






OS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS INTERFEREM NA ADESÃO AOS ANTI-HIPERTENSIVOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA? REVISÃO INTEGRATIVA

DO SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS INTERFERE WITH ADHERENCE TO ANTIHYPERTENSIVE DRUGS IN PRIMARY CARE? INTEGRATIVE REVIEW

Vinícius Nunes Maia¹ , Bruno Klécio Andrade Teles¹ , Pablinny Moreira Galdino de Carvalho¹ , Lívia de Vasconcelos Gonzaga Knupp¹ , Wagner Luis da Cruz Almeida² 

RESUMO

Este estudo teve por objetivo reunir evidências científicas sobre o papel dos fatores sociodemográficos na adesão aos anti-hipertensivos na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa com estudos publicados entre 2015 e 2019 em periódicos nacionais. Foram incluídos artigos originais desenvolvidos com hipertensos usuários da APS no Brasil e foram excluídos artigos publicados fora do intervalo temporal citado, bem como revisões de literatura, e os que não tinham como foco os elementos de interesse nesta revisão. Foram selecionados 5 estudos que investigaram variáveis sociodemográficas no contexto da adesão a esta classe de medicamentos na APS. Embora alguns estudos tenham encontrado uma possível interferência de algumas variáveis sociodemográficas na adesão aos anti-hipertensivos na Atenção Básica, há, para cada uma dessas variáveis, resultados divergentes, mostrando que a dimensão sociodemográfica pode ou não interferir na adesão à medicação em um determinado grupo populacional. Nesse sentido, há também resultados sugestivos de que, com oferta efetiva de assistência aos usuários, tais variáveis parecem perder capacidade de interferirem nesta adesão, em consonância com a hipótese de que características organizacionais dos serviços de saúde têm impacto muito maior na adesão do que diferenças sociodemográficas.

Palavras-chave: *Adesão à medicação; anti-hipertensivos; farmacoterapia; Atenção Primária à Saúde*

ABSTRACT

This study aimed to gather scientific evidence on the role of sociodemographic factors in adherence to antihypertensive drugs in Primary Health Care (PHC) in Brazil. This is an integrative review with studies published between 2015 and 2019 in national journals. Original studies developed with hypertensive PHC users in Brazil were included and articles published outside the time range were excluded, as well as literature reviews, and those that did not focus on the elements of interest of this review. A total of 5 studies that investigated sociodemographic variables in the context of adherence to this class of drugs in PHC were selected. Although some studies have found a possible interference of some sociodemographic variables in adherence to antihypertensive drugs in Primary Care, there are, for each of these variables, divergent results, showing that the sociodemographic dimension may or may not interfere with medication adherence in a given population group. In this sense, there are also results suggesting that, with effective provision of assistance to users, such variables seem to lose their interference capacity in user adherence, in line with the hypothesis that organizational characteristics of health services have a much greater impact on adherence than sociodemographic differences.

Keywords: *Medication adherence; antihypertensive; pharmacotherapy; Primary Care*

Clin Biomed Res. 2022;42(4):389-396

1 Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia. Barreiras, BA, Brasil.

2 Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

Autor correspondente:

Vinícius Nunes Maia
vinicius770@hotmail.com
Universidade Federal do Oeste da Bahia, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde
Rua Professor José Seabra de Lemos, 316
47808-021, Barreiras, BA, Brasil.

INTRODUÇÃO

Em seu relatório sobre adesão a terapias de longo prazo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu adesão como “a proporção a que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir uma dieta e/ou implementar mudanças de estilo de vida – corresponde às recomendações acordadas com um prescritor de cuidados em saúde”¹. No que se refere especificamente à farmacoterapia, baixa adesão tem sido definida como o usuário tomar menos de 80% das doses, naqueles que tomam menos do que o prescrito, ou tomar mais do que as doses prescritas². Embora haja outros termos correlatos, tais como cumprimento, concordância e cooperação, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020 reconhecem que a palavra mais apropriada no caso do tratamento proposto da Hipertensão Arterial (HA) é adesão³. De acordo com tal diretriz, baixa adesão, tanto em termos de mudanças no estilo de vida quanto em termos da farmacoterapia, é, potencialmente, a principal causa de inadequado controle pressórico em hipertensos.

Partindo desse pressuposto, a promoção da adesão à farmacoterapia tem sido investigada no Brasil, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), como um meio de prevenção dos efeitos crônicos da hipertensão, o que se caracteriza como uma forma de prevenção terciária^{4,5}. As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial de 2020 definem que tal doença é “caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos duas ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva”³. O tratamento da hipertensão, que inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas, tem por objetivo reduzir a morbimortalidade associada a níveis tensionais persistentemente elevados a longo prazo³. No Brasil, estima-se que a HA não tratada corretamente explica 25% dos casos de diálise por Doença Renal Crônica (DRC), 80% dos Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e 60% dos casos de Infarto Agudo do Miocárdico (IAM)⁶. A falta de percepção de tais riscos implicados no descontrole pressórico pode levar o paciente a subestimar a gravidade da doença e, assim, não manter regularidade na tomada dos medicamentos anti-hipertensivos¹. Sendo a HA uma doença de longo curso, e dada a necessidade de o usuário implementar a farmacoterapia por toda a vida, a APS, com seus pressupostos de longitudinalidade e de prevenção de agravos, releva-se um ambiente propício para o rastreamento de variações da adesão aos anti-hipertensivos ao longo do tempo, de modo concomitante em que se estabelece o desafio que é para a equipe de saúde manter o paciente motivado para a farmacoterapia a longo prazo^{1,3}.

Nesse aspecto, diversas formas de avaliar a adesão têm sido propostas, sendo classificadas como métodos diretos aqueles que buscam confirmar se o usuário tomou a dose, e métodos indiretos aqueles em que não há confirmação objetiva da ingestão do medicamento pelo usuário⁷. Dentre as avaliações diretas, são exemplos a tomada supervisionada e a análise de fluidos biológicos, tal como a detecção do fármaco e/ou de seus metabólitos na urina⁸. Em relação aos métodos indiretos, as escalas estruturadas de autorrelato têm sido as mais empregadas na pesquisa clínica no Brasil, com destaque para a escala de adesão terapêutica de Morisky-Green e, mais recentemente, a escala de adesão terapêutica de oito itens de Morisky^{3,6,9,10}. Cada uma dessas avaliações possui vantagens e limitações pois os métodos diretos, embora mais acurados, são também mais onerosos e trabalhosos, e as avaliações indiretas, por sua vez, embora associadas com maior tendência de o usuário superestimar sua adesão, têm a vantagem de serem de aplicabilidade mais factível na realidade dos serviços de saúde, por demandarem menos tempo e por serem menos onerosas⁹.

Nesse universo da adesão farmacoterapêutica, outra distinção é entre o comportamento de não adesão intencional, que se refere à atitude de o usuário optar por não tomar, total ou parcialmente, o medicamento, como no caso do usuário que omite doses para evitar um efeito adverso, e o comportamento de não adesão não intencional, que se refere à subutilização medicamentosa por erros não intencionais na ingestão, como no caso de o usuário esquecer de tomar uma dose⁷. Em outra perspectiva, diante o mesmo fenômeno, tem-se feito a classificação que designa não adesão primária quando o usuário não chega a obter, dentro de um período aceitável, um medicamento prescrito pela primeira vez, e não adesão secundária, as falhas no reabastecimento de receitas entre usuários que previamente haviam cumprido suas primeiras prescrições⁶.

A adesão terapêutica é um fenômeno multifatorial e multifacetado, sendo que a OMS reconhece 5 dimensões interdependentes que influenciam a adesão: a dimensão sociodemográfica, a relativa aos serviços de saúde, a relativa à doença, a relativa à farmacoterapia e a relativa ao paciente¹. Em cada uma dessas cinco dimensões, o documento supracitado especifica uma série de variáveis que podem afetar a adesão. Assim, na dimensão sociodemográfica, estão fatores como escolaridade e renda; na dimensão relativa aos serviços de saúde, fatores como fonte do medicamento e qualidade da comunicação do prescritor; na dimensão relativa à doença, variáveis como comorbidades e sintomas; na dimensão relativa à farmacoterapia, fatores como tempo de tratamento e efeitos adversos; e na dimensão relativa ao paciente, fatores como mudanças no estilo de vida e dificuldade

para ler a embalagem do medicamento. Segundo documento de 2003 do órgão supracitado, a maior quantidade de evidências disponível, por ocasião da publicação do relatório, era em relação aos fatores sociodemográficos, e isso provavelmente decorria da crença tradicional de que a adesão é uma questão que varia principalmente de acordo com o perfil sociodemográfico¹. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi reunir evidências científicas acerca do papel dos fatores sociodemográficos na adesão aos anti-hipertensivos na APS no Brasil.

MÉTODOS

O estudo consiste em uma revisão integrativa de literatura, elaborada a partir de artigos originais que abordassem o papel dos fatores sociodemográficos na adesão aos anti-hipertensivos na APS no Brasil. O levantamento bibliográfico ocorreu entre os meses de Janeiro e Julho de 2020, tendo como pergunta norteadora a seguinte: os fatores sociodemográficos interferem na adesão aos anti-hipertensivos na APS no Brasil? No intuito de responder essa pergunta, foi realizada busca eletrônica de artigos indexados nas bases de dados SciELO e LILACS, sendo a pesquisa direcionada para os artigos que possuíssem, nas palavras do título, todos os 3 seguintes termos: “adesão” AND “tratamento” AND “farmacológico”. Adotaram-se também critérios de inclusão e de exclusão, sendo incluídos artigos originais publicados em periódicos nacionais, no idioma português, no período de 2015 a 2019, com amostras compostas por hipertensos usuários da APS. Esses filtros foram aplicados tendo em vista que o presente trabalho não teve a pretensão de ser exaustivo, mas sim de analisar detalhadamente uma pequena amostra de estudos nacionais, no intuito de levantar hipóteses sobre um aspecto específico da temática. Buscas mais exaustivas podem levar a conclusões diversas

da encontrada neste estudo. Foram excluídos artigos publicados fora do intervalo estabelecido, bem como revisões de literatura, referências duplicadas nas bases de dados, estudos feitos com outras doenças que não a hipertensão ou com usuários de outros níveis de assistência que não a APS. Para elegibilidade, também se adotou um critério de qualidade baseado na iniciativa Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)¹¹, com adaptações de acordo com o interesse deste trabalho. Assim, o artigo deveria possuir, de forma clara e explícita, os seguintes itens: título, resumo, introdução, objetivos, metodologia, resultados e discussão. Inicialmente, os títulos e resumos dos artigos foram analisados para verificar se estes atendiam os critérios de inclusão e de exclusão, e, em caso de dúvida, as publicações foram lidas na íntegra para verificar se atendiam ao critério de qualidade e se faziam o tipo de análise de interesse nesta revisão.

RESULTADOS

De acordo com a estratégia de busca pré-estabelecida, a pesquisa bibliográfica nas bases de dados inicialmente resultou em 21 artigos. Após a remoção dos artigos duplicados, obteve-se um total de 15 artigos, dos quais 8 foram removidos após leitura dos títulos e dos resumos e ao serem aplicados os critérios de inclusão e de exclusão. Após a leitura integral dos artigos, removeram-se outras duas publicações, por não terem feito o tipo de análise de interesse nesta revisão. Assim, a amostra final obtida foi composta por 5 artigos. Após esse processo cuidadoso de seleção dos artigos para serem incluídos nesta revisão, as principais informações de interesse para este trabalho foram extraídas de cada um, as quais se encontram agrupadas nas tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1 – Sumarização dos estudos incluídos para análise.

Estudo	Autor/ano	Fonte	UF	Amostra	Tipo de pesquisa	Objetivos
E1	Gewehr et al. ¹² (2018)	Saúde em debate	Rio Grande do Sul	145	Estudo transversal com aplicação de questionário.	Verificar a adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e fatores associados à baixa adesão em hipertensos adstritos à Atenção Primária à Saúde.
E2	Ribeiro et al. ¹³ (2015)	Revista Baiana de Enfermagem	Bahia	92	Estudo transversal com aplicação de questionário.	Avaliar a prevalência de adesão aos anti-hipertensivos, bem como fatores associados à adesão.
E3	Aquino et al. ¹⁴ (2017)	Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia	Minas Gerais	279	Estudo transversal, com aplicação de questionário.	Avaliar a adesão ao tratamento farmacológico e fatores associados em idosos que utilizam pelo menos um medicamento anti-hipertensivo.

Continua

Tabela 1 – Continuação

Estudo	Autor/ano	Fonte	UF	Amostra	Tipo de pesquisa	Objetivos
E4	Mansour, Monteiro e Luiz ¹⁵ (2016)	Epidemiologia e Serviços de Saúde	São Paulo	106	Estudo transversal com aplicação de questionário.	Analisar a adesão ao tratamento farmacológico e fatores associados entre hipertensos participantes do Programa Remédio em Casa.
E5	Tavares et al. ¹⁶ (2016)	Revista Brasileira de Enfermagem	Minas Gerais	1.029	Estudo transversal com aplicação de questionário.	Comparar as variáveis socioeconômicas e de saúde obtidas em situação de adesão e não adesão ao tratamento farmacológico para hipertensão.

Tabela 2 – Fatores que apresentaram resultados significantes no contexto da adesão à medicação.

Fator	Resultados
Renda	Em E1 ¹² , renda familiar menor ou igual a 2 salários mínimos relacionou-se com menor adesão à medicação ($p = 0,000$). Em E2 ¹³ , E3 ¹⁴ , E4 ¹⁵ e E5 ¹⁶ não houve relação significativa entre renda e adesão à medicação.
Estado conjugal	Em E1 ¹² , usuários que declararam ter companheiro apresentaram maior adesão à medicação ($p = 0,006$). Em E2 ¹³ , indivíduos em situação marital de união estável apresentaram melhores níveis de adesão à medicação ($p = 0,043$). Em E3 ¹⁴ , E4 ¹⁵ e E5 ¹⁶ não houve relação significativa entre estado conjugal e adesão à medicação.
Idade	Em E5 ¹⁶ , observou-se no grupo de adesão elevada maior proporção de idosos mais velhos (80 anos ou mais) ($p = 0,031$). Em E1 ¹² , E2 ¹³ , E3 ¹⁴ e E4 ¹⁵ não houve relação significativa entre idade e adesão à medicação.

Tabela 3 – Método de avaliação, classificação de adesão e conclusões de cada estudo.

Estudo	Método	Classificação de adesão	Conclusões
E1 ¹²	BMQ ¹⁷	66,2% foram classificados como alta adesão e 33,8% como baixa adesão.	Dos fatores sociodemográficos, apresentaram relação significativa com baixa adesão à farmacoterapia apenas os seguintes: ter renda familiar menor que 2 salários mínimos ($p = 0,000$) e não possuir companheiro ($p = 0,006$).
E2 ¹³	TMG ⁹	72,8% foram classificados como mais aderentes e 27,2% como menos aderentes.	A única das variáveis sociodemográficas que interferiu significativamente na adesão foi o estado conjugal, sendo que situação marital de união estável se associou com maior adesão ao medicamento ($p = 0,043$).
E3 ¹⁴	TMG ⁹	47% dos participantes foram considerados aderentes e 53% considerados não aderentes.	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na adesão farmacoterapêutica quanto aos fatores sociodemográficos.
E4 ¹⁵	MAT ¹⁸	80,2% foram considerados aderentes e 19,8% não aderentes.	Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na adesão farmacoterapêutica quanto aos fatores sociodemográficos.
E5 ¹⁶	TMG ⁹	50,9% foram considerados aderentes e 49,1% não aderentes.	A única variável sociodemográfica que interferiu significativamente na adesão à medicação foi a idade, sendo que entre os idosos que aderiram à farmacoterapia, houve maior proporção de idosos mais velhos ($p = 0,031$).

BMQ: Brief Medication Questionnaire¹⁷; TMG: Teste de Morisky-Green⁹; MAT: Teste de Medida de Adesão¹⁸.

Na Tabela 1, os estudos selecionados para análise são identificados por um código de E1 a E5, sendo evidenciados, para cada pesquisa, a autoria, a fonte de publicação, a Unidade da Federação na qual foi implementada, além do tipo de pesquisa e dos objetivos de cada uma. A amostra analisada foi, portanto, composta por 5 pesquisas¹²⁻¹⁶, cada uma

implementada por um grupo de autores diferentes, e publicada em um periódico nacional diferente, tendo a maioria delas sido ambientadas na região Sudeste, além de uma feita no Nordeste. Tais estudos envolveram, se suas amostras forem somadas, um total de 1.651 hipertensos usuários da APS em uso de anti-hipertensivos. Foram, em sua totalidade, estudos

de recorte transversal, e que utilizaram o autorrelato dos usuários para aferir a adesão à medicação, por meio do emprego de questionários padronizados.

Em relação aos objetivos, como explicita a Tabela 1, as pesquisas, em geral, se propuseram a estudar tanto a adesão à medicação quanto os fatores que potencialmente interferem nesta. No que se refere à adesão farmacoterapêutica, o termo mais frequente nos objetivos foi “adesão ao tratamento farmacológico”, que apareceu nos objetivos de 4 dos estudos da amostra, mas também houve outra expressão, “adesão aos anti-hipertensivos”, que aparece em E2. Em relação a isso, os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) reconhecem, além desses, uma série de outros termos correlatos, tais como “adesão ao medicamento”, “adesão à medicação”, “adesão ao tratamento medicamentoso”, dentre outros, de modo que essa amplitude de descritores deve ser considerada em buscas mais exaustivas no tema. Ainda em relação aos objetivos das publicações, conforme a Tabela 1, duas das pesquisas possuem expressões em referência a níveis reduzidos de adesão à medicação em seus objetivos, a saber: E1, que empregou o termo “baixa adesão”, e E5, que usou “não adesão”.

A Tabela 2 é uma síntese dos resultados estatisticamente significantes, da amostra de estudos selecionada, no que se refere à relação entre a adesão à farmacoterapia e os fatores sociodemográficos. No conjunto das pesquisas analisadas, conforme explicitado na tabela supracitada, três variáveis sociodemográficas – renda, estado conjugal e idade – apresentaram pelo menos um resultado significativo ($p < 0,05$) no contexto da adesão à medicação.

Em relação ao fator renda, E1¹² foi o único dos estudos selecionados que encontrou resultado significativo na pesquisa desta variável em relação à adesão farmacoterapêutica. No estudo supracitado, renda familiar abaixo de 2 salários mínimos relacionou-se com menor adesão à medicação. Todos as demais pesquisas da amostra¹³⁻¹⁶, mesmo tendo investigado a possível influência de tal fator, não encontraram relação significativa entre renda e adesão ao medicamento, mostrando que isso pode variar de acordo com a realidade de cada microrregião.

Também houve resultado significativo em relação à variável estado conjugal, como evidencia a Tabela 2, em dois dos estudos selecionados^{12,13}. No caso de E1¹², usuários que declararam possuírem companheiro aderiram melhor ao medicamento em relação aos que referiram não terem. Resultado semelhante foi obtido em E2¹³, no qual usuários em situação marital de união estável apresentaram melhores níveis de adesão à medicação em relação àqueles que não possuíam companheiro.

Por fim, como evidencia a Tabela 2, o outro fator sociodemográfico que apresentou resultado significativo em relação à adesão farmacoterapêutica foi a idade,

sendo que E5¹⁶ foi o único dos selecionados que encontrou resultado com significância na análise dessa variável diante da adesão à medicação. Nesse estudo, no grupo de adesão elevada houve maior proporção de idosos mais velhos, que são aqueles com 80 anos ou mais, em comparação ao grupo com baixa adesão.

A Tabela 3 resume os principais achados em relação à adesão farmacoterapêutica dos 5 estudos selecionados nesta revisão bibliográfica. São evidenciados, para cada estudo, o método de avaliação de adesão adotado, o resultado obtido pelos autores em termos de classificação de adesão dos usuários, além das principais conclusões de cada estudo no que se refere à potencial interferência de variáveis sociodemográficas na adesão à medicação.

Em relação ao método de aferição de adesão adotado em cada pesquisa, como mostra a tabela supracitada, todos os estudos selecionados utilizaram o autorrelato dos usuários, por meio da aplicação de questionários padronizados para avaliar a adesão à medicação. Como explicita a tabela supracitada, o teste mais empregado nos estudos da amostra foi o TMG, tendo sido utilizado por 3 dos selecionados^{13,14,16}. Mas outros dois instrumentos, conforme a mesma tabela, também foram adotados em estudos incluídos na amostra: o Breve Questionário de Medicamentos¹⁷ (BMQ – do inglês *Brief Medication questionnaire*), que foi utilizado em E1¹², e a Medida de Adesão aos Tratamentos¹⁸ (MAT), utilizado em E4¹⁵.

Também está explicitada na Tabela 3 a forma como os autores de cada estudo classificaram os participantes em relação ao grau de adesão. Como expõe a tabela, a prevalência de adesão variou entre 47% (E3¹⁴) e 80,2% (E4¹⁵). Ainda no contexto das prevalências de adesão obtidas, também é interessante notar que todos os estudos selecionados focaram em mensurar a não adesão secundária, posto que todas as amostras foram compostas por usuários que já estavam em uso do medicamento⁶.

Ainda na Tabela 3, apresentam-se também as principais conclusões de cada estudo no que se refere à investigação da potencial interferência dos fatores sociodemográficos na adesão ao medicamento. Como se observa na tabela, o maior número de variáveis sociodemográficas com potencial interferência na adesão foi obtido em E1¹², estudo que encontrou diferenças significativas na adesão quanto à renda e quanto ao estado conjugal. E2¹³ e E5¹⁶ também encontraram resultados significantes nessa análise, porém, em cada um desses estudos, apenas uma das variáveis investigadas (estado conjugal em E2 e idade em E5) interferiram de modo significativo na adesão farmacoterapêutica. Por fim, em dois dos estudos da amostra (E3¹⁴ e E4¹⁵), não houve diferenças significativas na adesão quanto a nenhuma das variáveis sociodemográficas.

DISCUSSÃO

As pesquisas nacionais em adesão à farmacoterapia são em sua maioria estudos transversais, o que se justifica por este delineamento demandar um tempo menor e ser mais factível em um cenário de recursos financeiros limitados⁷. Ao mesmo tempo, esse tipo de recorte tem limitações, pois não permite identificar variações na adesão ao longo do tempo, para o que seriam necessários estudos de coorte⁸. Nesse aspecto, o método para aferir adesão adotado nas pesquisas brasileiras tem sido, na maior parte das vezes, o emprego de questionários de autorrelato validados na literatura científica, sendo que nessa abordagem o que se faz é solicitar ao usuário que este responda uma sequência de perguntas previamente definidas, e, a partir das respostas, o pesquisador calcula o uma estimativa da adesão terapêutica do usuário⁶. Essa abordagem é uma avaliação indireta da adesão à farmacoterapia, uma vez que não há confirmação de que o paciente tenha, de fato, tomado o medicamento, o que se associa com uma tendência de o paciente superestimar sua adesão⁸.

De fato, um dos desafios para a pesquisa da adesão aos anti-hipertensivos é a forma de mensurá-la nos usuários⁸. Nesse sentido, dentre as avaliações de adesão disponíveis na pesquisa e na prática clínica atualmente, consideram-se diretas as que procuram confirmar se o paciente realmente administrou o medicamento, a exemplo da detecção de fármacos ou de seus metabólitos na urina, e consideram-se indiretas as medidas em que não há confirmação da administração do medicamento, que é o caso do emprego de questionários de autorrelato⁷. O Ministério da Saúde explicita que o autorrelato, mediante entrevista, é de fato a forma de detecção de adesão mais utilizada na prática dos serviços de saúde no Brasil⁶. Dentre tantas questões, esse amplo emprego dessa metodologia para mensurar a adesão pode ser justificado por esta ser de fácil aplicabilidade, além de ser possível seu emprego em um cenário de recursos financeiros reduzidos¹⁸.

Não adesão, ou baixa adesão, tem sido definida como tomar menos de 80% das doses de medicamento prescritas, mas, interessante notar, também inclui tomar mais do que as doses prescritas². Inclusive, é reconhecido que, em um mesmo paciente, o grau de adesão aos anti-hipertensivos pode variar ao longo do tempo, com períodos de maior e menor adesão intercalados⁷. Partindo deste pressuposto, a expressão “baixa adesão”, como referência a menores graus de adesão, é, possivelmente, mais assertiva que o termo “não adesão”, visto que este pode induzir à ideia de um extremo de ausência total de adesão, ao passo em que aquele pode transmitir o sentido mais amplo de diversos níveis de adesão reduzida.

No que se refere aos fatores sociodemográficos que podem potencialmente afetar a adesão, em alguns grupos populacionais, a renda, o estado conjugal e a idade talvez possam interferir na adesão, observando-se diferenças significativas na adesão quanto a essas variáveis^{12,13,16}. Baixa renda no Brasil associa-se a limitações no acesso aos serviços de saúde e até a alguns medicamentos, visto que, mesmo que o medicamento seja disponibilizado gratuitamente pelo SUS, problemas de abastecimento e de acesso às unidades públicas ainda são uma realidade^{6,7}.

Em relação ao estado conjugal, é reconhecido que o suporte familiar, muitas vezes representado pelo cônjuge, é de importante influência positiva na adesão a terapias de longo prazo, como é o caso da terapêutica anti-hipertensiva¹. Por outro lado, também há estudos que, tendo investigado a potencial interferência do estado conjugal na adesão, não encontraram relação com significância estatística entre tal variável e adesão à medicação, o que mostra que há resultados divergentes, embora se reconheça o papel da família na mudança de estilo de vida demandada pela hipertensão¹⁴⁻¹⁶.

Por fim, em relação à potencial interferência da idade na adesão, uma possível justificativa para esse achado é que, com o avançar da idade, o indivíduo torna-se mais suscetível a comorbidades e fragilidades, o que pode levá-lo a se preocupar mais com a saúde¹⁶. Novamente, há resultados divergentes, pois em outros estudos não houve resultado significativo no que concerne à relação entre idade e adesão à farmacoterapia¹²⁻¹⁵. A síntese de evidências da OMS explica que o efeito da idade na adesão deve ser avaliado separadamente de acordo com cada fase da vida¹. Assim, por exemplo, os resultados obtidos nessa análise em idosos hipertensos não necessariamente refletem o que acontece na hipertensão em outras faixas etárias, tais como crianças, adolescentes e adultos mais jovens.

Nesse desafio de avaliar a adesão pelo autorrelato, forma propostos diversos questionários padronizados de avaliação de adesão, que estão validados na literatura científica, dentre os quais três foram contemplados na amostra de estudos coletada, conforme a Tabela 3: o Teste de Morisky-Green⁹ (TMG), a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) e o Breve Questionário de Medicamentos (BMQ – do inglês, *Brief Medication Questionnaire*). Reporta-se, na literatura nacional, que o TMG⁹ é, de fato, o mais utilizado no Brasil¹⁹, o que possivelmente se explica por ser de compreensão mais fácil, e por demandar menos tempo para sua aplicação se comparado a questionários mais extensos como o BMQ¹⁷.

Proposto por Morisky, Green e Levine em 1986, o TMG é composto por 4 perguntas: 1) O(a) senhor(a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos? 2) O(a) senhor(a) já se descuidou do horário de tomar os medicamentos? 3) Quando o(a) senhor(a)

se sente bem, deixa de tomar seus medicamentos?
4) Quando o(a) senhor(a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos^{6,9?} Para cada resposta negativa que o paciente der, ele recebe um ponto, de forma que a pontuação máxima obtida é 4, e a mínima é 0, sendo que uma resposta afirmativa a qualquer pergunta o classifica como não aderente¹⁹. A partir dessa escala proposta originalmente com esses 4 itens, desenvolveu-se e validou-se mais recentemente uma escala ampliada, a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8)¹⁰, porém esta nova não foi adotada por nenhum dos estudos selecionados nesta revisão, tendo sido adotada nestes apenas a escala como inicialmente proposta, com 4 perguntas^{13,14,16}.

Proposto em 1999 por Svastad et al.¹⁷, o BMQ é dividido em 3 domínios, que procuram rastrear barreiras à adesão farmacoterapêutica, na perspectiva do paciente, em relação ao regime, às crenças e à recordação. Embora o BMQ tenha apresentado melhor desempenho de sensibilidade e especificidade em relação ao TMG, sua utilização pode ser pouco factível na prática devido à sua maior extensão e à sua maior complexidade, a qual implica em importantes dificuldades de compreensão por parte de pacientes que não possuem nível de escolaridade médio ou superior^{19,20}.

Já a MAT foi elaborada em 2001 por Delgado e Lima¹⁸, e consiste em uma versão de 7 itens desenvolvida a partir do TMG⁹, sendo que os quatro primeiros foram adaptados a partir das perguntas que compõem o TMG⁹, e os autores ainda acrescentaram os seguintes itens: 5) Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após ter se sentido pior?, 6) Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?, 7) Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja indicação do médico^{18?}

No que se refere às prevalências de adesão obtidas nos estudos que abordam a adesão aos anti-hipertensivos na Atenção Primária no Brasil, a prevalência relativamente alta em E4¹⁵ pode estar relacionada, dentre outras questões, ao fato de tal estudo ter sido feito em um cenário de ampla disponibilidade de medicamentos, no contexto de um programa de entrega domiciliar¹⁵. Já no caso da prevalência menor obtida em E3¹⁴, isso pode se relacionar, dentre tantos fatores, à forma como os usuários foram classificados, tendo sido considerados aderentes somente os que obtiveram pontuação máxima no TMG¹⁴. Esse mesmo critério de classificação foi também usado em E5¹⁶, estudo que inclusive obteve uma prevalência de adesão muito semelhante à de E3¹⁴. Nesse contexto, interessante notar que os estudos que adotam o TMG têm utilizado diferentes critérios para classificar os participantes quanto à adesão, pois, por um lado, E3¹⁴ e E5¹⁶, consideraram “aderentes” os que

obtiveram a pontuação máxima de 4 pontos no TMG e “não aderentes” os que obtiveram 3 ou menos pontos; por outro lado, os autores de E2¹³ optaram pelo critério que classificou como “mais aderentes” os usuários que obtiveram 3 a 4 pontos e “menos aderentes” os que alcançaram de 0 a 2 pontos. Isso pode, em parte, explicar o fato de E2 ter obtido uma prevalência de adesão bem maior que a dos estudos E3 e E5. Evidencia-se, assim, um dos fatores que tornam alguns resultados não comparáveis, posto que são adotadas diferentes formas de classificar os participantes quanto a adesão, mesmo quando utilizado um mesmo teste de avaliação.

Nessa investigação do grau de adesão dos usuários, o Ministério da Saúde também reconhece que a maioria das pesquisas nacionais no tema se propuseram a investigar a não adesão secundária⁶, pois suas amostras foram compostas por usuários que já estavam fazendo uso dos anti-hipertensivos, com o que esteve em consonância o observado na totalidade dos artigos incluídos nesta revisão¹²⁻¹⁶. Isso pode apontar para uma possível lacuna teórica maior na literatura nacional em relação ao estudo da não adesão primária, que é o caso dos pacientes que não chegam a obter, dentro de um período aceitável, um medicamento prescrito pela primeira vez²¹. Semelhante a isso que ocorre no Brasil é também o reportado na literatura internacional, que afirma que a maior parte da pesquisa na área tem focado na não adesão secundária, deixando a investigação da prevalência de não adesão primária em grande parte não esclarecida²².

Por fim, se considerarmos o tradicional paradigma de que a adesão varia principalmente de acordo com as características sociodemográficas¹, esta revisão da literatura pode estar, dentro de suas limitações de amostra reduzida e de busca não exaustiva, possivelmente a sugerir que diferenças sociodemográficas podem influenciar, mas não necessariamente determinam os graus de adesão nos diferentes grupos populacionais. Com adequada oferta de serviços de saúde e treinamento da equipe de saúde no manejo da hipertensão, possivelmente o impacto das diferenças sociodemográficas na adesão se revele muito reduzido¹⁵, o que reforçaria a evidência no sentido de que a adesão varia muito mais em função da dimensão dos serviços de saúde do que em função da dimensão sociodemográfica¹.

As evidências científicas coletadas e analisadas mostraram que os fatores sociodemográficos podem ter algum impacto na adesão à farmacoterapia, porém parecem não serem tão determinantes como se acreditava tradicionalmente¹. Fatores como renda¹², estado conjugal^{13,14} e idade¹⁶ tiveram, em alguns estudos, interferência significativa na adesão à medicação, porém, em outros¹²⁻¹⁶, essas mesmas variáveis não tiveram impacto significativo na adesão, o que mostra que há resultados divergentes, sugerindo que diferenças

sociodemográficas podem ou não alterar a adesão. Em algumas pesquisas, inclusive, não houve diferenças significantes na adesão farmacoterapêutica quanto a nenhum fator da dimensão sociodemográfica^{14,15}. Ao mesmo tempo, há evidências sugestivas de que, em condições de oferta ampla e efetiva de serviços de saúde, a dimensão sociodemográfica parece diminuir ou perder sua interferência na adesão à farmacoterapia¹⁵. Nossos achados sugerem que

fatores sociodemográficos têm pouca influência sobre a adesão aos anti-hipertensivos na Atenção Primária. Características organizacionais dos serviços de saúde podem ser mais efetivas para aumentar o grau de adesão ao tratamento.

Conflitos de interesse

Os autores declaram não possuírem conflito de interesse na construção desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. *Adherence to long-term therapies: evidence for action* [Internet]. Geneva: WHO; 2003 [citado em 16 jan 2023]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>
- Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(11):CD000011.
- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM, et al. Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516-658.
- Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Rev Saude Publica*. 2017;51:116.
- Lyra DP Jr, Amaral RT, Veiga EV, Cárnio EC, Nogueira MS, Pelá IR. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(3):435-41.
- Brasil. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016 [citado em 16 jan 2023]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medicamentoso.pdf
- Corrêa NB, Faria AP, Moreno H Jr, Modolo R. Não adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo como causa de controle inadequado da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2016;23(3):58-65.
- Hori PCA, Silva GV. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo: abordagem, métodos de aferição e programas de obtenção de bons resultados. *Rev Bras Hipertens*. 2016;23(4):84-9.
- Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
- Oliveira-Filho AD, Barreto-Filho JA, Neves SJF, Lyra DP Jr. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):649-58.
- Malta M, Cardoso LO, Bastos FI, Magnanini MMF, Silva CMFP. Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. *Rev Saude Publica*. 2010;44(3):559-65.
- Gewehr DM, Bandeira VAC, Gellati GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate*. 2018;42(116):179-90.
- Ribeiro IJS, Boery RNSO, Casotti CA, Freire IV, Teixeira JRB, Boery EM. Prevalência e fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes com hipertensão arterial. *Rev Baiana Enferm*. 2015;29(3):250-60.
- Aquino GA, Cruz DT, Silvério MS, Vieira MT, Bastos RR, Leite ICG. Fatores associados à adesão ao tratamento farmacológico em idosos que utilizam medicamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2017;20(1):116-27.
- Mansour SN, Monteiro CN, Luiz OC. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos entre participantes do Programa Remédio em Casa. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(3):647-54.
- Tavares DMS, Guimarães MO, Ferreira PCS, Dias FA, Martins NPF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e adesão ao tratamento farmacológico entre idosos hipertensos. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):134-41.
- Svrastad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999;37(2):113-24.
- Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saude Doenças*. 2001;2(2):81-100.
- Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med*. 2015;13(1):75-84.
- Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saude Publica*. 2012;46(2):279-89.
- Adams AJ, Stolpe SF. Defining and measuring primary medication nonadherence: development of a quality measure. *J Manag Care Spec Pharm*. 2016;22(5):516-23.
- Hubbard TE. *Ready for pick-up: reducing primary medication non-adherence. A new prescription for health care improvement* [Internet]. Boston: NEHI; 2014 [citado 16 jan 2023]. Disponível em: URL:https://www.nehi.net/writable/publication_files/file/pmn_issue_brief_10_14_formatted_final.pdf

Recebido: 27 dez, 2021

Aceito: 13 set, 2022