazo (enfermedades crónicas), incluyendo el uso de los medicamentos, cambios en el estilo de vida y hábitos alimentarios (Figura 1). Varios factores pueden influir en la adhesión al tratamiento y pueden estar relacionados al paciente (sexo, edad, etnia, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico); a la enfermedad (cronicidad, ausencia de síntomas y consecuencias tardías); a las creencias sobre salud, hábitos de vida y culturales (percepción de la seriedad del problema, desconocimiento, experiencia con la enfermedad en el contexto familiar y autoestima); al tratamiento dentro del cual se engloba la calidad de vida (costo, efectos indeseables, esquemas terapéuticos complejos); a la institución (política de salud, acceso al servicio de salud, tiempo de espera versus tiempo de atención); y, finalmente, a la relación con el equipo de salud^{7,8,18,21}.



Fuente: Gusmão y Mion Jr⁸, adaptado de OMS¹⁸.

Figura 1 – Dimensiones de la adhesión al tratamiento

La adhesión al tratamiento es considerada como el comportamiento del paciente relacionado a la salud, siendo más que el simple acto de utilizar los medicamentos prescritos⁸. La OMS adoptó una definición para adhesión como "[...] El grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentar y ejecutar cambios en el estilo de vida – corresponde a las recomendaciones acordadas con un

prestador de asistencia sanitaria"¹⁸. La literatura nos parece unánime al colocar como fundamental el papel de la adhesión en el éxito del tratamiento antihipertensivo^{4,8}.

Distintos factores pueden influenciar la adhesión al tratamiento: los ligados al paciente (sexo, edad, etnia, estado civil, escolaridad y nivel socioeconómico); los relacionados a la enfermedad (cronicidad, ausencia de síntomas y de complicaciones); los concernientes a las creencias de salud (percepción de la seriedad del problema, desconocimiento, experiencia con la enfermedad en el contexto familiar y autoestima) y los ligados al tratamiento, que engloban la calidad de vida (costo, efectos indeseables, esquemas terapéuticos complejos), los relacionados a la institución (política de salud, acceso al servicio de salud, tiempo de espera versus tiempo de atención) y a la relación con el equipo de salud^{13,14,18,19}. Mejorar la adhesión al tratamiento es prevenir complicaciones y agravamientos de las enfermedades, proporcionando calidad de vida a los pacientes. En el contexto de Atención Primaria a la Salud, este estudio tiene como objetivo conocer el perfil de adhesión al tratamiento en cien pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima (UMS), en Belém, Pará.

METODOLOGÍA

LOCAL DEL ESTUDIO

UMS de Fátima, localizada en el barrio de Fátima, región central del Municipio de Belém, Estado de Pará, Brasil.

TIPO DEL ESTUDIO

Estudio transversal de tipo descriptivo observacional con recorte temporal entre setiembre y octubre de 2008, siendo entrevistados los 100 primeros usuarios que estuvieron de acuerdo en participar del estudio. Se utilizaron dos instrumentos: entrevista por medio de cuestionario anteriormente utilizado por Meiners et al¹⁵ y revisión de datos secundarios en los prontuarios clínicos utilizándose una ficha de colecta estandarizada.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se consideraron los siguientes criterios: a) ser paciente con diagnóstico de HAS en cualquier estadio; b) estar utilizando medicamentos antihipertensivos hace por lo menos un mes; c) tener edad igual o superior a 20 años; d) tener capacidad de comprender y responder a los cuestionamientos; e) concordar en participar de la pesquisa, teniendo conocimiento de la naturaleza del estudio y de sus objetivos, expresados mediante la firma del Término de Consentimiento Libre y Esclarecido.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los criterios de exclusión adoptados fueron: a) pacientes con problemas cognitivos que imposibiliten la comprensión y los objetivos del estudio; b) pacientes en período de gestación.

INSTRUMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

Formulario propio de entrevista semiestructurado con preguntas abiertas y cerradas adaptado del instrumento

utilizado para evaluar factores que afectan la adhesión al tratamiento farmacológico antihipertensivo^{18,19,22}. Para relación de causalidad de las reacciones adversas se utilizó el algoritmo adaptado de Laport y Tognoni⁹; ficha de colecta de datos estandarizada de prontuarios clínicos de pacientes hipertensos para el análisis de registros de presión arterial, datos antropométricos, exámenes de laboratorio y tratamientos no farmacológicos.

VARIABLES DEPENDIENTES

Medida de adhesión al tratamiento (MAT), método que utiliza como respuesta la escala de Likert¹⁸ convertida en un estándar dicotómico. Para evaluar el grado de adhesión de los pacientes, el puntaje de las respuestas varía de 1, correspondiente a "siempre" (menor adhesión) a 6, correspondiente a "nunca" (mayor adhesión). Para analizar los datos obtenidos en la MAT con la muestra estudiada, se procedió a la conversión de la escala de Likert para dicotómica, utilizando el siguiente criterio: "nunca" (6) y "raramente" (5), de la escala de Likert, pasó a "mayor adhesión" (1) de la dicotómica, y "a veces" (4), "con frecuencia" (3), "casi siempre" (2) y "siempre" (1), de la escala de Likert, pasó a "menor adhesión" (0) de la dicotómica (adhesión = 5 y/o 6; no adhesión = 0 a 4). El grado de menor adhesión global se estableció como siendo la suma de la columna "a veces" (4), o sea, la mayor escala para la categoría dicotomizada para menor adhesión.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Conjunto de factores ligados a la adhesión al tratamiento, tales como: factores socioeconómicos; factores relacionados al equipo y al sistema de salud; factores relacionados a la condición de la enfermedad; factores relacionados al tratamiento; factores relacionados al paciente.

ASPECTOS ÉTICOS

Se obedeció a las disposiciones contenidas en la Resolución n° 196/1996 del Consejo Nacional de Salud sobre las directrices y normas de investigación involucrando a seres humanos; y el proyecto fue sometido al Comité de Ética e Investigación del Centro Universitario do Pará (CESUPA).

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron digitalizados utilizando el programa Microsoft Office Excel 2003®.

RESULTADOS

MEDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

La tabla 1 registra un 45% de pacientes con mayor adhesión y un 55% de pacientes con menor adhesión, teniendo como base la aplicación de siete cuestionamientos distintos.

Tabla 1 – Distribución de los pacientes hipertensos de acuerdo al resultado obtenido en la MAT

Preguntas	Siempre (%)	Casi siempre (%)	Con frecuencia (%)	A veces (%)	Raramente (%)	Nunca (%)
1. ¿Alguna vez olvidó tomar los medicamentos para su enfermedad?	–	–	4	13	29	54
2. ¿Alguna vez fue descuidado con el horario de tomar los medicamentos para su enfermedad?	–	–	9	10	34	47
3. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por haberse sentido mejor?	–	–	–	–	1	99
4. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por su iniciativa, luego de haberse sentido peor?	–	–	–	–	3	97
5. ¿Alguna vez tomó uno o varios comprimidos más para su enfermedad, por su iniciativa, luego de haberse sentido peor?	–	–	–	2	10	87
6. ¿Alguna vez interrumpió la terapéutica para su enfermedad por haber dejado terminar los medicamentos?	–	–	–	24	32	44
7. ¿Alguna vez dejó de tomar los medicamentos para su enfermedad por alguna otra razón que no sea la indicación del médico?	–	–	–	6	20	74
Escala de Likert (MAT)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Diferencia porcentual global entre Menor Adhesión y Mayor				55%	45%	
Conversión dicotómica	Menor adhesión [0]			Mayor adhesión [1]		

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

Señal convencional utilizada: – Dato numérico igual a cero no resultante de redondeo.

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

La tabla 2 reúne resultados que establecen una correlación entre el perfil socioeconómico y el grado de adhesión. Los cuantitativos de un modo general comparables, demuestran que no se puede inferir una relación entre esas variables.

Tabla 2 – Distribución del perfil de usuarios por grupo de mayor y menor adhesión: perfil socioeconómico

Perfil socioeconómico	Mayor adhesión [45%]	Menor adhesión [55%]	Total [100%]
Estado civil			
Soltero	7	8	15
Casado	24	27	51
Viudo	10	15	25
Divorciado/Separado	4	5	9
Color/Raza			
Blanca	12	17	29
Negra	9	8	17
Parda	24	30	54
Residencia			
Albañilería	23	33	56
Madera	14	15	29
Albañilería + Madera	8	7	15
Ocupación			
Jubilado(a)	35	37	72
Desempleado(a)	2	3	5
Dueña de casa	5	9	14
Otros	3	6	9
Renta Mensual			
< R\$ 415,00	10	12	22
R\$ 415,00	34	42	76
> R\$ 415,00	1	1	2
Adquisición de los medicamentos			
UMS de Fátima	41	43	84
Compra en la farmacia	4	12	16
Actividad física			
Sí	10	13	23
No	30	38	68
A veces	5	4	9
Tabaquismo			
Sí	3	2	5
No	42	53	95
Elitismo			
Sí	1	2	3
No	44	53	97
Alimentación			
Sal			
Poco	41	52	93
Sin restricción	4	3	7
Grasas/fritos			
Poco	40	47	87
Sin restricción	5	8	13
Enlatados/embutidos			
Poco	44	52	96
Sin restricción	1	3	4

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

FACTORES RELACIONADOS AL EQUIPO Y AL SISTEMA DE SALUD

La tabla 3 denota que en este estudio no se ha encontrado una relación entre grado de adhesión y los factores relacionados al equipo y al sistema de salud, en acuerdo a las respuestas obtenidas de la formulación de seis cuestionamientos, debajo enunciados.

Tabla 3 – Distribución del perfil de usuarios por grupo de mayor y menor adhesión: factores relacionados a los equipos de salud

Factores relacionados a los equipos de salud	Mayor adhesión [45%]	Menor adhesión [55%]	Total [100%]
¿Confía en el médico que lo atiende en la UMS Fátima?			
Sí	42	52	94
No	3	3	6
¿Confía en el equipo de profesionales que lo atiende en la UMS Fátima?			
Sí	43	54	97
No	2	1	3
¿Entiende las explicaciones sobre la presión arterial?			
Sí	37	51	88
No	8	4	12
¿Aclara sus dudas sobre el tratamiento con el médico?			
Sí	41	49	90
No	4	6	10
¿El médico pregunta si está tomando el remedio según la orientación?			
Sí	45	55	100
No	–	–	–
¿Quién lo orienta sobre como tomar los remedios para la presión arterial?			
Médico	26	42	68
Médico y enfermero	4	4	8
Médico y farmacéutico	6	4	10
Médico, enfermero y farmacéutico	9	5	14

Motivo del cambio de médico: Vacaciones del médico: 38%; Falta del médico 54%; Descontentamiento con el médico: 8%.

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

Señal convencional utilizado: – dato numérico igual a cero no resultante de redondeo.

FACTORES RELACIONADOS AL TRATAMIENTO

Los cuantitativos reunidos en la tabla 4 señalaron menor adhesión a mayor número de medicamentos prescritos, la presencia de efectos colaterales, comorbilidades y el mayor nivel presórico.

Tabla 4 – Distribución del perfil de usuarios por grupo de mayor y menor adhesión: factores relacionados al tratamiento

Factores relacionados al tratamiento	Mayor adhesión [45%]	Menor adhesión [55%]	Total [100%]
¿Hace cuánto tiempo sabe de la enfermedad?			
1 - 3 años	7	7	14
4 - 6 años	11	16	27
> 6 años	7	6	13
No sabe	20	26	46
Clasificación de la presión arterial con tratamiento:			
Óptima	1	1	2
Normal	8	5	13
Limítrofe	13	11	24
Hipertensión estadio I	14	25	39
Hipertensión estadio II	8	11	19
Hipertensión estadio III	1	2	3
Cantidad de remedios utilizados para el control de la presión arterial*:			
1	14	27	41
2	26	22	48
3 o más	5	6	11
¿Siente algún efecto colateral del(los) remedio(s)†?			
Sí	10	21	31
No	35	34	69
¿Tiene dificultad para ingerir el(los) remedio(s)‡?			
Sí	–	1	1
No	45	54	99
¿El médico ya cambió su(s) remedio(s)‡?			
Sí	18	23	41
No	27	22	59
¿Tiene otras enfermedades§?			
Sí	38	30	68
No	7	25	32

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

Señal convencional utilizado: – dato numérico igual a cero no resultante de redondeo.

* Medicamentos prescritos para hipertensión arterial sistémica registrados en los prontuarios: Captopril (34%); Hidroclorotiazida (29%); Metildopa (13%); Propranolol (2%); Nifedipino (4%); Otros medicamentos (18%).

† Principales reacciones adversas relatadas: Cefalea (13%); Tos (42%); Somnolencia (35%); Sequedad en la boca (10%).

‡ Principales causas de cambio de medicamentos por el prescriptor durante el tratamiento: Reacciones adversas a los medicamentos (73%); No efectividad terapéutica (27%).

§ Principales enfermedades: Diabetes (35%); Dislipidemia (22%); Osteoporosis (9%); Obesidad (10%); Otras (24%).

FACTORES RELACIONADOS AL PACIENTE

La tabla 5 correlaciona factores relacionados a los pacientes y al grado de adhesión, no identificando relación directa entre tales variables.

Tabla 5 – Distribución del perfil de usuarios por grupo de mayor y menor adhesión: factores relacionados al paci

Factores relacionados al paciente	Mayor adhesión [45%]	Menor adhesión [55%]	Total [100%]
¿Conoce la enfermedad?			
Sí	8	4	12
No	37	51	88
¿Conoce la meta terapéutica?			
Sí	10	9	19
No	35	46	81
¿Cree que el remedio sea fundamental para controlar la presión arterial?			
Sí	44	55	99
No	1	–	1
¿Cree que regímenes alimentarios y ejercicios físicos ayudan a controlar la presión arterial?			
Sí	17	20	37
No	28	35	63
¿Se preocupa en verificar la presión arterial?			
Sí	38	46	84
No	7	9	16
¿Está satisfecho con la atención a su salud?			
Sí	45	55	100
No	–	–	–

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

Señal convencional utilizado: – dato numérico igual a cero no resultante de redondeo.

REGISTROS DE DATOS EN PRONTUARIOS CLÍNICOS

El cuadro 1 registra los parámetros constantes de prontuario relativos a la presión arterial, medidas antropométricas, exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico. Con relación a esos prontuarios clínicos, la colecta de datos quedó comprometida por no haber uniformidad y estandarización de los prontuarios.

Registros en prontuarios clínicos (%)			
Presión arterial	Medidas antropométricas	Exámenes de laboratorio	Tratamiento no farmacológico
96%	83% para peso	86% para hemograma	12% hábitos alimentarios sanos (solicitud de intervención del nutricionista)
	77% de altura	74% para electrolitos	10% actividad física
	19% de cintura	94% para colesterol	0% tratamiento para tabaquismo y alcoholismo
		94% para triglicéridos (TAG)	
		55% para glucemia	
		18% para hemoglobina glicada o glicosilada (A1C)	

Fuente: UMS de Fátima, Belém, Pará, 2008.

Cuadro 1 – Porcentaje de prontuarios con registros de datos de presión arterial, medidas antropométricas, exámenes de laboratorio y tratamiento no farmacológico en la UMS de Fátima

DISCUSIÓN

La OMS¹⁸ preconiza que el grado de adhesión al tratamiento sufre influencia directa de los modelos de atención establecidos para la salud. Siendo así, el modelo de atención a la salud puesto a disposición por la estrategia del Programa Salud de la Familia, probablemente, explicaría los hallazgos de 45% de pacientes con mayor adhesión y 55% de pacientes con menor adhesión que se comportan de manera semejante a los resultados obtenidos por Ungari²² que obtuvo un 43,1% de los pacientes con mayor adhesión y un 56,9% con menor adhesión, distintos a los encontrados por Vieira²³ que observó los valores de un 70% de pacientes con menor adhesión y un 30% de pacientes con mayor adhesión.

Todavía de acuerdo a la OMS¹⁸, el nivel socioeconómico de los pacientes no está relacionado de manera consistente a la adhesión a tratamientos. Sin embargo, ya ha sido descrito en la literatura que la edad y el nivel de escolaridad pueden estar relacionados al grado de adhesión^{17,24}. Siguiendo en esta dirección, la literatura registra que no existe evidencia de asociación significativa para las variables: franja etaria, sexo, estado civil, color/raza, ocupación, grado de escolaridad y renta mensual^{13,14,15,22}. Un factor importante para estimular la adhesión al tratamiento es el conocimiento, por parte de los pacientes, de las consecuencias inmediatas y tardías de la hipertensión y de los beneficios del tratamiento en la prevención de esos sucesos. Estas constituyen variables importantes y la adhesión al tratamiento tendría influencia positiva y negativa, respectivamente, de la primera y la segunda variable en cuestión^{15,17,24}. No se puede negar que hay una relación directa entre ambas, pero existe un gran sesgo en considerar que el bajo nivel de escolaridad contribuye fuertemente para que el individuo exprese menor capacidad de discernimiento y de crítica.

La mayoría de los pacientes declara tener confianza en el médico y en el equipo multiprofesional de la UMS de Fátima, resultado similar a otros dos estudios referenciados^{12,15}.

El nivel presórico entre los entrevistados, de acuerdo a las V Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial²⁰, se mostró entre "controlado" y "estadio I" en un 78% de los participantes. Sin embargo, un 19% estaba con hipertensión arterial "estadio II" y un 3% estaba con hipertensión arterial "estadio III", a pesar de estar usando medicamentos para hipertensión arterial sistémica. En el estudio de Strelec, se encontraron valores no muy diferentes (58% con presión arterial entre "controlada" y "estadio I", 24% "estadio II" y 1% "estadio III"), así como en el estudio de Domiciano⁵, en el que un 31,7% de los hipertensos tenía la presión arterial "controlada" en el momento de la colecta de los datos. De los pacientes que presentaron hipertensión arterial "estadio II" y "estadio III" en este estudio, un 61,9% fue clasificado como de menor adhesión, evidenciando que el bajo grado de control antihipertensivo se debe, en gran parte, a la falta de adhesión al tratamiento. Estos hallazgos están de acuerdo a los descritos en la literatura^{17,24}.

En este estudio se observó que, del 41% de pacientes que utilizaba solamente un medicamento antihipertensivo,

un 65,9% fue considerado como de menor adhesión. Para Ungari²² algunas evidencias sugieren que los individuos que toman más medicamentos de forma continua están más propensos a tomar las medidas necesarias para mantener o corregir su salud, estando más atentos a sus tratamientos con medicamentos. El medicamento más prescrito fue captopril (34%), seguido de hidroclorotiazida (29%), metildopa (13%), de acuerdo a los datos encontrados por Meiners et al¹⁵. El promedio de esquemas con asociación de medicamentos antihipertensivos fue de 1,58 por paciente, siendo un valor próximo al encontrado en el estudio de Giroto⁶, que fue de 1,94. Aunque se crea que el aumento de la complejidad del régimen terapéutico resulte en disminución de la adhesión al tratamiento, existen evidencias conflictivas en la literatura a respecto de esa asociación.

Referente a los factores relacionados a los pacientes, se observó que un 88% no conocía la enfermedad y un 81% demostró no conocer la meta terapéutica (valores de presión arterial adecuados a su condición), similar al citado en el trabajo de Meiners et al¹⁵, que llegó a un total de 70,4% que no las conocía. Un 99% de los pacientes relató además, creer que el medicamento es fundamental para controlar la presión arterial, estando este valor bien próximo al encontrado por Ungari²² en su estudio (92%). Sumado a esto, un 37% de los pacientes refirió creer que los hábitos alimentares y los ejercicios físicos son fundamentales para controlar la presión arterial. Con relación al monitoreo de la presión arterial, un 84% dijo que se preocupa en controlarla regularmente. Entre los motivos para faltar a la consulta, un 50% declaró haberla olvidado y un 29% no compareció por problemas de salud. Todos declararon estar satisfechos con la atención recibida en la unidad de salud, lo que es similar a lo registrado por Ungari²².

Con los registros de datos, en los prontuarios examinados, un 96% contenía informaciones sobre presión arterial, un 83% sobre peso, un 77% sobre altura y un 19% sobre cintura, un 86% registraba informaciones de hemograma, un 74% de electrolitos, un 94% de colesterol, un 94% de triglicéridos (TAG), un 55% de glicemia y un 18% de hemoglobina glicada o glicosilada (A1C). Según la Sociedad Brasileña de Hipertensión²⁰, los principales exámenes complementarios de rutina para el paciente hipertenso son: orina, potasio plasmático, creatinina plasmática, glicemia en ayunas, colesterol total, HDL colesterol, TAG, electrocardiograma (ECG) convencional y ácido úrico plasmático. En el presente estudio, no fueron encontrados en los prontuarios relatos de exámenes de orina, creatinina plasmática, ácido úrico plasmático y ECG. Factor semejante se observó en el estudio de Meiners et al¹⁵. En el trabajo de Almeida Filho et al¹ sobre un estudio de morbilidad en la atención primaria, también se constataron problemas en los registros médicos de la red de servicios de salud, con elevado número de prontuarios incompletos, ilegibles o mal completados.

Ya en relación al tratamiento no farmacológico, fueron observados registros en 12% de los prontuarios clínicos, que registraban regímenes alimentarios sanos (solicitud de intervención del nutricionista) y 10% registraba actividad física, siendo que ninguno registraba tratamiento

para tabaquismo y alcoholismo. Esos valores están próximos a los encontrados por Meiners et al¹⁵. Se observó también, que son factores limitantes para la adhesión al tratamiento de algunos pacientes, recordar de tomar u observar el horario apropiado para ingerir los medicamentos antihipertensivos, así como mantener la terapéutica sin interrupciones cuando falta el medicamento, antes de retornar a la unidad de salud en la fecha estipulada.

CONCLUSIÓN

En la UMS de Fátima el grado de adhesión al tratamiento entre los pacientes hipertensos estudiados fue de 45%, utilizándose la MAT (escala Likert). Como resultado inmediato, se constata que solamente tener acceso al medicamento no significa alcanzar la respuesta terapéutica deseada. No obstante, hay que monitorear

todas las variables relacionadas a la adhesión al tratamiento, de modo a asegurar la efectividad del mismo, y la eficiencia de los servicios de atención a la salud. Un abordaje multifocal y multiprofesional es fundamental para el éxito terapéutico de esos pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Somos gratos al equipo de trabajadores y usuarios de la UMS de Fátima.

LIMITACIONES

El estudio fue estructurado como un *survey*, no proporcionando un análisis más elaborado que permitiera correlacionar con un grado de confiabilidad estadísticamente significativo los factores relacionados a la mayor o menor adhesión al tratamiento.



Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil

RESUMO

O artigo apresenta o estudo sobre a adesão ao tratamento em pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima no Município de Belém, Estado do Pará, Brasil. Foram entrevistados 100 pacientes no período de setembro a outubro de 2008 para a medida de adesão ao tratamento utilizando a escala de Likert modificada para mensurar o grau de adesão ao tratamento farmacológico, estudando as variáveis que possam estar relacionadas ao grau de adesão, tais como: aos fatores socioeconômicos; à equipe e ao serviço de saúde; à condição da doença; ao tratamento e aquelas relacionadas ao paciente. Também foram investigados dados secundários em prontuários clínicos. Os dados obtidos com as ferramentas de estudo foram plotados no programa Microsoft Office Excel 2003[®] para análise. Do total de pacientes estudados, 45% foram estabelecidos como de "maior adesão" e 55% como de "menor adesão". Observou-se predomínio de: sexo feminino (68%), faixa etária entre 61 e 75 anos de idade (60%), baixo grau de escolaridade (76%), casados (51%), de cor parda (54%), aposentados (72%) e com renda de um salário mínimo (76%). Quanto à não adesão ao tratamento, infere-se como possíveis causas as variáveis "classificação da pressão arterial com tratamento", "quantidade utilizada de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica", "efeito colateral do(s) remédio(s)" e "associação com outras doenças". Estratégias vêm sendo identificadas para minimizar o baixo grau de adesão, porém de forma isolada e unidimensional. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico desses pacientes.

Palavras-chave: Hipertensão; Estudos Transversais; Avaliação de Medicamentos; Adesão à Medicação; Serviços Preventivos de Saúde.

Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil

ABSTRACT

This article presents a study about treatment adherence in patients with hypertension treated at the Municipal Health Unit of Fátima in Belém, Pará, Brazil. Between September 2008 and October 2008, we interviewed one hundred patients utilizing a modified version of the measurement of treatment adherence, an assessment that uses a Likert scale to measure levels of adherence to pharmacological treatment. We also obtained data concerning variables that are potentially related to levels of adherence, such as socioeconomic factors, health teams and service, disease severity, treatment and patient-related factors and investigated secondary data from the medical records. Data obtained were plotted in the Microsoft Office Excel 2003[®] program for analysis. Of the sample, 45% were classified as having "high adherence", and 55% were classified as having "low adherence". The majority of the sample were of female gender (68%), were between the age of 61 and 75 (60%), had low levels of education (76%), were married (51%), were of pardo race (54%), were retired (72%) and earned minimum wage (76%). Regarding possible causes for lack of treatment compliance, we identified the following variables: "classification of blood pressure according to treatment", "number of medications used to treat hypertension", "medication side effects" and "association with other diseases". Several strategies have been identified to minimize low levels of adherence; however, these often occur in an isolated and unidimensional manner. A multi-focal, multi-professional approach is fundamental for the therapeutic success of these patients.

Keywords: Hypertension; Cross-Sectional Studies; Drug Evaluation; Medication Adherence; Preventive Health Services.



REFERENCIAS

- 1 Almeida Filho NM, Santana V, Oliveira MB, Moreira EC, Modesto MG. Mental disorders in primary care in a health district of Bahia, Brazil. In: Cooper B, Eastwood M, editors. *Primary Care and Psychiatric Epidemiology*. London: Routledge; 1991. p. 133-41.
- 2 Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol*. 2001 mai;76(5):349-51.
- 3 Castro MS, Chemello C, Pilger D, Junges F, Bohnen L, Zimmerman LM, et al. Contribuição da atenção farmacêutica no tratamento de pacientes hipertensos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(3):198-202.
- 4 Cramer JA. Identifying and improving compliance patterns. In: Cramer JA, Spilker B, editors. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. New York: Raven Press; 1991. p. 387-92.
- 5 Domiciano DS. Hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia: estudo de caso-controle [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 36 p.
- 6 Giroto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados em área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2008. 191 p.
- 7 Gomes CAP, Fonseca AL, Santos FJP, Rosa MB, Machado MC, Fassy MF. A assistência farmacêutica na atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias; 2007. 50 p.
- 8 Gusmão JL, Mion Jr D. Adesão ao tratamento – conceitos. *Rev Bras Hipertens*. 2006;13(1):23-5.
- 9 Laporte JR, Tognoni G. *Principios de epidemiologia del medicamento*. 2. ed. Barcelona: Masson-Salvat. 1993.
- 10 Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2001 out-dez;8(4):383-92.
- 11 Mansur AP, Favarato D, Souza MFM, Avakian SD, Aldrighi JM, César LAM, et al. Tendência do risco de morte por doenças circulatórias no Brasil de 1979 a 1996. *Arq Bras Cardiol*. 2001;76(6):497-503.
- 12 Medeiros ARC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade de saúde da família de João Pessoa [dissertação]. Paraíba (PB): Universidade Federal de Paraíba; 2006.
- 13 Meiners MMMA. Revisão Bibliográfica para a Identificação de Programas e Projetos Nacionais (Produto 1). Plano de Ação para Melhoria da Adesão ao Tratamento dos Portadores de DM e HA. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 14 Meiners MMMA. Revisão Bibliográfica para a Identificação de Programas e Projetos Nacionais (Produto 2). Plano de Ação para Melhoria da Adesão ao Tratamento dos Portadores de DM e HA. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- 15 Meiners MMMA, Carvalho RSV, Souza SMD. Estudo piloto de avaliação da qualidade e da adesão ao tratamento entre pessoas com hipertensão e diabetes usuárias da atenção básica do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- 16 Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores Demográficos. Taxa de prevalência de hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 17 Nemes MIB. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
- 18 Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004. 199 p.
- 19 Sarquis LMM, Dell'acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enf USP*. 1998 dez;32(4):335-53.
- 20 Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia; 2006.
- 21 Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. A Influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2003 out;81(4):349-54.
- 22 Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007. 95 p.
- 23 Vieira DFC. Estudo dos fatores relacionados com a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo em pacientes idosos [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2004. 130 p.
- 24 Weingarten MA, Cannon BS. Age as a major factor affecting adherence to medication for hypertension in a general practice population. *Fam Pract*. 1988 Dec;5(4):294-6.