

# 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

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

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

## 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.

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das maiores causas de morbidade e mortalidade no mundo<sup>22</sup>. Níveis de pressão arterial elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos mórbidos, associados principalmente à aterosclerose e manifestados por

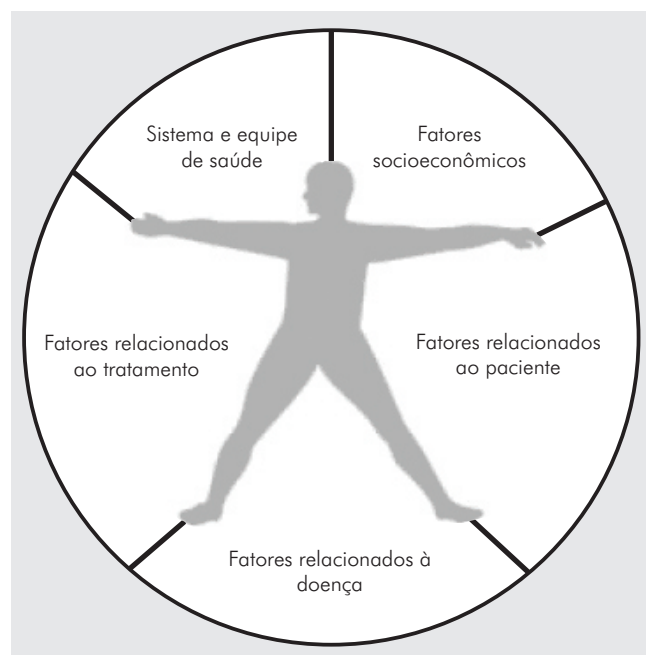
cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renal e periférica<sup>2</sup>. Strelec et al<sup>21</sup> apontam que, juntamente com tabagismo, diabetes e dislipidemia, a HAS constitui um importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, responsáveis por cerca de 30% dos óbitos no mundo. Segundo Lessa<sup>10</sup>, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano no Sistema Único de Saúde (SUS), com um custo aproximado de 457 milhões de reais para os cofres públicos, sem incluir os gastos com procedimentos de alta complexidade. Segundo dados do SUS (DATASUS), do Ministério da Saúde (MS), o número de pessoas hipertensas com 25 anos de idade ou mais nos períodos de 2002-2003 e 2004-2005 constituiu em torno de 22% do atendimento global nos serviços de saúde no Município de Belém, Estado do Pará<sup>16</sup>.

### Correspondência / Correspondence / Correspondencia:

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

Estudos demonstram que, para hipertensos, a taxa de abandono ao tratamento é crescente, conforme o tempo decorrido após o início da terapêutica<sup>11,12</sup>. Castro et al<sup>3</sup> detectaram o abandono do acompanhamento ambulatorial regular na ordem de 45% em uma coorte de pacientes hipertensos.

Em sua publicação *Adherencia a Los Tratamientos a Largo Plazo: Pruebas para la acción*, a Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>18</sup> estabeleceu que diferentes fatores podem estar associados à adesão ao tratamento de pacientes com terapias de longo prazo (doenças crônicas), incluindo o uso dos medicamentos, mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares (Figura 1). Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual se engloba a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos); à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde<sup>7,8,18,21</sup>.



Fonte: Gusmão e Mion Jr<sup>8</sup>, adaptado de OMS<sup>18</sup>.

**Figura 1** – Dimensões da adesão ao tratamento

A adesão ao tratamento é considerada como o comportamento do paciente relacionado à saúde, sendo mais que o simples ato de utilizar os medicamentos prescritos<sup>8</sup>. A OMS adotou uma definição para adesão como sendo "[...] O grau em que o comportamento de uma pessoa – tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e executar mudanças no estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um

prestador de assistência sanitária<sup>18</sup>. A literatura nos parece unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo<sup>4,8</sup>.

Distintos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento: aqueles ligados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); os relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações); os concernentes às crenças de saúde (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima) e os ligados ao tratamento, que englobam a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), os relacionados à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento) e ao relacionamento com a equipe de saúde<sup>13,14,18,19</sup>. Melhorar a adesão ao tratamento é prevenir complicações e agravos das doenças, proporcionando qualidade de vida aos pacientes. No contexto da atenção primária à saúde, este estudo tem como objetivo conhecer o perfil de adesão ao tratamento em 100 pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde (UMS) de Fátima, em Belém, Pará.

## METODOLOGIA

### LOCAL DO ESTUDO

UMS de Fátima, localizada no bairro de Fátima, região central do Município de Belém, Estado do Pará, Brasil.

### TIPO DO ESTUDO

Estudo transversal do tipo descritivo-observacional com recorte temporal de setembro e outubro de 2008, sendo entrevistados os 100 primeiros usuários que concordaram em participar do estudo. Utilizaram-se dois instrumentos: entrevista por meio de questionário já anteriormente utilizado por Meiners et al<sup>15</sup> e revisão de dados secundários nos prontuários clínicos utilizando ficha de coleta padronizada.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram considerados os seguintes critérios: a) ser paciente com diagnóstico de HAS em qualquer estágio; b) estar utilizando medicamentos anti-hipertensivos há pelo menos um mês; c) ter idade igual ou superior a 20 anos; d) ter capacidade de compreender e responder os questionamentos; e) concordar em participar da pesquisa, estando ciente da natureza do estudo e de seus objetivos, expresso mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão adotados foram: a) pacientes com problemas cognitivos que impossibilitem a compreensão e os objetivos do estudo; b) pacientes em período de gestação.

### INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Formulário próprio de entrevista semiestruturado com perguntas abertas e fechadas adaptado do instrumento

utilizado para avaliar fatores que afetam a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo<sup>18,19,22</sup>. Para relação de causalidade das reações adversas utilizou-se o algoritmo adaptado de Laport e Tognoni<sup>9</sup>; ficha de coleta de dados padronizada de prontuários clínicos de pacientes hipertensos para o levantamento de registros da pressão arterial, dados antropométricos, exames laboratoriais e tratamentos não farmacológicos.

#### VARIÁVEIS DEPENDENTES

Medida de adesão ao tratamento (MAT), método que utiliza como resposta a escala de Likert<sup>18</sup> convertida em um padrão dicotômico. Para avaliar o grau de adesão dos pacientes, a pontuação das respostas varia de 1, correspondente a "sempre" (menor adesão) a 6, correspondente a "nunca" (maior adesão). Para analisar os dados obtidos na MAT com a amostra estudada, procedeu-se à conversão da escala de Likert para dicotômica, utilizando o seguinte critério: "nunca" (6) e "raramente" (5), da escala de Likert, passou a "maior adesão" (1) da dicotômica, e "por vezes" (4), "com frequência" (3), "quase sempre" (2) e "sempre" (1), da escala de Likert, passou a "menor adesão" (0) da dicotômica (adesão = 5 e/ou 6; não adesão = 0 a 4). O grau de menor adesão global foi estabelecido como sendo o somatório da coluna "por vezes" (4), ou seja, a maior escala para a categoria dicotomizada para menor adesão.

#### VARIÁVEIS INDEPENDENTES

Conjunto de fatores ligados à adesão ao tratamento, tais como: fatores socioeconômicos; fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde; fatores relacionados à condição da doença; fatores relacionados ao tratamento; fatores relacionados ao paciente.

#### ASPECTOS ÉTICOS

Obedeceram-se as disposições contidas na Resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos; e o projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário do Pará (CESUPA).

#### ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitalizados utilizando-se o programa Microsoft Office Excel 2003<sup>®</sup>.

#### RESULTADOS

##### MEDIDA DE ADESÃO AO TRATAMENTO

A tabela 1 registra 45% de pacientes com maior adesão e 55% de pacientes com menor adesão, tendo por base a aplicação de sete questionamentos distintos.

**Tabela 1** – Distribuição dos pacientes hipertensos de acordo com o resultado obtido na MAT

Perguntas	Sempre (%)	Quase sempre (%)	Com frequência (%)	Por vezes (%)	Raramente (%)	Nunca (%)
1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?	–	–	4	13	29	54
2. Alguma vez foi descuidado com o horário de tomar os medicamentos para a sua doença?	–	–	9	10	34	47
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por ter se sentido melhor?	–	–	–	–	1	99
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	–	–	–	–	3	97
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?	–	–	–	2	10	87
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?	–	–	–	24	32	44
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	–	–	–	6	20	74
Escala de Likert (MAT)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Diferença percentual global entre Menor Adesão e Maior Adesão				55%	45%	
Conversão dicotômica		Menor adesão [0]			Maior adesão [1]	

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

Sinal convencional utilizado: – Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

## CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A tabela 2 reúne resultados que estabelecem uma correlação entre o perfil socioeconômico e o grau de adesão. Os quantitativos de um modo geral comparáveis demonstram que não se pode inferir uma relação entre essas variáveis.

**Tabela 2** – Distribuição do perfil dos usuários pelos grupos de maior e menor adesão: perfil socioeconômico

Perfil sócioeconômico	Maior adesão [45%]	Menor adesão [55%]	Total [100%]
Estado civil			
Solteiro	7	8	15
Casado	24	27	51
Viúvo	10	15	25
Divorciado/Separado	4	5	9
Cor/Raça			
Branca	12	17	29
Negra	9	8	17
Parda	24	30	54
Moradia			
Alvenaria	23	33	56
Madeira	14	15	29
Alvenaria + Madeira	8	7	15
Ocupação			
Aposentado(a)	35	37	72
Desempregado(a)	2	3	5
Dona de casa	5	9	14
Outros	3	6	9
Renda Mensal			
< R\$ 415,00	10	12	22
R\$ 415,00	34	42	76
> R\$ 415,00	1	1	2
Aquisição dos medicamentos			
UMS de Fátima	41	43	84
Compra na farmácia	4	12	16
Atividade física			
Sim	10	13	23
Não	30	38	68
Às vezes	5	4	9
Tabagismo			
Sim	3	2	5
Não	42	53	95
Elitismo			
Sim	1	2	3
Não	44	53	97
Alimentação			
Sal			
Pouco	41	52	93
Sem restrição	4	3	7
Gordura/fritura			
Pouco	40	47	87
Sem restrição	5	8	13
Enlatados/embutidos			
Pouco	44	52	96
Sem restrição	1	3	4

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

## FATORES RELACIONADOS À EQUIPE E AO SISTEMA DE SAÚDE

A tabela 3 denota que nesse estudo não se encontrou relação entre grau de adesão e os fatores relacionados à equipe e ao sistema de saúde, consoante as respostas obtidas à formulação de seis questionamentos abaixo enunciados.

**Tabela 3** – Distribuição do perfil dos usuários pelos grupos de maior e menor adesão: fatores relacionados às equipes de saúde

Fatores relacionados às equipes de saúde	Maior adesão [45%]	Menor adesão [55%]	Total [100%]
Confia no médico que o atende na UMS de Fátima?			
Sim	42	52	94
Não	3	3	6
Confia na equipe de profissionais que o atende na UMS de Fátima?			
Sim	43	54	97
Não	2	1	3
Entende as explicações sobre a pressão arterial?			
Sim	37	51	88
Não	8	4	12
Esclarece as suas dúvidas sobre o tratamento com o médico?			
Sim	41	49	90
Não	4	6	10
O médico pergunta se está tomando o remédio conforme o orientado?			
Sim	45	55	100
Não	–	–	–
Quem o orienta sobre como tomar os remédios para pressão arterial?			
Médico	26	42	68
Médico e enfermeiro	4	4	8
Médico e farmacêutico	6	4	10
Médico, enfermeiro e farmacêutico	9	5	14

Motivo da troca de médico: Férias do médico: 38%; Falta do médico 54%; Descontentamento com o médico: 8%.

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

Sinal convencional utilizado: – Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

## FATORES RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Os quantitativos reunidos na tabela 4 assinalam menor adesão conforme o maior número de medicamentos prescritos, a presença de efeitos colaterais, comorbidades e o maior nível pressórico.

**Tabela 4** – Distribuição do perfil dos usuários pelos grupos de maior e menor adesão: fatores relacionados ao tratamento

Fatores relacionados ao tratamento	Maior adesão [45%]	Menor adesão [55%]	Total [100%]
Quanto tempo sabe da doença?			
1 - 3 anos	7	7	14
4 - 6 anos	11	16	27
> 6 anos	7	6	13
Não sabe	20	26	46
Classificação da pressão arterial com tratamento:			
Ótima	1	1	2
Normal	8	5	13
Limítrofe	13	11	24
Hipertensão estágio I	14	25	39
Hipertensão estágio II	8	11	19
Hipertensão estágio III	1	2	3
Quantidade de remédios utilizados para o controle da pressão arterial*:			
1	14	27	41
2	26	22	48
3 ou mais	5	6	11
Sente algum efeito colateral do(s) remédio(s)?			
Sim	10	21	31
Não	35	34	69
Tem dificuldade em ingerir o(s) remédio(s)?			
Sim	–	1	1
Não	45	54	99
O médico já mudou o(s) remédio(s)?			
Sim	18	23	41
Não	27	22	59
Possui outras doenças <sup>§</sup> ?			
Sim	38	30	68
Não	7	25	32

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

Sinal convencional utilizado: – Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

\* Medicamentos prescritos para hipertensão arterial sistêmica registrados nos prontuários: Captopril (34%); Hidroclorotiazida (29%); Metildopa (13%); Propranolol (2%); Nifedipino (4%); Outros medicamentos (18%).

† Principais reações adversas relatadas: Cefaleia (13%); Tosse (42%); Sonolência (35%); Secura na boca (10%).

‡ Principais causas de troca de medicamentos pelo prescritor durante o tratamento: Reações adversas aos medicamentos (73%); Inefetividade terapêutica (27%).

§ Principais doenças concomitantes: Diabetes (35%); Dislipidemia (22%); Osteoporose (9%); Obesidade (10%); Outras (24%).

#### FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE

A tabela 5 correlaciona fatores relacionados aos pacientes e o grau de adesão, não se identificando relação direta entre tais variáveis.

**Tabela 5** – Distribuição do perfil dos usuários pelos grupos de maior e menor adesão: fatores relacionados ao paciente

Fatores relacionados ao paciente	Maior adesão [45%]	Menor adesão [55%]	Total [100%]
Conhece a doença?			
Sim	8	4	12
Não	37	51	88
Conhece a meta terapêutica?			
Sim	10	9	19
Não	35	46	81
Acredita que o remédio é fundamental para controlar a pressão arterial?			
Sim	44	55	99
Não	1	–	1
Acredita que regimes alimentares e exercícios físicos ajudam a controlar a pressão arterial?			
Sim	17	20	37
Não	28	35	63
Preocupa-se em aferir a pressão arterial?			
Sim	38	46	84
Não	7	9	16
Está satisfeito com atendimento a sua saúde?			
Sim	45	55	100
Não	–	–	–

Falta na consulta: Esquecimento (50%); Problemas de saúde (29%); Outros (21%).

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

Sinal convencional utilizado: – Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

#### REGISTROS DE DADOS EM PRONTUÁRIOS CLÍNICOS

O quadro 1 registra os parâmetros constantes de prontuário relativos à pressão arterial, medidas antropométricas, exames laboratoriais e tratamento não farmacológico. Quanto a esses prontuários clínicos, a coleta de dados ficou comprometida por não haver uma uniformidade e padronização dos prontuários.

Registros em prontuários clínicos (%)			
Pressão arterial	Medidas antropométricas	Exames laboratoriais	Tratamento não farmacológico
96%	83% para peso	86% para hemograma	12% hábitos alimentares sadios (solicitação de intervenção do nutricionista)
	77% para altura	74% para eletrólitos	10% atividade física
	19% para cintura	94% para colesterol	0% tratamento para tabagismo e alcoolismo
		94% para triglicérides (TAG)	
		55% para glicemia	
		18% para hemoglobina glicada ou glicosada (A1C)	

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

**Quadro 1** – Percentual de prontuários com registros de dados de pressão arterial, medidas antropométricas, exames laboratoriais e tratamento não farmacológico na UMS de Fátima

## DISCUSSÃO

A OMS<sup>18</sup> preconiza que o grau de adesão ao tratamento sofre influência direta dos modelos de atenção estabelecidos para a saúde. Assim, sendo, o modelo de atenção à saúde disponibilizado pela estratégia do Programa Saúde da Família, provavelmente, explicaria os achados de 45% de pacientes com maior adesão e 55% de pacientes com menor adesão que se comportam de maneira semelhante aos resultados obtidos por Ungari<sup>22</sup> que obteve 43,1% dos pacientes como com maior adesão e 56,9% com menor adesão, diferindo daqueles encontrados por Vieira<sup>23</sup> que observou os valores de 70% de pacientes com menor adesão e 30% de pacientes com maior adesão.

Ainda, de acordo com a OMS<sup>18</sup>, o nível socioeconômico dos pacientes não está relacionado de maneira consistente à adesão a tratamentos. Entretanto, já foi descrito na literatura que a idade e o grau de escolaridade podem estar relacionados com o grau de adesão<sup>17,24</sup>. Ainda nesta direção, a literatura registra que não existe evidência de associação significativa para as variáveis: faixa etária, sexo, estado civil, cor/raça, ocupação, grau de escolaridade e renda mensal<sup>13,14,15,22</sup>. Um fator importante para estimular a adesão ao tratamento é o conhecimento, por parte dos pacientes, das consequências imediatas e tardias da hipertensão e dos benefícios do tratamento na prevenção desses eventos. Estas constituem variáveis importantes e a adesão ao tratamento teria influência positiva e negativa, respectivamente, da primeira e da segunda variáveis em questão<sup>15,17,24</sup>. Não há como negar que há uma relação direta entre ambas, mas que existe um grande viés ao se considerar que o baixo nível de escolaridade contribui grandemente para que o indivíduo expresse menor capacidade de discernimento e de crítica.

A maioria dos pacientes declara ter confiança no médico e na equipe multiprofissional da UMS de Fátima, resultado semelhante a dois outros estudos referenciados<sup>12,15</sup>.

O nível pressórico entre os entrevistados, de acordo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial<sup>20</sup>, mostrou-se entre "controlada" e "estágio I" em 78% dos participantes. Entretanto, 19% estavam com hipertensão arterial "estágio II" e 3% estavam com hipertensão arterial "estágio III", apesar de estarem em uso de medicamentos para hipertensão arterial sistêmica. No estudo de Strelec et al<sup>21</sup>, foram encontrados valores não muito diferentes (58% com a pressão arterial entre "controlada" e "estágio I", 24% "estágio II" e 1% "estágio III"), assim como no estudo de Domiciano<sup>5</sup>, no qual 31,7% dos hipertensos tinham a pressão arterial "controlada" no momento da coleta dos dados. Dos pacientes que apresentaram hipertensão arterial "estágio II" e "estágio III" neste estudo, 61,9% foram classificados como de menor adesão, evidenciando que o baixo grau de controle anti-hipertensivo se deve, em grande parte, à falta de adesão ao tratamento. Estes achados estão em concordância com os descritos na literatura<sup>17,24</sup>.

Neste estudo, observou-se que dos 41% de pacientes que utilizavam somente um medicamento anti-hipertensivo, 65,9% foram considerados como de menor adesão. Para Ungari<sup>22</sup> algumas evidências sugerem que os indivíduos que

tomam mais medicamentos de forma contínua são mais propensos a tomar as medidas necessárias para manter ou corrigir sua saúde, estando mais atentos aos seus tratamentos com medicamentos. O medicamento mais prescrito foi captopril (34%), seguido de hidroclorotiazida (29%), metildopa (13%), em concordância com os dados encontrados por Meiners et al<sup>15</sup>. A média de esquemas com associação de medicamentos anti-hipertensivos foi de 1,58 por paciente, sendo um valor próximo ao encontrado no estudo de Giroto<sup>6</sup>, que foi de 1,94. Embora se acredite que o aumento da complexidade do regime terapêutico resulte em diminuição da adesão ao tratamento, existem evidências conflitantes na literatura a respeito dessa associação.

Em relação aos fatores relacionados aos pacientes, observou-se que 88% não conheciam a doença e 81% demonstraram não conhecer a meta terapêutica (valores de pressão arterial adequados à sua condição), similar ao citado no trabalho de Meiners et al<sup>15</sup>, que chegou a um total de 70,4% que não as conheciam. Relataram, ainda, acreditar que o medicamento é fundamental para controlar a pressão arterial 99% dos pacientes, estando este valor bem próximo ao encontrado por Ungari<sup>22</sup> em seu estudo (92%). Em adição, 37% dos pacientes referiram acreditar que os hábitos alimentares e exercícios físicos são fundamentais para controlar a pressão arterial. Quanto ao monitoramento da pressão arterial, 84% disseram que se preocupam em aferi-la regularmente. Dentre os motivos para faltar à consulta, 50% declararam ter esquecido e 29% não compareceram por problemas de saúde. Todos declararam estar satisfeitos com o atendimento recebido na unidade de saúde, o que é semelhante ao registrado por Ungari<sup>22</sup>.

Quanto aos registros de dados, nos prontuários examinados, 96% continham informações sobre pressão arterial, 83% sobre peso, 77% sobre altura e 19% sobre cintura, 86% registravam informações de hemograma, 74% de eletrólitos, 94% de colesterol, 94% de triglicérides (TAG), 55% de glicemia e 18% de hemoglobina glicada ou glicosada (A1C). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão<sup>20</sup>, os principais exames complementares de rotina para o paciente hipertenso são: urina, potássio plasmático, creatinina plasmática, glicemia de jejum, colesterol total, HDL colesterol, TAG, ácido úrico plasmático e eletrocardiograma (ECG) convencional. No presente estudo, não foram encontrados nos prontuários relatos de exames de urina, creatinina plasmática, ácido úrico plasmático e ECG. Fator semelhante foi observado no estudo de Meiners et al<sup>15</sup>. No trabalho de Almeida Filho et al<sup>1</sup> sobre um estudo de morbidade na atenção primária, também foram constatados problemas nos registros médicos da rede de serviços de saúde, com elevado número de prontuários incompletos, ilegíveis ou mal preenchidos.

Já em relação ao tratamento não farmacológico, foram observados registros em 12% dos prontuários clínicos, que registravam regimes alimentares sadios (solicitação de intervenção do nutricionista) e 10% registravam atividade física, sendo que nenhum registrava tratamento para tabagismo e alcoolismo. Esses valores estão próximos aos encontrados por Meiners et al<sup>15</sup>. Observou-se, também, que são fatores limitantes para a adesão ao tratamento de alguns pacientes, lembrar de

tomar ou observar o horário apropriado para ingerir os medicamentos anti-hipertensivos, bem como manter a terapêutica sem interrupções quando falta o medicamento antes de retornarem a unidade de saúde na data aprazada.

## CONCLUSÃO

Na UMS de Fátima, o grau de adesão ao tratamento entre os pacientes hipertensos estudados foi de 45%, utilizando-se a MAT (escala de Likert). Como resultado imediato, constata-se que somente o acesso ao medicamento não significa alcançar a resposta terapêutica almejada. Há, contudo, a necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento, de modo a assegurar a efetividade do

tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é fundamental para o sucesso terapêutico desses pacientes.

## AGRADECIMENTOS

Somos gratos à equipe de trabalhadores e usuários da UMS de Fátima.

## LIMITAÇÕES

O estudo foi estruturado como um *survey*, não proporcionando uma análise mais elaborada que permitisse correlacionar com um grau de confiabilidade estatisticamente significativo os fatores relacionados à maior ou menor adesão ao tratamento.



## 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<sup>®</sup> 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.

## Perfil de adhesión al tratamiento de pacientes hipertensos atendidos en la Unidad Municipal de Salud de Fátima, en Belém, Pará, Amazonía, 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<sup>®</sup> 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.



## REFERÊNCIAS

- 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.

Recebido em / Received / Recibido en: 12/2/2010  
Aceito em / Accepted / Aceito en: 10/5/2010