

Análise comparativa da não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica em população urbana e rural¹

Patricia Magnabosco²

Eliana Cavalari Teraoka³

Edward Meirelles de Oliveira⁴

Elisangela Aparecida Felipe⁵

Dayana Freitas⁶

Leila Maria Marchi-Alves⁷

Objetivo: avaliar os índices e os principais fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica, entre área urbana e rural. Método: estudo analítico baseado em inquérito epidemiológico, realizado com amostra de 247 hipertensos moradores das áreas rural e urbana, com aplicação de questionário sociodemográfico, econômico e avaliação da adesão. Foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson e calculado o Odds Ratio (OR) para análise dos fatores relacionados a não adesão. Resultados: a prevalência da não adesão foi de 61,9%, sendo maior na área urbana (63,4%). Os fatores que apresentaram associação estatisticamente significativa com a não adesão foram: gênero masculino (OR=1,95; IC95% 1,08-3,50), faixa etária entre 20 e 59 anos (OR=2,51; IC95% 1,44-4,39), baixa classe econômica (OR=1,95; IC95% 1,09-3,47), etilismo (OR=5,92; IC 95% 1,73-20,21), tempo curto de diagnóstico de hipertensão (OR=3,07; IC95% 1,35-6,96) e não procura pelo serviço de saúde para consultas de rotina (OR=2,45; 1,35-4,42). Conclusão: as características sociodemográficas, econômicas, hábitos de vida e o modo de relacionar-se com os serviços de saúde foram os fatores que apresentaram associação com a não adesão, independentemente do local de residência.

Descritores: Hipertensão; Adesão à Medicação; População Urbana; População Rural.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Hipertensão arterial sistêmica na população urbana e rural de Sacramento/MG: prevalência e não adesão ao tratamento medicamentoso", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Professor Assistente, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil.

³ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁴ Doutorando, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Brasil.

⁵ Assistente Social, Escola Eurípedes Barsanulfo, Sacramento, MG, Brasil.

⁶ Doutoranda, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Enfermeira, UBS/PSF Gilberto Arthur Abate, Prefeitura Municipal de Frutal, Frutal, MG, Brasil.

⁷ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Correspondência:

Patrícia Magnabosco

Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de Medicina

Av. Pará, 1720

Bairro: Umarama

CEP: 38400-902, Uberlândia, MG, Brasil

E-mail: magnabosco@famed.ufu.br, patimagnabosco@usp.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

A não adesão ao tratamento medicamentoso representa um problema de âmbito mundial, por reduzir os resultados terapêuticos, em especial de doenças crônicas, e aumentar os custos dos sistemas de saúde⁽¹⁾.

Conceitualmente, a não adesão deve ser assumida como um constructo de múltiplas dimensões. Ela está relacionada não somente em tomar ou não medicamentos, mas como o paciente “administra” seu tratamento: comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração⁽²⁾.

Existem poucos estudos no Brasil e no mundo que descrevem índices de adesão entre os pacientes hipertensos, principalmente em áreas rurais. A maioria das investigações tem sido direcionada para avaliação em centros urbanos, sem estender estes dados para áreas rurais, uma vez que as populações têm características demográficas, hábitos alimentares e culturais, tipos de ocupação e acesso à assistência médica bastante distintos⁽³⁾.

A literatura mostra que a prevalência da não adesão de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ao tratamento medicamentoso é variada⁽⁴⁾. Pesquisas realizadas com hipertensos em ambulatórios de hospitais brasileiros mostraram um percentual de não adesão de 86,7% em São José do Rio Preto (SP)⁽⁵⁾ e de 12,7% em Ribeirão Preto (SP)⁽⁶⁾. Na atenção primária de uma pequena cidade do estado do Rio Grande do Sul a taxa de não adesão foi de 34,3%⁽⁷⁾. Em Teresina (PI) a não adesão foi de 26,8%⁽⁸⁾ e em Maringá (PR) de 64,0%⁽⁹⁾.

Estudos em áreas rurais de diferentes países mostram índices variados de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Foram constatados 66% na Turquia⁽¹⁰⁾ e 60,1% nos Estados Unidos⁽¹¹⁾. No Brasil, um estudo realizado no estado de Minas Gerais encontrou índice de não adesão de 28%⁽¹²⁾.

Relatório mundial mostra que a variabilidade observada na frequência da adesão depende da metodologia empregada para estimativa das características da população investigada e do tamanho da amostra⁽¹⁾.

Em relação aos fatores que influenciam a adesão ao tratamento, pesquisadores apontam a multicausalidade, ou seja, a adesão depende da doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias), do tratamento (medicamento consumido), de características e crenças das pessoas (sexo, idade, etnia, estado civil,

escolaridade e nível socioeconômico), dos hábitos de vida, dos aspectos culturais (não percepção da seriedade da doença, desconhecimento, a doença no contexto familiar e autoestima) e do modo como as pessoas com HAS se relacionam com o serviço de saúde⁽¹⁾.

Assim, diante da diversidade dos contextos entre moradores de áreas urbanas e rurais, este estudo tem como objetivo avaliar os índices e os principais fatores associados a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, entre área urbana e rural de um município brasileiro.

Método

O estudo foi conduzido em um município situado no Triângulo Mineiro, região do Alto Paranaíba do Estado de Minas Gerais, que possui uma população de 23.880 habitantes, sendo 19.278 residentes na área urbana e 4.602 na rural. A população de 20 anos de idade ou mais é de 14.217 pessoas, sendo 12.974 na área urbana e 1.243 na rural⁽¹³⁾.

A cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município é de 85,9% e comporta seis equipes, sendo uma com atuação exclusivamente rural, que abrange aproximadamente 700 famílias distribuídas em seis microáreas. As grandes distâncias e as difíceis condições de tráfego e locomoção entre as áreas são alguns dos principais desafios para interação com as comunidades rurais, historicamente relegadas.

Para este estudo, utilizou-se a população de 1.243 adultos cadastrados na ESF rural e 4.690 pessoas arroladas em duas equipes da ESF, na área urbana. A determinação do tamanho da amostra baseou-se na estimativa da proporção populacional, empregando um índice de prevalência de HAS igual a 44%, valor máximo segundo estudos realizados no Brasil⁽¹⁴⁾. Os indivíduos foram selecionados por meio de amostragem aleatória, que incluiu os 5.933 habitantes adultos residentes nas áreas rural e urbana, com correção para população finita e ajustamento de recusa de 20%, respeitando-se a densidade populacional de cada zona. O intervalo de confiança foi fixado em 95% e o erro de delineamento em 2,5%.

Para cada área de abrangência das equipes da ESF foi estimada uma amostra correspondente a 563 participantes da área urbana e 153 da área rural. Para o procedimento de coleta de dados foi realizado o sorteio da amostra, em quatro estágios. As unidades amostrais do primeiro estágio foram por áreas de cobertura do PSF das zonas urbana e rural do município.

Na área urbana, o segundo estágio compreendeu amostragem por ruas, o terceiro por domicílios, e o quarto pela escolha de um morador. Para manter e garantir a característica aleatória da amostra determinou-se que a seleção dos sujeitos incluiria o primeiro aniversariante, a partir da data da entrevista, entre os moradores da residência sorteada.

A escolha dos participantes da área rural ocorreu por sorteio aleatório, a partir do cadastro numérico das famílias na ESF, registradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), da Secretaria Municipal de Saúde. Para a seleção dos sujeitos foi empregado o critério válido para a população urbana.

Preliminarmente, os indivíduos foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e a seguir, convidados a participar voluntariamente do estudo. Procedeu-se a coleta de dados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos na amostra os indivíduos com 20 anos de idade ou mais, que referiram ter HAS, sendo excluídas gestantes e pessoas com doenças psiquiátricas graves ou incapacidade mental, informada por algum familiar. Tais critérios determinaram o escopo de sujeitos do estudo em 247 indivíduos hipertensos (194 na área urbana e 53 na área rural).

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e agosto de 2013, por meio de aplicação de questionário semiestruturado e instrumentos que permitiram avaliar variáveis sociodemográficas e econômicas, fatores de risco para HAS, conhecimento da condição de hipertenso, medicamentos em uso, acesso ao serviço de saúde e razões pelas quais os participantes procuram o atendimento.

A variável dependente abordada foi a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e as variáveis independentes de interesse foram: gênero; faixa etária (jovem/adulto ou idoso); cor da pele referida conforme impressão do sujeito (branca ou não branca); anos de estudo (<8 anos ou ≥8 anos); classe econômica (classificada com base nos Critérios de Classificação Econômica do Brasil, segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa⁽¹⁵⁾, que tem por referência a escolaridade e os bens de consumo, onde a variação ocorre entre a classe A, que representa o melhor estrato, até a classe E, com as condições mais desfavoráveis); sedentarismo (não realização de atividade física pelo menos três vezes/semana com duração de no mínimo 30 minutos/dia); tabagismo (consumo de pelo menos

um cigarro/dia); etilismo (consumo superior a 30g etanol/dia para homens e 15 g/dia para mulheres)⁽¹⁴⁾; tempo de diagnóstico de HAS (até 3 anos ou ≥3 anos), segundo critério adotado pelos autores do instrumento de medida de não adesão utilizado neste estudo⁽¹⁶⁾; dificuldade de acesso ao serviço de saúde; tipo de serviço de saúde utilizado (convênio/particular ou SUS); motivo da procura ao serviço de saúde (somente em casos de urgência, para consultas de rotina - no mínimo uma consulta médica a cada seis meses⁽¹⁴⁾ - ou para buscar medicamentos); e quantidade de comprimidos anti-hipertensivos prescritos por dia.

Para a avaliação da não adesão ao tratamento da HAS foi utilizado o instrumento "Questionário de Adesão a Medicamentos - Qualiaids" (QAM-Q), elaborado e validado no Brasil⁽²⁾. O questionário foi desenvolvido para abordar o ato (se o indivíduo toma e o quanto toma de medicamentos), o processo (como ele toma o medicamento no período de sete dias, se pula, se toma de modo incorreto, se faz "feriados") e o resultado de aderir (no caso, se sua pressão estava controlada).

Para classificar o entrevistado como não aderente construiu-se uma medida composta, na qual a presença de uma dessas condições era suficiente: não tomar a quantidade correta (80% - 120% das doses prescritas), não tomar de modo correto (sem "feriados", "tomada errática", abandono ou "meia-adesão"), ou relatar que a pressão arterial estava alterada⁽²⁾.

Na análise da associação entre variável dependente (não adesão ao tratamento da HAS), variáveis sociodemográficas e econômicas, clínicas/tratamento/estilo de vida e acesso ao serviço de saúde utilizou-se o teste qui-quadrado de Pearson. Calculou-se o Odds Ratio (OD), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% para cada variável em estudo. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0,05$. Foi utilizado o programa SPSS Windows Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 17.0.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), sob protocolo nº 188/2012.

Resultados

A prevalência de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS conforme medida combinada do QAM-Q foi de 153 (61,9%), sendo maior na área urbana com 123 (63,4%) que na área rural com 30 (56,6%).

Não foi encontrada associação entre local de residência e não adesão ao tratamento (OD= 1,32; IC95% 0,71-2,46).

A distribuição da frequência das características sociodemográficas e econômicas, clínicas/tratamento/estilo de vida e acesso ao serviço de saúde das populações urbana e rural são demonstradas nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Distribuição dos hipertensos segundo variáveis sociodemográficas, econômicas e estilo de vida das populações urbana e rural. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variável de estudo	Rural (n=53)	Urbana (n=194)	População total (n=247)
	%	%	%
Gênero			
Feminino	56,6	72,7	69,2
Masculino	43,4	27,3	30,8
Faixa Etária (anos)			
≥60 anos	39,6	66,0	60,3
Até 59 anos	60,4	34,0	39,7
Cor da pele			
Branca	92,5	73,2	77,3
Não branca	7,5	26,8	22,7
Escolaridade			
<8 anos de estudo	84,9	71,6	74,5
≥8 anos de estudo	15,1	28,4	25,5
Classe econômica*			
A/B	13,2	29,4	25,9
C/D/E	86,8	70,6	74,1
Tabagismo†			
Não	84,9	85,6	85,4
Sim	15,1	14,4	14,6
Etilismo‡			
Não	88,7	90,2	88,7
Sim	11,3	9,8	11,3

* Classe econômica A/B (mais favorável) e C/D/E (menos favorável)

† Tabagismo (consumo de pelo menos um cigarro/dia)

‡ Etilismo (consumo superior a 30g etanol/dia para homens e 15 g/dia para mulheres).

Tabela 2 - Distribuição dos hipertensos segundo variáveis clínicas/tratamento e acesso ao serviço de saúde das populações urbana e rural. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variável de estudo	Rural (n=53)	Urbana (n=194)	Total (n=247)
	%	%	%
Tempo de diagnóstico (Hipertensão Arterial Sistêmica)			
Mais de 3 anos	77,4	77,8	83,0
Até 3 anos	22,6	22,2	17,0
Comprimidos/dia			
1 a 2	48,1	53,8	52,3
≥3	51,9	46,2	47,7
Tipo de Serviço			
Convênio/Particular	3,8	22,7	23,9
Sistema Único de Saúde	96,2	77,3	76,1

(continua...)

Tabela 2 - continuação

Variável de estudo	Rural (n=53)	Urbana (n=194)	Total (n=247)
	%	%	%
Dificuldade de acesso			
Não	60,4	68,8	66,4
Sim	39,6	32,0	33,6
Motivo de procura do serviço de saúde			
Consulta de rotina*	62,3	64,4	63,6
Obter medicamento	5,7	7,6	3,6
Somente urgência	32,1	28,8	32,8

* Consulta de rotina (no mínimo uma consulta médica a cada seis meses)

A não adesão medida pela proporção de doses consumidas do QAM-Q foi de 53 (27,3%) na população urbana e 16 (30,2%) na rural. Em relação ao processo de ingestão do medicamento obtido pelo QAM-Q, 82 (42,3%) pessoas foram consideradas não aderentes na área urbana e 21 (39,6%) na rural; destas, 12 (6,2%) na área urbana e três (5,7%) na área rural relataram tomar os medicamentos em horários trocados; 10 (5,2%) pessoas da área urbana faziam "feriados" no uso dos anti-hipertensivos, mas nenhuma entre os hipertensos da área rural; 20 (10,3%) tomavam de modo errado na área urbana e seis (11,3%) na rural; 15 (7,7%) faziam meia adesão na área urbana e sete (13,2%) na rural; seis (3,1%) trocavam quantidades de doses na área urbana e um (1,9%) na rural; três (1,5%) abandonaram parcialmente o tratamento medicamentoso na área urbana e nenhum hipertenso na rural; 21 (10,8%) abandonaram totalmente os medicamentos na população urbana e cinco (9,4%) na rural. Quanto ao desfecho referido, 87 (44,8%) moradores da área urbana e 20 (37,7%) da rural relataram que a pressão arterial estava alterada na última vez em que foi medida.

A distribuição da frequência e associação da não adesão e as variáveis em estudos são apresentadas nas Tabelas 3 e 4.

Os motivos relatados pelos hipertensos em relação a não adesão ao tratamento medicamentoso foram: ausência de sintomas (51,3%), efeito colaterais (21,8%), esquecimento (16,8%), fatores econômicos (5,9%) e outros (4,2%).

Os fatores que prejudicaram o acesso ao serviço de saúde foram: distância em relação ao local de atendimento (77,6%) e falta de vagas (15,6%), de acordo com os moradores da área rural, e indisponibilidade de vagas (46,0%) e dificuldade de locomoção (44,4%), segundo a população urbana.

Tabela 3 - Análise univariada da associação de não adesão e características sociodemográficas, econômicas e estilo de vida. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variável de estudo	Não adesão (%)			Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p*
	Rural (n=53)	Urbano (n=194)	Total (n=247)			
Gênero					(1,08-3,50)	0,025‡
Feminino	50,0	58,9	57,3	1		
Masculino	65,2	75,5	72,4	1,95		
Faixa Etária (anos)					(1,44- 4,39)	0,001‡
≥60 anos	47,6	54,7	53,7	1		
Até 59 anos	62,5	80,3	74,5	2,51		
Cor da pele					(0,74-2,62)	0,301
Branca	59,2	60,6	60,2	1		
Não branca	25,0	71,2	67,9	1,39		
Escolaridade					(0,66-2,17)	0,553
<8 anos de estudo	55,6	62,6	60,9	1		
≥8 anos de estudo	62,5	65,5	65,1	1,19		
Classe econômica†					(1,09-3,47)	0,023‡
A/B	42,9	50,9	50,0	1		
C/D/E	58,7	68,6	66,1	1,95		
Tabagismo‡					(0,90-4,51)	0,081
Não	55,9	60,8	59,7	1		
Sim	62,5	78,6	75,0	2,02		
Etilismo§					(1,73-20,21)	0,002‡
Não	53,2	60,6	58,4	1		
Sim	83,3	89,5	89,3	5,92		

* Teste Quiquadrado de Pearson ($p < 0,05$)

† Classe econômica A/B (mais favorável) e C/D/E (menos favorável)

‡ Tabagismo (consumo de pelo menos um cigarro/dia)

§ Etilismo (consumo superior a 30g etanol/dia para homens e 15 g/dia para mulheres)

Tabela 4 - Análise univariada da associação de não adesão e características clínicas/tratamento e acesso ao serviço de saúde. Sacramento, MG, Brasil, 2013

Variável de estudo	Não adesão (%)			Odds Ratio	Intervalo de Confiança (95%)	p*
	Rural (n=53)	Urbano (n=194)	Total (n=247)			
Tempo diagnóstico					(1,35- 6,96)	0,005
Mais de 3 anos	53,7	58,3	58,0	1		
Até 3 anos	66,7	81,4	81,0	3,07		
Comprimidos/dia					(0,67-1,91)	0,632
1 a 2	40,0	63,6	58,5	1		
Mais de 3	70,4	58,8	61,6	1,13		
Tipo de Serviço					(0,92-3,01)	0,089
Convênio/Particular	50,0	50,0	52,5	1		
Sistema Único de Saúde	56,9	67,3	64,9	1,67		
Dificuldade de acesso					(0,41-1,22)	0,222
Não	53,1	67,4	64,6	1		
Sim	61,9	54,8	56,6	0,71		
Motivo de procura do serviço de saúde					(0,44-0,84) (1,35-4,42)	0,003
Consulta rotina†	48,5	56,0	54,1	1		
Obter remédios	100,0	59,3	77,8	2,20		
Somente urgência	64,7	78,1	75,3	2,45		

* Teste Quiquadrado de Pearson ($p < 0,05$)

† Consulta de rotina (no mínimo uma consulta médica a cada seis meses)

Discussão

O índice de não adesão ao tratamento da HAS apresentado está dentro dos limites percentuais apontados por outros estudos realizados no Brasil^(2,5,7-9).

Dentre os três parâmetros de medida da não adesão utilizados pelo instrumento QAM-Q, os achados indicam que o processo de tomada dos medicamentos foi o maior responsável pela não adesão ao tratamento entre os hipertensos da área rural; na população urbana destacou-se o “desfecho referido”. A utilização do “desfecho referido”, sendo uma variável de não adesão ao tratamento, pode representar uma limitação ou viés do estudo, uma vez que o relato de elevação na pressão arterial não significa, necessariamente, que o participante não aderiu ao tratamento medicamentoso. A alteração nos índices tensionais pode estar relacionada ao manejo clínico inadequado (posologia insatisfatória, droga ineficaz) ou à medida incorreta ou insuficiente da pressão arterial (única medida em um só dia).

Na área rural houve prevalência de pessoas mais jovens e que ingerem mais de três comprimidos ao dia. No entanto, os valores percentuais relacionados a algumas características sociodemográficas, econômicas, clínicas, relacionadas ao estilo de vida e ao acesso ao serviço de saúde podem ser mais expressivos para uma ou outra população (Tabelas 1 e 2).

Tanto na área rural quanto na urbana, mais da metade dos hipertensos não adere ao tratamento medicamentoso da HAS. Observa-se, porém, uma diferença de aproximadamente sete pontos percentuais entre os índices de adesão, com destaque para a área urbana. Corroborando com os resultados, o estudo realizado no Estado de Minas Gerais (Brasil) encontrou um índice de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, 6% maior na área urbana em comparação com a área rural⁽¹²⁾. Alguns pesquisadores acreditam que o fato possa ser atribuído à influência de aspectos socioeconômicos e culturais⁽¹⁷⁾.

Todas as seis variáveis que apresentaram associação estatística com a não adesão (gênero masculino, faixa etária até 59 anos, classe econômica baixa, etilismo, menor tempo de HAS e motivo de procura do serviço de saúde – somente em casos de urgência) estão em maior prevalência entre hipertensos moradores da área urbana (Tabelas 3 e 4).

Os achados indicaram que hipertensos do gênero feminino aderiram mais ao tratamento, tanto na área urbana quanto na rural. O gênero masculino apresentou risco 1,95 maior de não adesão comparado ao gênero

feminino, com diferença estatisticamente significativa (Tabela 3). Estudiosos salientaram que as mulheres percebem e relatam seus problemas de saúde de maneira mais contumaz que os homens, assim como procuram com maior frequência os serviços de saúde e, conseqüentemente, seguem melhor a prescrição⁽¹⁶⁾.

Em relação à faixa etária, diversos estudos têm mostrado a baixa adesão entre não idosos^(9,14,18), tanto na área rural quanto na urbana, onde encontrou-se pessoas de 20 a 59 anos que apresentaram risco 2,51 vezes maior a não adesão ao tratamento medicamentoso que os participantes com 60 anos ou mais. Já se discutiu que a característica assintomática da HAS pode acarretar despreocupação nos mais jovens quanto ao controle da doença, aumentando riscos de complicações graves e mortalidade por doenças cardiovasculares⁽⁹⁾.

Identificou-se que indivíduos com nível econômico mais baixo, pertencentes às classes C, D ou E, apresentaram risco 1,95 maior de não adesão ao tratamento, comparados àqueles pertencentes às classes A ou B. Este evento foi relatado por outros pesquisadores^(2,18), para os quais a situação socioeconômica influencia fortemente a adesão, não estando somente relacionada ao poder de compra de medicamentos, mas aos aspectos educacionais, culturais e sociais⁽²⁾.

Apesar de algumas investigações constatarem que quanto maior o grau de instrução maior será o nível de adesão ao tratamento medicamentoso^(10,19), no presente estudo não foi observada esta relação.

O etilismo parece estar associado a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS, seja na área rural ou urbana. De acordo com os achados, aqueles que consomem álcool apresentaram um risco de não adesão quase seis vezes maior que os hipertensos que não ingerem bebidas alcoólicas. O receio dos possíveis efeitos indesejáveis ocasionados pela associação de medicamentos anti-hipertensivos com bebida alcoólica foi um dos principais relatos apresentados em um estudo transversal com 401 pacientes, conduzido em diferentes centros do estado da Bahia, com o objetivo de analisar as razões que levam os pacientes a não adesão ao tratamento da HAS⁽²⁰⁾.

De maneira divergente ao apontado na literatura, onde se discute que o maior número de medicamentos utilizados tende a diminuir a adesão^(16,21), os resultados não mostraram associação entre polifarmácia e adesão ao tratamento medicamentoso da HAS.

Dados da presente investigação indicam que indivíduos hipertensos com menor tempo de diagnóstico

de HAS (até três anos) apresentaram índices de não adesão maiores do que aqueles com maior tempo (mais de três anos) (Tabela 4). Resultados de outro estudo com pessoas hipertensas reiteram que quanto menor o tempo de doença e de tratamento farmacológico maior o índice de não adesão⁽¹⁶⁾.

Segundo os hipertensos que integraram a amostra, o principal motivo para a não adesão ao tratamento medicamentoso, tanto na área rural quanto na urbana, foi a "ausência de sintomas". Para muitos pesquisadores^(10,16), a característica assintomática da doença e a necessidade de tratamento por toda a vida são eventos marcantes que contribuem para a não adesão ao tratamento. Estudo⁽²²⁾ realizado com 353 pacientes de um hospital universitário do Estado de São Paulo salientou que o fato da HAS ser assintomática contribuiu para 36% de não adesão ao tratamento.

A maioria da população, seja da área urbana ou rural, relatou utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS). A dificuldade de acesso ao sistema de saúde foi mencionada por participantes de ambas as áreas, mas prevaleceu dentre os moradores da área rural, sendo a distância a ser percorrida o elemento que contribuiu de forma imperativa para esta restrição. Aqueles que procuraram o serviço para consultas de rotina aderiram mais ao tratamento do que aqueles que somente buscaram medicamentos ou em caso de urgências, tanto na área rural quanto na área urbana (Tabela 4).

A assiduidade às consultas é determinante para o controle da hipertensão, pois gera motivação individual e esta, por sua vez, conduz a certas atitudes que favorecem a redução da pressão arterial, como a adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁵⁾. Um estudo realizado com 245 hipertensos atendidos no ambulatório de um hospital universitário revelou que dentre os 220 pacientes hipertensos assíduos, ou seja, os pacientes que compareceram às consultas até 30 dias da data previamente agendada para o seu retorno, 200 (90,9%) disseram tomar a medicação de acordo com a prescrição médica⁽⁶⁾.

Destaca-se ainda que, apesar da grande distância geográfica entre as áreas rurais e serviços de saúde relatada pelos participantes do estudo, não foi detectada associação entre a dificuldade de acesso e a não adesão, o que pode ser explicado pelo atendimento prestado pela ESF rural. Esta equipe está presente uma vez por semana em cada povoado e em todos eles existe um posto de saúde com presença diária do agente comunitário e do auxiliar de enfermagem, viabilizando, ainda que de forma insipiente, o contato com o serviço

de saúde. Mesmo com muitas dificuldades nos âmbitos político-administrativo e financeiro, a grande expansão da atenção primária à saúde no Brasil, por meio da ESF, tem causado impactos positivos no setor sanitário e de saúde da população⁽²³⁾.

Segundo a Organização Mundial de Saúde⁽⁴⁾, idade, gênero, educação, ocupação, estado civil, religião, etnia, e vida urbana *versus* rural não têm sido associados à adesão de forma definitiva. Alguns autores⁽¹⁶⁾ relatam que a não adesão ao tratamento da HAS está mais fortemente relacionado a problemas de não reconhecimento da doença, por ser assintomática, do que à dificuldade de acesso ao serviço de saúde, fato também observado neste estudo.

Conclusão

Os resultados revelaram elevados índices de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS nas áreas urbana e rural, sendo mais expressivos na população urbana. Gênero masculino, faixa etária entre 20 e 59 anos, baixa classe econômica, etilismo, tempo curto de diagnóstico e a não procura pelo serviço de saúde para consultas de rotina foram os fatores que apresentaram associação com a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Residir em área urbana ou rural não influenciou na adesão ao tratamento da HAS. Enquanto os fatores relacionados às características e crenças pessoais, aos hábitos de vida e como os hipertensos se relacionam com os serviços de saúde apresentaram associação com a não adesão. O conhecimento dos principais fatores relacionados a não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS e a identificação de grupos vulneráveis da comunidade é de grande valor para orientar o planejamento das políticas de saúde, possibilitando a prevenção de complicações e evitando o comprometimento da saúde da população.

Referências

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva, 2003. 199 p.
2. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saúde Pública. 2008;42(4):764-7.
3. Balieiro HM, Osugue RK, Rangel SP, Brandão R, Balieiro TL, Bernardes S, et al. Perfil clínico-demográfico e indicadores de qualidade da insuficiência cardíaca em uma área rural. Arq Bras Cardiol. 2009;93(6):687-91.

4. Naderi SH, Bestwick JP, Wald DS. Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *Am J Med.* 2012;125(9):882-7.
5. Dosse C, Cesarino CB, Vilela Martin JF, Castedo, MCA. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009;17(2):201-6.
6. Coelho EB, Neto MM, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(3):157-61.
7. Grezzana GB, Stein AT, Pellanda LC. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(4):355-61.
8. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc saúde coletiva.* 2012;17(7):1885-92.
9. Demoner MS, Ramos ERP, Pereira ER. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde. *Acta Paul Enferm.* 2012;25(1):27-34.
10. Karakurt P, Kasikçi M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *J Vasc Nurs.* 2012;30(4):118-26.
11. Martin MY, Kohler C, Kim Y, Kratt P, Schoenberger YM, Mark S, et al. Taking Less Than Prescribed: Medication Nonadherence and Provider-Patient Relationships in Lower-Income, Rural Minority Adults With Hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2010;12(9):706-13.
12. Monteiro CN, Farias RE, Alves MJM. Perfil de hipertensos em populações urbana e rural no estado de Minas Gerais. *Rev APS.* 2009;12(1):48-53.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2010 [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=315690&idtema=1&search=minas-gerais|sacramento|censo-demografico-2010>.
14. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2010;13(4):260-312.
15. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2014 [acesso em 01 fev 2014]. Disponível em: <http://www.abep.org/new/codigosConduas.aspx>
16. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. Evaluation of care provided for people with arterial hypertension in family health strategy services. *Saúde Soc.* 2010;19(3):614-26.
17. McDonald MV, Pezzin LE, Peng TR, Feldman PH. Understanding the complexity of hypertensive african american home care patients: challenges to intervention. *Ethn Dis.* 2009;19(2):148-53.
18. Rolnick SJ, Pawloski PA, Hedblom BD, Asche SE, Bruzek, RJ. Patient characteristics associated with medication adherence. *Clin Med Res.* 2013;11(2):54-65.
19. Vitor AF, Monteiro FP, Morais HC, Vasconcelos JD, Lopes MV, Araújo TL. Survey of the follow-therapeutic patients with hypertension. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):251-60.
20. Andrade JP, Vilas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Epidemiological aspects of adherence to the treatment of hypertension. *Arq Bras Cardiol.* 2002;79(4):375-84.
21. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM, ADIEHTA Group. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit.* 2011;25(1):62-7.
22. Mion Jr D, Pierin AMG, Ignez EC, Marcondes M. Non-pharmacological treatment: low level of awareness in a developing country. *Am J Hypertens.* 1996;9(4):170A.
23. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ.* 2014;348:g4014.

Recebido: 20.3.2014

Aceito: 5.11.2014