

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CEILÂNDIA  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Amanda Rodrigues Ferreira de Souza

Brasília  
2014

**AMANDA RODRIGUES FERREIRA DE SOUZA**

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem apresentado a Faculdade de Ceilândia/FCE, Universidade de Brasília/UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Marina Morato Stival.

Brasília  
2014

**AMANDA RODRIGUES FERREIRA DE SOUZA**

**FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO DE PESSOAS COM HIPERTENSÃO  
SISTÊMICA ARTERIAL AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem (TCCE) apresentado a Comissão de Graduação para TCCE da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Prof. Ms. Marina Morato Stival – Orientadora

---

Prof<sup>a</sup> Walterlânia Silva Santos - banca

---

Prof Luciano Ramos de Lima - banca

*Dedico este estudo aos meus pais que sempre apoiaram.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me proporcionado esta oportunidade.

A Prof<sup>a</sup>. Ms. Marina Morato Stival, pela infinita ajuda, disponibilidade, tranquilidade e compreensão.

Aos meus pais e irmãos por estarem sempre presentes.

A todos os pacientes do Centro de Saúde da Regional de Ceilândia que aceitaram participar deste estudo.

SOUZA, A. R. F. **Fatores associados à não-adesão de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento medicamentoso** . 2014. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Ceilândia, Brasília, 2014.

## RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo com delineamento transversal, realizado em um Centro de Saúde da Regional de Ceilândia com pacientes cadastrados no Programa HiperDia. Este estudo teve como objetivo avaliar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. Foram utilizados 3 instrumentos para a coleta de dados: questionário semi-estruturado composto por perguntas direcionadas ao perfil socioeconômico, demográfico e as condições de vida; Teste de *Morisky-Green* (TMG), para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso; *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) que identifica as barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente. Para análise dos resultados foi utilizado o programa estatístico *Special Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. A amostra foi composta de 71,1% de pacientes do sexo feminino e 28,9% do sexo masculino. Pela avaliação com o TMG, observou-se que 63% dos hipertensos aderem ao tratamento anti-hipertensivo de forma moderada. Enquanto com a aplicação do BMQ, verificou-se que 56% dos pacientes apresentaram provável baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Entre os fatores determinantes para a não adesão ao tratamento encontrou-se: raça, baixo nível de escolaridade, idade, sedentarismo e estado civil. Estas informações podem fornecer elementos para embasar as intervenções na prestação de cuidados em pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e elevar a adesão ao tratamento dessa população.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Adesão. Tratamento.

## **ABSTRACT**

This is a study of quantitative, descriptive cross-sectional approach performed in a Regional Health Centre of Ceilândia with patients registered in the HiperDia Program. This study aimed to evaluate the adherence of hypertensive patients to drug treatment of hypertension. For the data collection was used three instruments: semi-structured questionnaire consisting of socioeconomic, demographic and living conditions questions; Morisky- Green test (TMG) to assess adherence to therapy; Brief Medication Questionnaire (BMQ), which identifies the barriers to compliance regarding the rules, beliefs and memories in relation to drug treatment in the patient's perspective. The data were analyzed by Special Package for Social Sciences (SPSS) software, version 20.0. The sample consisted of 71.1 % of patients were female and 28.9 % male. By the assessment of the TMG was observed that 63% of hypertensive patients adhere to antihypertensive treatment prescribed by the doctor in a moderate way. It was showed by the BMQ that 56% of the patients have likely poor adherence to drug treatment. The study identified as the determinants factors for nonadherence to treatment: low education level, race, age, physical inactivity and marital status. This information can provide data to support the interventions in the care of patients with Hypertension and increase treatment adherence in this population.

**Key words:** Hypertension. Adherence. Treatment.

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características sócio-demográficas e adesão ao tratamento pelo TMG e o BMQ. Brasília, 2014. <sup>25</sup>

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características do estilo de vida, doenças associadas e adesão ao tratamento pelo TMG e o BMQ. Brasília, 2014. <sup>27</sup>



## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1** - Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG, Brasília, DF, 2014. 22

**Figura 2** - Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o BMQ, Brasília, DF, 2014. 23

**Figura 3** - Distribuição dos pacientes hipertensos quanto aos domínios regime, crenças e recordação do BMQ. Brasília, DF, 2014. 28

## LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

BMQ - *Brief Medication Questionnaire*

CNS - Cartão Nacional de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL – *High-density lipoprotein* (Lipoproteína de alta densidade)

HiperDia - Programa de Assistência a Indivíduos Hipertensos e Diabéticos

MS - Ministério da Saúde

PA - Pressão Arterial

PRAHADM - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus

PSF - Programa Saúde da Família

SES/DF - Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal

SPSS - Special Package for Social Sciences

TLCE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG - Teste de *Morisky-Green*

## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	OBJETIVOS	18
	2.1 Objetivo geral	18
	2.2 Objetivos específicos	18
3.	METODOLOGIA	19
	3.1 Tipo de estudo	19
	3.2 Local do estudo	19
	3.3 Coleta de dados	20
	3.4 Análise dos dados	20
	3.5 Aspectos éticos e legais	20
4.	RESULTADOS	22
5.	DISCUSSÃO	29
6.	CONCLUSÃO	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICE	
	ANEXOS	

## 1. Introdução

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser definida como uma síndrome multifatorial que se caracteriza por níveis tensionais elevados que estão associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A HAS é um problema de magnitude global, sendo a causa de 30% dos óbitos de adultos no mundo e com prevalência entre 22,3% e 43,9% na população urbana de adultos no Brasil (ULBRICH, 2012). Este número aumenta ainda mais na população idosa, pois estima-se que essa doença acometa 50% a 70% dos indivíduos com 60 anos ou mais. (MUNARETTI, 2011).

A HAS pode ser tratada de maneira não-medicamentosa e medicamentosa, com o objetivo, de diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de mudanças nos hábitos de vida da pessoa hipertensa que levem a redução da pressão arterial. O tratamento não-medicamentoso envolve estratégias como redução do peso corporal, redução do consumo de bebidas alcoólicas, exercício físico regular, redução na ingestão de sal/sódio, abandono do tabagismo, controle das dislipidemias e do diabetes melito, medidas antiestresse (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

O tratamento medicamentoso é de extrema importância, pois além de diminuir os níveis pressóricos conduz a uma queda na incidência de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e previnem o aparecimento de doenças renais (FUCHS, 2002). Assim sendo, quando esse tipo de tratamento é escolhido, deve-se instruir ao paciente sobre o possível aparecimento de efeitos adversos e o tempo que é necessário para que o fármaco tenha o efeito desejado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A não adesão ao tratamento ainda constitui um dos grandes obstáculos para os profissionais de saúde. De acordo com Manfroi e Oliveira (2006) os principais fatores que interferem na adesão ao tratamento medicamentoso da HAS são: muitos pacientes só utilizam a medicação quando a pressão arterial está elevada; e depois

abandonam os remédios, pois não querem ser dependentes; sintomas adversos; ausência de medicamentos gratuitos na rede pública de saúde; dificuldade de estabelecer uma rotina diária pra administrar os fármacos; fase inicial assintomática; acreditam que estão curados e entre outros. Esta pesquisa concluiu que é fundamental que a equipe de saúde esteja familiarizada com os hábitos do paciente para que desse modo possa agir da melhor forma possível e assim obter o controle da HAS juntamente com o indivíduo (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Assim sendo a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica pode levar complicações sérias na vida de um indivíduo, incluindo até mesmo o óbito. Então o controle dessa doença é essencial por parte dos portadores, e como afirmado anteriormente o tratamento farmacológico tem um papel fundamental nesse processo. Portanto é pertinente que o profissional de saúde conheça a realidade dos seus portadores e o que os influenciam na adesão ao tratamento.

Usualmente essa patologia conduz a alterações em órgãos alvos tais como, coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos. Assim como também provoca mudanças metabólicas que conseqüentemente aumentam o risco do acontecimento de óbitos e outras morbidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Os procedimentos de diagnósticos incluem: repetidas medidas da pressão arterial, histórico médico, exame físico e exames laboratoriais. O diagnóstico é baseado, no mínimo, em duas medidas adequadas em dias distintos.

- **Medida da Pressão Arterial:** Na prática clínica a pressão arterial é usualmente medida de forma indireta com o uso do esfigmomanômetro e técnica auscultatória com estetoscópio. É um procedimento simples, todavia está sujeito a diversos erros, por isso profissional deve estar atento a alguns critérios ao executar a técnica, tais como, ambiente calmo e agradável; posição do paciente; verificação da calibração do aparelho; observador treinado. Além disso, durante o decorrer do dia, meses estações a pressão arterial sofre diversas espontâneas variações de forma que é necessário que o diagnóstico seja baseado em múltiplas medidas e em ocasiões separadas (MANCIA, 2007). Na Tabela 1 observa-se a classificação da pressão arterial de acordo com as medidas.

**Tabela 1 - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)**

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

\* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

Fonte: Sociedade Brasileira De Cardiologia/Sociedade Brasileira De Hipertensão/Sociedade Brasileira De Nefrologia, 2010.

- **Avaliação Clínica:** Essa avaliação envolve obter o histórico completo do paciente, onde o profissional de saúde deve focar nos fatores de riscos apresentados pelo paciente, tempo e tratamento prévio de hipertensão arterial sistêmica, estilo de vida, indícios de hipertensão secundária e de lesões de órgãos-alvos, fatores socioeconômicos, uso de medicamentos, etc. O exame físico deve ser feito de forma detalhada, buscando-se características que possam indicar a existência de lesões nos órgãos-alvo ou de hipertensão secundária (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).
- **Avaliação Laboratorial:** Esta avaliação complementar está indicada quando existem fatores que sugiram o aparecimento de doença cardiovascular e doenças associadas, em indivíduos com dois ou mais fatores de risco, e em pacientes acima de 40 anos de idade com diabetes tipo 1. Os exames de rotina são análise de urina, potássio plasmático, creatinina plasmática e estimativa do ritmo de filtração glomerular, glicemia de jejum (Classe I, Nível C) colesterol total, HDL, triglicérides plasmáticas, ácido úrico plasmáticas e eletrocardiograma convencional (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Tanto a Hipertensão Arterial Sistêmica quanto a Diabetes Mellitus afetam a grande parte da população, tendo dessa forma um elevado nível de morbimortalidade (CARVALHO et al., 2012). Além disso, essas doenças levam a muitas aposentadorias precoces, elevadas taxas de óbito, pode conduzir a outros eventos cardiovasculares. O que estimulou o governo a criar programas focando nessas patologias, tal como o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus (PRAHADM).

O PRAHADM foi concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 2001, ele tinha como meta garantir o tratamento e o acompanhamento dos usuários das unidades básicas de saúde do SUS. Este processo acontece por meio do Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos – HiperDia, sistema integrado ao Cartão Nacional de Saúde (CNS), que é um sistema de cadastro informatizado concedido pelo Datasus (PAULA et al., 2011).

O Ministério da Saúde (MS) em 2001 implantou o Plano de Reorganização da Atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), com ênfase na rede de Atenção Primária à Saúde (APS) no país. Os pacientes captados no Plano Nacional de Atenção à Hipertensão e ao Diabetes Mellitus, são monitorados pelo Sis-HiperDia, mais conhecido como HiperDia, sistema informatizado responsável pela geração de informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular (BRASIL, 2002).

Dessa forma de acordo com a Portaria/GM nº16, de 03/01/2002 foi determinado que seja feita a oferta dos medicamentos para hipertensão arterial sistêmica hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg, que deve ocorrer de maneira contínua para a rede básica de saúde (BRASIL, 2002).

O HiperDia promove e estimula a promoção do autocuidado, onde o indivíduo deve ter um papel mais ativo no seu tratamento e elevar a sua responsabilidade nos resultados da assistência. Nesse contexto o enfermeiro tem um grande espaço de atuação, tal como com realização de orientações para a saúde que visam conscientizar e encorajar mudanças de comportamento das pacientes, estimulando a prevenção e reduzindo os agravos derivados da evolução da HAS (CARVALHO, 2012).

Assim, a educação em saúde é uma parte essencial da assistência do enfermeiro, portanto ele tem uma importante função no HiperDia, uma vez que este profissional também deve agir com um educador tanto para o paciente quanto para a

família. Nesse contexto as consultas de enfermagem são oportunidades para que esse cuidado seja exercido. Durante a consulta o enfermeiro deve fazer orientações sobre a HAS e a necessidade de mudanças de comportamento. Além disso, também cabe ao enfermeiro pedir exames determinados pelo protocolo do Ministério da Saúde, repetir a medicação quando não há intercorrências, controle da glicemia capilar e da HAS, e analisar os resultados dos exames (CARVALHO, 2012).

Portanto o enfermeiro tem um papel de destaque na assistência ao paciente hipertenso, em que ele deve investigar o estilo de vida que deve ser modificado, contribuir para a adesão e para o controle da pressão arterial (KIELLER, 2004).

Dessa forma a função do enfermeiro abrange desde capacitação da equipe até realizar as consultas e apontar os fatores de risco e de adesão, e encaminhar os pacientes ao médico quando julgar necessário (CARVALHO, 2012).

Adesão a um tratamento pode ser conceituada como o nível de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento praticado de fato pelo paciente. Mais especificamente no caso da HAS, compreende a amplitude em que o comportamento do paciente (em termos de uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) se equipara com as orientações da equipe de saúde (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Estudos relatam que quando até pelo menos 80% das prescrições são seguidas pode ser considerado que há adesão ao tratamento. A adesão tem grande importância na terapia de doenças crônicas, uma vez que a não-adesão é um dos principais elementos que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade, diminuição da qualidade de vida, elevação dos custos médicos e aumento da utilização dos serviços de saúde (DIAS, 2011).

Entre os fatores que influenciam a adesão ao tratamento podem ser incluído as características de personalidade do indivíduo, seus mecanismos de enfrentamento de problemas, sua autoimagem sua autoestima, sua experiência com a doença e/ou doenças e, também a atitudes dos profissionais da área de saúde que o cerca (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

Existem instrumentos para a mensuração dessa adesão, entre eles está o Teste de *Morisky-Green* (TMG), o teste mais utilizado no Brasil. Trata-se de um questionário composto por quatro perguntas, que tem como objetivo analisar o comportamento do paciente em relação ao uso de medicamentos. As 4 perguntas são: alguma vez se esqueceu de tomar o seu medicamento?; às vezes se descuida



quanto ao horário de tomar o seu remédio?; quando se sente melhor, algumas vezes para de tomar o remédio?; quando se sente mal devido à medicação, às vezes para de tomá-la? Assim através dessas questões é possível classificar o indivíduo em três diferentes categorias: aderente (responde de forma negativa a todas as quatro indagações), moderada adesão (responde a uma ou duas questões afirmativamente) e baixa adesão (responde a três ou quatro questões de forma positiva) (BEN, 2012). Além disso, o teste também permite identificar se o comportamento de baixo grau de adesão é tipo intencional ou não intencional (DEWULF, 2006).

Outro instrumento utilizado é o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ). Ele é dividido em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação a terapia farmacológica na perspectiva do paciente (BEN, 2012).

Em um estudo realizado com pacientes hipertensos atendidos em uma unidade de atenção primária em Porto Alegre e publicado em 2012 avaliou-se a baixa adesão de hipertensos inscritos no Programa de Assistência a Indivíduos Hipertensos e Diabéticos (HiperDia), para isso foram utilizados como instrumentos de coleta de dados os questionários TMG e BMQ. O estudo concluiu que ambos os testes possuem boa consistência interna e que os pacientes que foram classificados com baixa adesão no BMQ possuíam uma tendência a ter um número médio de medicamentos em uso mais elevado do que os com alta adesão. E não foi possível identificar padrão de uso de medicações nos hipertensos com baixa adesão rastreados através do TMG (BEN, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que provoca a morte de um grande número de pessoas em todo o mundo. Portanto, o tratamento tanto farmacológico quanto não-farmacológico constituem importantes componentes para se prevenir danos graves a saúde e até mesmo óbito. Assim sendo, a avaliação da adesão ao tratamento é fundamental para se compreender quais são os fatores que exercem influência sobre ela e dessa maneira a equipe de saúde poderá atuar de forma multidisciplinar sobre todos esses aspectos. Dessa maneira ainda há muito espaço para a realização de pesquisas nessa área.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo geral

- Avaliar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os pacientes hipertensos estudados de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e comorbidades associadas.
- Identificar o grau de adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica
- Comparar a taxa de adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial pelo questionários TMQ e BMG do pacientes hipertensos
- Identificar os fatores associados a não adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Tipo de Estudo**

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo com delineamento transversal.

A abordagem descritiva permite detalhar as características de determinada população, acontecimento, e/ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados (questionário e observação sistemática). O estudo de natureza quantitativa traduz opiniões em números e informações, a fim de classificá-las e analisá-las e requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas (SILVA; MENEZES, 2001).

Este tipo de delineamento compreende a coleta de dados em uma situação em determinado ponto no tempo. Sendo assim indicado para descrever a situação em um ponto fixo (CARVALHO et al., 2008). Esta modalidade de estudo tem como vantagem o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (SITTA, 2010).

#### **3.2 Local de Estudo**

A pesquisa foi realizada em um Centro de Saúde da Regional de Ceilândia. A escolha do local ocorreu devido o Centro de Saúde ter uma grande demanda de pessoas que procuram atendimento no Programa HiperDia.

#### **3.3 População/Amostra/Amostragem**

A população de estudo foram 38 pacientes cadastrados no Centro de Saúde de escolha da Regional de Ceilândia. A amostra por conveniência foi constituída de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- estar cadastrado no Programa HiperDia do referido Centro de Saúde;
- ter prescrição médica de medicamentos antihipertensivos verificado por meio de análise do prontuário eletrônico
- aceitar participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1).

### 3.4 Coleta de Dados

Inicialmente a pesquisadora buscou uma listagem de pacientes cadastrados no Programa HiperDia. Os prontuários foram consultados em busca de presença de prescrição médica de antihipertensivos. Após selecionados, foram convidados a participarem da pesquisa nos dias das palestras do Programa no Centro de Saúde. A coleta de dados ocorreu em sala privativa do Centro de Saúde entre julho de 2013 a fevereiro de 2014.

Foram utilizados três instrumentos para coleta dos dados. O primeiro semi-estruturado (Apêndice 2), composto por perguntas direcionadas ao perfil socioeconômico, demográfico, as condições de vida e de saúde, com o objetivo de caracterizar a população envolvida.

O segundo instrumento foi o Teste de *Morisky-Green* (TMG) (Anexo 1), para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso. O terceiro instrumento foi o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) (Anexo 2) que identifica as barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento farmacológico na perspectiva do paciente.

Para a aplicação dos instrumentos a pesquisadora fez a leitura das perguntas e anotou as respectivas respostas no instrumento.

### 3.5 Análise dos Dados

Para análise dos resultados foi utilizado o programa estatístico *Special Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Foi realizada uma análise quantitativa descritiva. Inicialmente, de acordo com as instruções do instrumento, foram calculados os escores totais de cada respondente. Foram calculadas frequências relativas e absolutas.

### 3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) e obteve parecer favorável de acordo com o protocolo 298.529 (Anexo 3). Foi obedecida a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012.

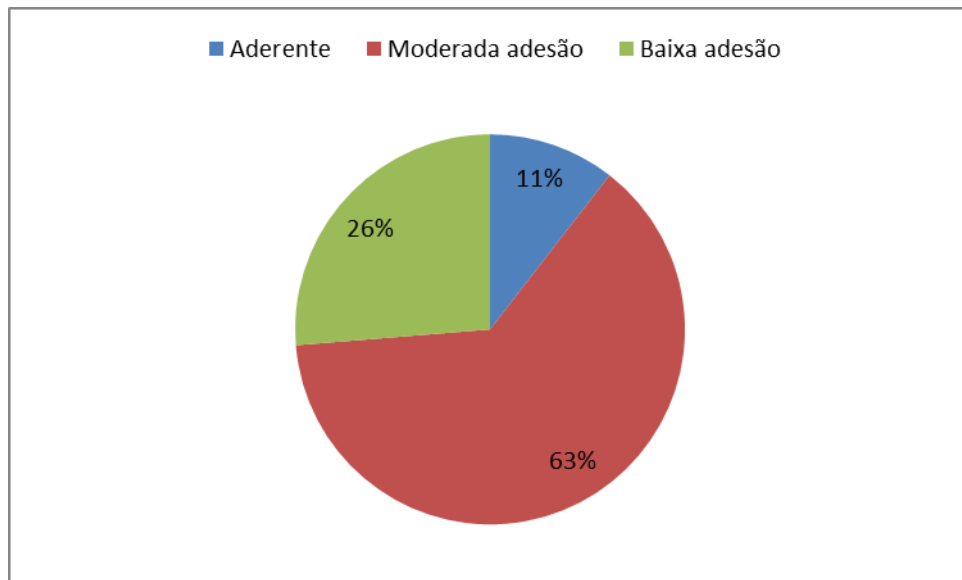
Todos foram esclarecidos sobre os riscos e benefícios da pesquisa. Explicou-se aos participantes o objetivo da pesquisa e que os resultados destinar-se-ão à fundamentação de trabalho científico. Garantiu-se também, o sigilo e o anonimato dos participantes em questão. A privacidade dos participantes foi preservada por meio da substituição dos nomes por números de identificação que constou em cada instrumento de coleta de dados.

Foi solicitado aos participantes o consentimento de participação da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

Os dados serão arquivados pelas pesquisadoras por cinco anos, e após este período serão incinerados.

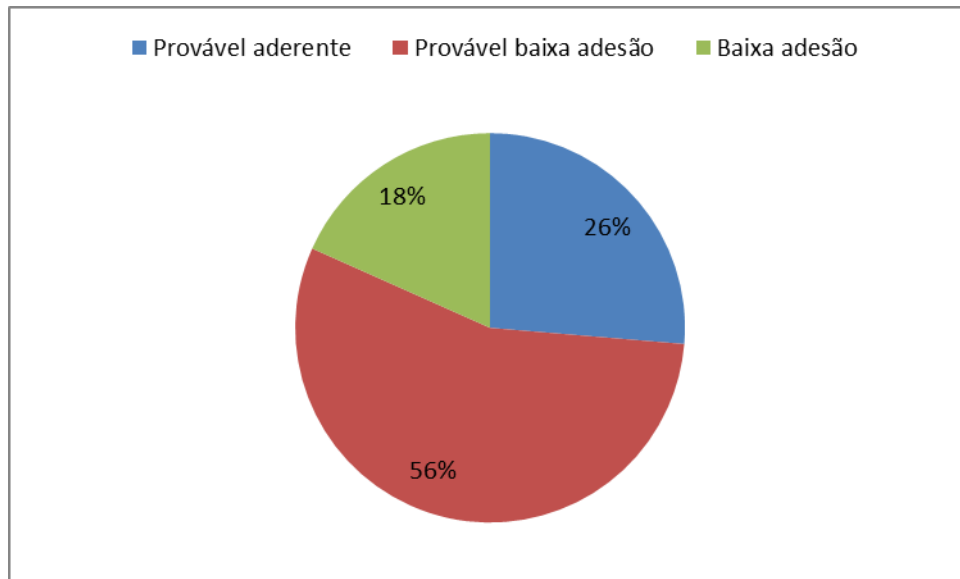
#### 4. RESULTADOS

Foram entrevistados 38 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), nos quais 71,5% eram do sexo feminino, 44,7% estavam na faixa etária de 61 a 70 anos, 55% dos indivíduos eram casados e 71,1% eram da raça branca. Na Figura 1 consta a distribuição dos participantes quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG. A maioria dos hipertensos (63%) avaliados pelo TMG aderiram ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico de forma moderada.



**Figura 1** - Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG, Brasília, DF, 2014..

Já na Figura 2 é apresentada a distribuição dos participantes quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o BMQ, de forma que mais da metade dos indivíduos estudados (56%) apresentaram provável baixa adesão ao tratamento medicamentoso.



**Figura 2** - Distribuição dos pacientes hipertensos quanto à adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o BMQ, Brasília, DF, 2014..

Dos 38 hipertensos, 71,1% eram do sexo feminino e 28,9% eram do sexo masculino. Os dados apresentados na Tabela 1 revelam que pela aplicação do teste de *Morisky-Green* (TMG) identificou-se que a maioria dos pacientes do sexo feminino (66,7%) e masculino (54,5%) aderem ao tratamento de forma moderada. Por sua vez, através a aplicação do Brief Medication Questionnaire (BMQ) percebe-se que a maioria (45,5%) dos homens provavelmente aderem ao tratamento medicamentoso enquanto a maioria das mulheres (63,0%) apresentam provável baixa adesão.

A Tabela 1 ainda mostra que houve maior frequência de pacientes na faixa etária de 61 a 70 anos (44,7%) e o teste de *Morisky-Green* apontou que a adesão ao tratamento de forma moderada foi predominante (64,7%) nesta faixa etária. Em relação ao BMQ, a maioria deste grupo etário apresentou provável baixa adesão (76,5%). Atenta-se para aqueles com mais de 70 anos que apresentaram 37,5% de baixa adesão tanto pelo TMG como pelo BMQ.

Com relação ao estado civil, 55,3% dos indivíduos eram casados, 23,7% eram solteiros, 7,9% viúvos e 13,2% divorciados. O teste de *Morisky-Green* indicou que a maioria (55,6%) dos pacientes solteiros apresenta baixa adesão ao tratamento enquanto a maioria dos pacientes casados (76,2%) e divorciados (80,0%) adere ao tratamento de forma moderada. Com a aplicação do BMQ constatou-se que houve a predominância da provável baixa adesão nos pacientes

casados (52,4%), solteiros (66,7%) e viúvos (66,7%). Notas-se que os divorciados tiveram 40,0% de provável baixa adesão e 40,0% de baixa adesão. A amostra foi composta de 60,5% aposentados, sendo que a maioria apresentou moderada adesão através do TMG (56,5%) e provável baixa adesão pelo BMQ (43,5%).

A maioria dos pacientes era da raça branca (71,1%) com moderada adesão ao tratamento (60,0%) de acordo com o TMG e conforme o BMQ houve o predomínio de provável baixa adesão nos pacientes raça branca (51,9%), negra (60,0%) e parda (100,0%).

Quanto ao grau de escolaridade, observou-se que 34,2% de indivíduos analfabetos, 55,3% com ensino fundamental e 10,5% com o ensino médio. Dentre os entrevistados houve o predomínio da adesão moderada ao tratamento de acordo com o TMG nos analfabetos (46,2%), com ensino fundamental (66,7%) e ensino médio (100%). Nesta avaliação ficou evidente que 38,5% dos analfabetos tiveram baixa adesão. Com a aplicação do BMQ verificou-se que a maioria dos participantes possui baixa adesão ao tratamento, analfabetos (46,2%), ensino fundamental (57,1%) e ensino médio (75,0%).

Entre os indivíduos participantes observou-se o maior percentual de adultos sem plano de saúde (71,1%). Com a realização do TMG constatou-se grande parte (70,4%) destes indivíduos aderem ao tratamento de forma moderada. Em relação ao pacientes com plano de saúde, destaca-se que 45,5% também aderem ao tratamento de forma moderada. O BMQ por sua vez, apontou que a maioria, tanto dos pacientes com plano de saúde (55,6%) quanto aqueles sem plano de saúde, mas que porém utilizam o SUS (54,5%), possuem baixa adesão ao tratamento.



**Tabela 1.** Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características sócio-demográficas e adesão ao tratamento pelo TMG e o BMQ. Brasília, DF, 2014.

	n (%)	TMG			BMQ		
		Aderente n (%)	Moderada n(%)	Baixa n(%)	Provável aderente n (%)	Provável baixa adesão n(%)	Baixa adesão n(%)
<b>Sexo</b>							
Masculino	11(28,9)	2 (18,2)	6 (54,5)	3(27,3)	5 (45,5)	4 (36,4)	2 (18,2)
Feminino	27(71,1)	2 (7,4)	18 (66,7)	7(25,9)	5 (18,5)	17 (63,0)	5 (18,5)
<b>Idade</b>							
30 a 40	1 (2,6)	0	1 (100)	0	0	1 (100)	0
41 a 50	2 (5,3)	0	2 (100)	0	1 (50,0)	1 (50,0)	0
51 a 60	10(26,3)	2 (20,0)	6 (60,0)	2(20,0)	3 (30,0)	5 (50,0)	2 (20,0)
61 a 70	17(44,7)	1 (5,9)	11 (64,7)	5(29,4)	2 (11,8)	13 (76,5)	2 (11,8)
> 70	8 (21,1)	1 (12,5)	4 (50,0)	3(37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	3 (37,5)
<b>Estado civil</b>							
Casado	21(55,3)	2 (9,5)	16 (76,2)	3(14,3)	6 (28,6)	11 (52,4)	4 (19,0)
Solteiro	9 (23,7)	1 (11,1)	3 (33,3)	5(55,6)	2 (22,2)	6 (66,7)	1 (11,1)
Viúvo	3 (7,9)	1 (33,3)	1 (33,3)	1(33,3)	1 (33,3)	2 (66,7)	0
Divorciado	5 (13,2)	0	4 (80,0)	1(20,0)	1 (20,0)	2 (40,0)	2 (40,0)
<b>Aposentado</b>							
Sim	23 (60,5)	3 (13,0)	13 (56,5)	7 (30,4)	8 (34,8)	10 (43,5)	5 (21,7)
Não	15(39,5)	1 (6,7)	11 (73,3)	3(20,0)	2 (13,3)	11 (73,3)	2 (13,3)
<b>Raça</b>							
Branca	27 (71,1)	3 (11,1)	17 (63,0)	7 (25,9)	6 (22,2)	14, (51,9)	7 (25,9)
Negra	10(26,3)	1 (10,0)	6 (60,0)	3(30,0)	4 (40,0)	6 (60,0)	0
Parda	1 (2,6)	0	1 (100)	0	0	1 (100)	0
<b>Escolaridade</b>							
Analfabeto	13 (34,2)	2 (15,4)	6 (46,2)	5 (38,5)	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)
Ensino fundamental	21(55,3)	2 (9,5)	14 (66,7)	5(23,8)	5 (23,8)	12 (57,1)	4 (19,0)
Ensino médio	4 (10,5)	0	4 (100)	0	1 (25,0)	3 (75,0)	0
<b>Plano de saúde</b>							
Sim	11(28,9)	2 (18,2)	5 (45,5)	4(36,4)	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)
Não	27(71,1)	2 (7,4)	19 (70,4)	6(22,2)	7 (25,9)	15 (55,6)	5 (18,5)
<b>Renda familiar</b>							
< 1 SM	13 (34,2)	1 (7,7)	9 (69,2)	3 (23,1)	3 (23,1)	6 (46,2)	4 (30,8)
1 a 3 SM	24(63,2)	3 (12,5)	14 (58,3)	7(29,2)	7 (29,2)	14 (58,3)	3 (12,5)
4 a 5 SM	1 (2,6)	0	1 (100)	0	0	1 (100)	0

A Tabela 1 ainda revela que a maioria (63,2%) dos participantes possui renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos. Nota-se que com o TMG que a maior parte dos entrevistados com renda familiar menor que 1 salário mínimo, entre 1 a 3 salários mínimos e entre 4 e 5 que salário mínimos aderem de maneira moderada ao tratamento farmacológico (69,2%, 58,3% e 100,0%, respectivamente). Ainda o BMQ indicou que a maioria dos pacientes apresentam baixa provável baixa adesão e que 30,8% daqueles com renda menor de um salário tiveram baixa adesão pelo BMQ.

A Tabela 2 apresenta a distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características do estilo de vida, doenças associadas e adesão ao tratamento pelo TMG e o BMQ. A prevalência do tabagismo foi de 13,2%. Entre os fumantes, 100% aderem ao tratamento de forma moderada de acordo com o TMG e 80,0% possui provável baixa adesão de acordo com o BMQ. O TMG revelou que a maior parte dos não-fumantes 57,6% aderem ao tratamento de forma moderada, ao passo que o BMQ demonstrou que 51,5% deles apresentam provável baixa adesão.

Os resultados apontaram que 73,7% dos hipertensos não eram etilistas, e destes 60,7% aderem ao tratamento de forma moderada e 60,7% possui provável baixa adesão de acordo com o TMG e o BMQ. Entre os etilistas houve predominância de adesão moderada (40%) e com a aplicação do BMQ constatou-se que 40,0% apresentou provável baixa adesão, 20% baixa adesão e 40,0% são prováveis aderentes.

Quanto a prática de atividade física, a maioria (57,9%) dos pacientes eram sedentários. Com o TMG descobriu-se que 62,5% dos sedentários apresentou baixa adesão ao tratamento e com o BMQ 43,8% apresentam provável baixa adesão. Os pacientes que praticavam atividades físicas tiveram o mesmo comportamento, em que a maioria dos indivíduos (63,6%) aderem ao tratamento de forma moderada e possui provável baixa adesão de acordo com o TMG e o BMQ, respectivamente.

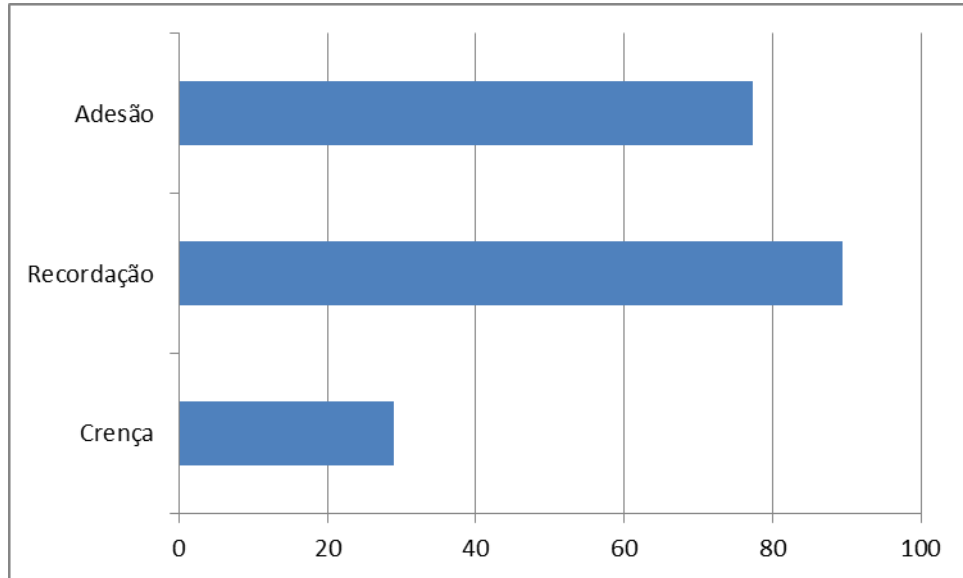
No que diz respeito ao padrão de sono, a maior concentração da amostra (68,4%) referiu ter insônia. Ao se relacionar o padrão de sono com os resultados do TMG e BMQ concluiu-se que a maioria destes pacientes (73,1%) adere moderadamente ao tratamento e 57,7% apresenta provável baixa adesão. A maior parcela do pacientes que referiu não ter alterações no sono aderem ao tratamento de forma moderada (41,7%) e metade possui provável baixa adesão. O lazer mais referida foi a TV (52,6%), e destes 65,0% aderem ao tratamento de maneira moderada segundo o TMG e 50,0% apresenta baixa adesão ao tratamento.

No que se refere às doenças associadas a hipertensão arterial sistêmica a patologia com maior prevalência foi a Diabetes (39,5%) e destes 66,7% aderem moderadamente ao tratamento pelo TMG e 60,0% possuem baixa adesão ao tratamento pelo BMQ.

**Tabela 2.** Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características do estilo de vida, doenças associadas e adesão ao tratamento pelo TMG e o BMQ. Brasília, DF, 2014.

	n (%)	TMG			BMQ		
		Aderente n (%)	Moderada n(%)	Baixa n(%)	Provável aderente n (%)	Provável baixa adesão n(%)	Baixa adesão n(%)
<b>Tabagismo</b>							
Sim	5 (13,2)	0	5 (100)	0	1 (20,0)	4 (80,0)	0
Não	33(86,8)	4 (12,1)	19 (57,6)	10(30,3)	9 (27,3)	17 (51,5)	7 (21,2)
<b>Etilismo</b>							
Sim	10(26,3)	2 (20,0)	7 (70,0)	1 (10,0)	4 (40,0)	4 (40,0)	2 (20,0)
Não	28(73,7)	2 (7,1)	17 (60,7)	9 (32,1)	6 (21,4)	17 (60,7)	5 (17,9)
<b>Atividade física</b>							
Sim	16(42,1)	2 (9,1)	14 (63,6)	6 (27,3)	5 (22,7)	14 (63,6)	3 (13,6)
Não	22(57,9)	2 (12,5)	10 (62,5)	4 (25,0)	5 (31,3)	7 (43,8)	4 (25,0)
<b>Sono</b>							
Insônia	26(68,4)	1 (3,8)	19 (73,1)	6 (23,1)	5 (19,2)	15 (57,7)	6 (23,1)
Sem alterações	12(31,6)	3 (25,0)	5 (41,7)	4 (33,3)	5 (41,7)	6 (50,0)	1 (8,3)
<b>Lazer</b>							
Passeio	7 (18,4)	0	5 (71,4)	2 (28,6)	2 (28,6)	4 (57,1)	1 (14,3)
TV	20(52,6)	4 (20,0)	13 (65,0)	3 (15,0)	7 (35,0)	10 (50,0)	3 (15,0)
Igreja	11(28,9)	0	6 (54,5)	5 (45,5)	1 (9,1)	7 (63,6)	3 (27,3)
<b>Doença associada</b>							
Não tem	17(44,7)	2 (11,8)	9 (52,9)	6 (35,3)	6 (35,3)	7 (41,2)	4 (23,5)
Diabetes Mellitus	15(39,5)	1 (6,7)	10 (66,7)	4 (26,7)	4 (26,7)	9 (60,0)	2 (13,3)
Labirintite	2 (5,3)	0	2 (100)	0	0	2 (100)	0
Osteoporose	2 (5,3)	1 (50,0)	1 (50,0)	0	0	2 (100)	0
Artrose	2 (5,3)	0	2 (100)	0	0	1 (50,0)	1 (50,0)

Na Figura 3 observa-se a distribuição dos pacientes quanto aos domínios do BMQ. A maioria dos pacientes da amostra indicou potencial para não adesão ao tratamento (77,3%), potencial rastreamento positivo para barreiras de recordação (89,5%) e apenas 28,9% dos pacientes indicaram escore positivo para barreiras de crença.



**Figura 3-** Distribuição dos pacientes hipertensos quanto aos domínios regime, crenças e recordação do BMQ. Brasília, DF, 2014.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo mostrou que a maioria dos pacientes hipertensos de acordo com o teste de *Morisky-Green* adere ao tratamento de forma moderada. Enquanto a aderência foi de 11%, que é considerada baixa ao ser comparado com outros estudos realizados no Brasil. Em um estudo realizado com 210 hipertensos resistentes no Rio de Janeiro utilizou o teste de *Morisky-Green* com objetivo de estimar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo concluiu que 88,1% dos seus pacientes eram classificados como aderentes (BLOCH et al., 2008). Já outro estudo realizado com usuários hipertensos da rede primária de Florianópolis verificou-se uma adesão de 31,2% (JÚNIOR, 2007).

Por outro lado, uma pesquisa exploratória descritiva com pacientes portadores de hipertensão primária ou moderada realizada em São Paulo mostrou que 77% da sua amostra era composta de indivíduos não-aderentes (STRELEC, 2003). No presente estudo a baixa adesão foi evidenciada em 26% dos pacientes estudados.

Este estudo também utilizou o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) para avaliar a adesão desses pacientes, na qual verificou-se que houve maior prevalência de provável baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Outro estudo realizado em Bagé (RS), em indivíduos com 60 anos ou mais constatou, por meio da aplicação do BMQ, que aproximadamente 1/3 da sua amostra apresentaram baixa adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2013). Ainda, outra pesquisa com hipertensos e diabéticos acompanhados pela Unidade de Saúde da Família de São Bento na Bahia, comprovou que 29,5% da sua amostra tinham provável baixa aderência (GOMES, 2011).

A maioria dos pacientes abandonam o tratamento depois de um ano que o diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica foi detectado, sendo que somente 50% das pessoas que continuam com o tratamento usam pelo menos 80% dos medicamentos prescritos. Portanto, por este motivo as metas de níveis pressóricos não são atingidas por 75% dos hipertensos (BOSSAY et al., 2006).

Assim sendo, há diversos fatores que exercem influência na não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, entre eles podem ser citados a falta de conhecimento, informações e crença a cerca da doença, complexidade da terapia, falta de competência para o controle da patologia e organização do quantidade de

doses e horários. A adesão ao tratamento ainda é influenciada por outros elementos, tais como idade, sexo, raça, classe social, nível escolar, estilo de vida, cultura, crenças de saúde, etc. Desta maneira, pessoas do sexo masculino, jovens e nível de escolaridade baixo possuem maior tendência de aderirem menos ao tratamento (BOSSAY et al, 2006).

Neste estudo evidenciou-se que a maioria dos pacientes que apresentaram baixa adesão eram solteiros, idosos, analfabetos, de baixa renda, da raça negra e sem plano de saúde. Um estudo realizado por Palota (2010), com 90 hipertensos encontrou que pessoas que compartilham a vida com um parceiro possuem uma maior chance, cerca de 5,5, de aderirem a terapia do que pessoas viúvas. Maciel (2012) afirma que indivíduos casados possuem mais encorajamento para não faltarem as consultas, o que possibilita com que eles compreendam os possíveis danos que a doença pode causar e a necessidade de fazer alterações em seus estilos de vida com o intuito de prevení-las.

Em um estudo realizado no município de Florianópolis em Santa Catarina constatou que a adesão de hipertensos ao tratamento aumenta com a idade, principalmente após os 60 anos. (JÚNIOR, 2007) Isto entra em contraste com o que foi encontrado no presente estudo, os pacientes mais velhos apresentaram um elevado índice de baixa adesão ao tratamento.

Quando avaliada pelo TMG neste estudo, os negros apresentaram maior prevalência de baixa adesão que os brancos. A literatura indica que indivíduos da raça negra possuem pior manejo da hipertensão arterial sistêmica (BEN, 2011). Um estudo realizado em um ambulatório de HAS em Salvador, com 200 hipertensos de baixa renda que tinha como objetivo comparar as disparidades raciais existentes no controle da HAS e tanto na adesão a terapia quanto ao comparecimento as consultas constatou que os pacientes negros tinham uma pior adesão e controle da patologia. Os indivíduos da raça branca apresentaram uma tendência menor para a não-adesão (46,4%) enquanto pardos (67%) e negros (80,3%) apresentaram uma taxa de não-adesão mais elevada (LESSA; FONSECA, 1997).

Os pacientes com menor renda salarial apresentaram uma prevalência de moderada adesão e de provável baixa adesão. Segundo Cavalari et al. (2010) existe uma correlação entre o nível socioeconômico mais baixo com a dificuldade para se ter acesso ao remédios o que contribue para a não adesão ao tratamento.

Os analfabetos deste estudo também apresentaram baixa adesão. A escolaridade está entre um dos fatores que afeta como o indivíduo irá se comportar diante da doença, sendo portanto, um fator decisivo no fato se a pessoa irá aderir ao tratamento ou não. Déficit na educação podem criar obstáculos que dificultem a compreensão das orientações dos profissionais de saúde, afetando também a percepção da seriedade da patologia, no qual o paciente não tem todos os dados sobre os fatos essenciais para conservar ou melhorar seu bem-estar (LIMA et al, 2010).

Na presente pesquisa prevaleceu indivíduos que não tem acesso à planos de saúde, além do SUS, e de acordo com o TMG e BMQ a maioria destes pacientes adere ao tratamento de forma moderada e com baixa adesão ao tratamento. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo realizado em Bagé (RS), também utilizou o BMQ e verificou que o fator de não ter plano de saúde estava associado com baixa adesão (TAVARES et al., 2013). As pessoas que possuem plano de saúde utilizam mais serviços de saúde, não importante qual seja a sua classe social. O fato de procurarem mais assistência de saúde pode influenciar os indivíduos a ficarem mais atentos a formas de prevenção de complicações, e consequentemente aderem mais ao tratamento medicamentoso (BEN, 2011).

Outro estudo realizado com 385 portadores de HAS com idades entre 20 a 79 anos registrados em uma unidade de saúde da família em Londrina-PR que tinha como objetivo identificar na atenção primária o grau de adesão dos pacientes as terapias farmacológicas e não farmacológicas da HAS encontrou que 71,1% dos hipertensos que tinha acesso a plano de saúde eram mais aderentes ao tratamento. (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

O sedentarismo foi outro fator observado nos pacientes de adesão moderada e provável baixa adesão. O estudo realizado por Palota (2010) encontrou uma correlação importante entre a prática de exercício físicos e a adesão, no qual apenas 35,9% dos sedentários não aderiram ao tratamento, enquanto 61,5% daqueles que praticavam atividade física eram aderentes.

A insônia foi evidenciada nos pacientes com baixa adesão. O estudo de Palota (2010) encontrou que os indivíduos que não possuíam alterações do sono tem 3,75 mais chances de aderirem ao tratamento, pois somente 12% das pessoas com alterações do sono foram aderentes.

A curta duração do sono e insônia, sintomas típicos da depressão, podem ser mecanismos pelos quais, provocam a hipertensão arterial sistêmica, também foram associados com a prevalência de hipertensão no estudo de Gottlieb (2006), que ressalta que a restrição do sono aumenta a pressão sanguínea e do sistema nervoso..

Com relação a ocorrência simultânea de múltiplas doenças associadas a HAS, a Diabetes foi a mais prevalente, e estes pacientes apresentaram moderada adesão e provável baixa adesão. Isto está de acordo com o encontrado na literatura, pois a associação de doenças usualmente conduz a um mais alto número de medicamentos que devem ser consumidos, elevação das despesas com a saúde e alterações do estilo de vida. O estudo realizado em Bagé na Bahia verificou que a associação da hipertensão arterial sistêmica com outras patologias é um fator contribuinte para a baixa adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2013).

O BMQ é um instrumento capaz de determinar as barreiras que afetam a adesão ao tratamento em relação ao regime, às crenças e à recordação dos pacientes em relação a terapia farmacológica. O domínio recordação do BMQ está relacionado com questões como lembrança de tomar todos os remédios e o esquema de tratamento do paciente, se ele é de múltiplas doses de remédios. No presente estudo 28,9% dos indivíduos apresentaram um escore positivo para barreiras de recordação. Um estudo realizado em uma Unidade de Saúde Programa Saúde da Família (PSF), no município de Ponta Grossa (Paraná) com 45 idosos que tinha como objetivo determinar quais dificuldades os idosos passam com tratamento farmacológico, concluiu que a polifármacia (33,3%) é um dos principais motivos que afeta a adesão ao tratamento (BLANSKI; LENARDT, 2006).



## 6. CONCLUSÃO

O estudo mostra que a maioria dos pacientes hipertensos analisados aderem de forma moderada ao tratamento de acordo com o TMG e apresentam provável baixa adesão quando avaliados pelo BMQ. Um dos fatores que se destacou por ter um papel importante na adesão a terapia medicamentosa foi o nível de escolaridade, onde analfabetos apresentaram baixa adesão quando comparados com pessoas com nível de escolaridade mais elevado.

Dos 38 pacientes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica que foram entrevistados 71,5% eram do sexo feminino, 44,7% estavam na faixa etária de 61 a 70 anos, 55% dos indivíduos eram casados e 71,1% eram da raça branca. Quando avaliados pelo TMG os pacientes apresentaram uma aderência de 11% e com a aplicação do BMQ de 18%. O que indica que a adesão ao tratamento ainda é um desafio no cotidiano dos profissionais de saúde.

Entre os outros fatores que afetam a adesão estão: raça, classe social, estado civil. Nesse estudo a maioria dos pacientes que apresentaram baixa adesão eram solteiros, idosos, analfabetos, de baixa renda, da raça negra e sem plano de saúde (além do SUS). Assim sendo, conhecer as características envolvidas nesse processo possibilita o desenvolvimento de intervenções com o objetivo de diminuir a não adesão. Pois os profissionais de saúde tem papel essencial para auxiliar os pacientes a lidarem com as barreiras ao tratamento, logo a implementação de estratégias de prevenção e de educação podem ter melhorar a adesão as terapias medicamentosas, culminando assim no controle dos níveis pressóricos.

## 7. REFERÊNCIAS

- BEN, A. J. et al. Teste de morisky-green e brief medication questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.2, abr. p. 279-289, 2012 .
- BLANSKI C. R. K., LENARDT M. H. A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre (RS), v.26, n.2, ago. p. 180-8, 2012.
- BLOCH, K.V. et al. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12, dec. p. 2979-84, 2008.
- BOSSAY, D. et al. Fatores associados à não – adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Cientificas de America Latina**, Campo Grande, v.10, n.3, p. 73 – 82, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria/GM nº16, de 03/01/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CARVALHO A. L. Z. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no programa HiperDia no município de Teresina (PI). **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.17, n.7, jul., p. 1885-1892, 2012
- CARVALHO, A. R. S.; et al. Estudo retrospectivo das complicações intra-operatórias na cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Eletr. Enf.** v.10, n.4. p. 1057-65, 2008.
- CARVALHO, C. G. Assistência de enfermagem aos portadores se hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: educação em saúde no grupo HiperDia. **E-Scientia**, v.5, n.1, p.39-46, 2012.
- CAVALARI, E. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. Dissertação (Mestrado) – **Universidade De São Paulo**, Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, 2010.
- DEWULF, N. L. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitario. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** v.42 n.4 dec. p. 575-584, 2006.

DIAS, A. M. et al. Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão da literatura. **Millenium**, n.40, p.201-219, 2011.

FUCHS, F.D. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica: considerações para a prática clínica. **Rev Bras Hipertens**, n.9, p. 54-8, 2002.

GOMES, JI. Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos e/ ou diabéticos da USF de São Bento, Amélia Rodrigues/ BA. Dissertação. **Universidade de Pelotas**, Pelotas, 2013.

GREZZANA G. B., STEIN A. T. , PELLANDA L. C.. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arq Bras Cardiol**, v.100, p. 335-61, 2013.

JÚNIOR, J. C. P. et al. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. *Journal of Human Hypertension*, v.21, p. 579–584, 2007.

KIELLER, M.; CUNHA I. C. K. O. Assistência de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Enferm UNISA**, n.5, p.20-24, 2004.

LIMA, H. P. et al. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. **Revista Rene**, Fortaleza, v.11, n. 2, p. 170-178, abr./jun. 2010.

LESSA, I. FONSECA, J. Raça, Aderência ao Tratamento e/ou Consultas e Controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 68, n. 6, p. 443-449, 1997.

MANCIA, G. et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: the task force for the management of arterial hypertension of the european society of hypertension (ESH) and of the european society of cardiology (ESC). **European Heart Journal** v.28, p.1462–1536, 2007.

MANFROI, A.; OLIVERIRA. F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev Bras Med Fam e Com**, Rio de Janeiro, v.2, n.7, dez. p.165-176. 2006.

MUNARETTI, D. B.; BARBOSA, A. R.; MARUCCI, M. F. N., LEBRÃO, M. L. Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.57, n. 1, fev., p.25-30, 2011.

PALOTA, L. Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial: estudo entre usuários

cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista. 2010. 96 f. Dissertação(Mestrado) – **Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo**, Ribeirão Preto, 2010.

PAULA, P. A. B. et al. O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa HiperDia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.16, n.5 maio, p. 2623-2633, 2011.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M.. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 3. ed. **Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC**, p.121, 2001.

SITTA, E. I.; ARAKAWA, A M.; CALDANA, M. L.; SALES-PERES, S. H. C. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, dez., p. 1059-1066,. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, (1 supl. 1), p.1-51, 2010.

STRELEC, M. A. A. M. et al. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 349-54, oct. 2003.

ULBRICH, A. Z.et al. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.56, n.6, aug., p. 351-357, 2012

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47 n.6 dec. 2013

## Apêndice 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### **Pesquisa: Fatores associados à não-adesão de pessoas com hipertensão arterial sistêmica ao tratamento medicamentoso.**

**Pesquisador responsável:** Marina Morato Stival

O(a) Senhor(a) está sendo convidada a participar do projeto: Fatores associados à não-adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso da Hipertensão Arterial, que tem como objetivo Avaliar a adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

O Senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Sua participação voluntária se dará através de participação de uma entrevista onde responderá perguntas de três instrumentos de coleta de dados. O primeiro composto por perguntas direcionadas ao seu perfil socioeconômico, demográfico, as condições de vida e de saúde, com o objetivo de caracterização da população envolvida. O segundo instrumento será Teste de Morisky-Green (TMG) para avaliar a adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso. O terceiro instrumento será o *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) que identifica as barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente.

Você deverá responder os questionários em uma sala privativa do Centro de Saúde com data e horário combinado e tempo estimado de 30min para respondê-los. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que a Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para a senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados no Curso de Enfermagem da Universidade de Brasília-Campus Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Professora Ms. Marina Morato Stival, na Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UNB) pelo telefone: (61) 3107-8118, no horário: 8:00 às 12:00 e de 14:00 às 17:00.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Nome / assinatura:

---

Profa. Marina Morato Stival  
Pesquisador Responsável

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## Apêndice 2- Instrumento de coleta de dados

1. IDENTIFICAÇÃO	
Nome:	
Idade: _____ anos	Sexo: ( ) M ( ) F
Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Outro _____	
Possui filhos? ( ) Sim ( ) Não Quantos? _____	
Aposentado: ( ) Sim ( ) Não	
Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra ( ) Outros	
Carga horária: _____ horas/semana	
Escolaridade (anotar a última série cursada):	
Possui plano de saúde? ( ) Sim ( ) Não	
2. ANTECEDENTES PESSOAIS	
Doenças Co-existent:	
( ) DM ( ) Cardiopatias ( ) Doenças respiratórias ( ) LER/DORT ( ) Alergias	
( ) Outros _____	
Fatores de Risco:	
( ) Tabagismo ( ) Etilismo ( ) Sedentarismo ( ) Câncer ( ) Obesidade ( ) Hipercolesterolemia ( ) Triglicérides elevados ( ) Outros _____	
Medicações utilizadas?	
_____ _____ _____	
3. HÁBITOS E CONDIÇÕES DE VIDA	
Renda familiar:	
( ) < 1 S.M. ( ) 1 a 3 S.M. ( ) 4 a 5 S.M. ( ) 6 a 10 S.M. ( ) > 10 S.M.	
Nº. de pessoas que dependem financeiramente de você? _____	
Suporte financeiro: ( ) Renda suficiente para manter a família ( ) Renda insuficiente para manter a família	
Sono e Repouso:	
( ) Insônia ( ) Dificuldade em conciliar o sono ( ) Acorda várias vezes à noite ( ) Sonolência durante o dia ( ) Dorme durante o dia ( ) Acorda cansado ( ) Acorda	

descansado ( ) S/ alterações Dorme _____/h por noite.
Exercício Físico: Qual? _____ x/ semana
Recreação e Lazer: ( ) Passeios ( ) TV ( ) cinema ( ) Outros _____
Alimentação: Nº de refeições por dia: _____ Alimentação preferida: ( ) Carne vermelha ( ) Aves ( ) Peixe ( ) laticíneos ( ) Verduras/legumes ( ) Frutas ( ) Massas ( ) Frituras ( ) Cereais ( ) Sucos Quantos copos de água bebe por dia? _____

### Anexo 1 – Teste de Morisky-Green (TMG)

<i>Perguntas referentes ao Teste de Morisky</i>	<i>Não</i>	<i>Intencional</i>
	<i>intencional</i>	
Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?	X	
Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?	X	
Quando está se sentindo melhor, você às vezes pára de tomar seu medicamento?		X
Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você pára de tomá-la?		X



## Anexo 2 – Brief Medication Questionnaire (BMQ)

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas no quadro abaixo:

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

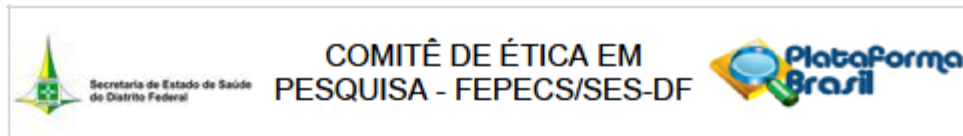
Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Score de problemas encontrados pelo BMQ

DR – REGIME (questões 1a-1e)	1 = sim	0 = não
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?	1	0
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?	1	0
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?	1	0
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?	1	0
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?	1	0
DR6. O R respondeu que “não sabia” a alguma das perguntas?	1	0
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA POTENCIAL NÃO ADESAO soma:		<i>Tregime</i>
CRENÇAS		
DC1. O R relatou “não funciona bem” ou “não sei” na resposta 1g?	1	0
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrencas</i>
RECORDAÇÃO		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?	1	0
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?	1	0
NOTA: ESCORE ≥ 1 INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente NR = não respondente

## Anexo 3- Parecer do Comitê de Ética



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FATORES ASSOCIADOS À NÃO-ADESÃO DOS IDOSOS AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

**Pesquisador:** Marina Morato Stival

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 14558513.8.0000.5553

**Instituição Proponente:** Hospital Regional de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 298.529

**Data da Relatoria:** 10/06/2013

#### Apresentação do Projeto:

Com o aumento da população idosa e por conseguinte, das doenças crônicas como HAS, torna-se essencial estudar a adesão dos idosos ao tratamento farmacológico.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Avaliar a adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial.

**Objetivos Secundários:**

Caracterizar os idosos estudados de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas, hábitos de vida e comorbidades associadas;

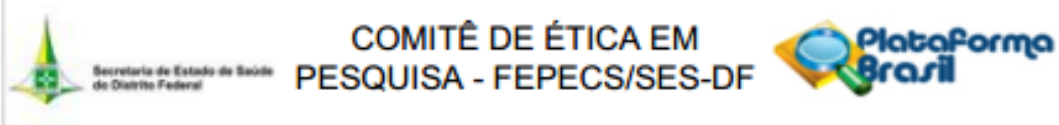
Identificar o grau de adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso da HAS;

Verificar a assiduidade dos idosos às consultas agendadas no Programa HiperDia; Identificar os fatores associados a não adesão dos idosos ao tratamento medicamentoso da HAS.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

**Benefícios:** identificar os fatores que influenciam no uso inadequado dos medicamentos para HAS

**Endereço:** SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.710-904  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** cepesdf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 298.529

BRASILIA, 10 de Junho de 2013

---

**Assinador por:**  
**luiz fernando galvão salinas**  
**(Coordenador)**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS  
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904  
UF: DF Município: BRASILIA  
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br