

Adesão ao tratamento de hipertensos em um programa de gestão de doenças crônicas: estudo longitudinal retrospectivo*

ADHERENCE TO ANTI-HYPERTENSIVE TREATMENT WITHIN A CHRONIC DISEASE MANAGEMENT PROGRAM: A LONGITUDINAL, RETROSPECTIVE STUDY

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSOS EN UN PROGRAMA DE GESTIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS: ESTUDIO LONGITUDINAL RETROSPECTIVO

Ana Carolina Nascimento Raymundo¹, Angela Maria Geraldo Pierin²

RESUMO

Objetivo: Avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso por meio do Teste de Morisky-Green e identificar as variáveis relacionadas. **Método:** Estudo longitudinal e retrospectivo. Foram estudados 283 hipertensos (62,5% mulheres, 73,4 (10,9) anos), os quais foram seguidos por um programa de gestão de doenças crônicas durante 17 meses, nos anos 2011 e 2012. Todas as ações do programa foram realizadas por enfermeiras e consistiram em orientações por contatos telefônicos e visitas domiciliares, com periodicidade de acordo com a estratificação de risco dos clientes. **Resultados:** Verificou-se aumento significativo ($p < 0,05$) na adesão ao tratamento (25,1% vs 85,5%) e diminuição na pressão arterial. Foram mais aderentes ao tratamento ($p < 0,05$) os hipertensos com insuficiência renal crônica e aqueles sob o tratamento com Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina. Os hipertensos que usavam Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina foram menos aderentes ($p < 0,05$). **Conclusão:** Considera-se que estratégias como o gerenciamento de doenças crônicas, realizado por enfermeiros, possam aumentar a adesão de hipertensos ao tratamento e dessa forma contribuir para o controle dos níveis tensionais, minimizando o perfil de morbimortalidade dessas pessoas.

DESCRIPTORIOS

Hipertensão
Adesão à medicação
Cuidados de enfermagem
Doença crônica
Resultado do tratamento

ABSTRACT

Objective: This study assessed pharmacological treatment adherence using the Morisky-Green Test and identified related variables. **Method:** A longitudinal and retrospective study examined 283 patients with hypertension (62.5% women, 73.4 [10.9] years old) who were being monitored by a chronic disease management program for 17 months between 2011 and 2012. Nurses performed all the actions of the program, which consisted of advice via telephone and periodic home visits based on the risk stratification of the patients. **Results:** A significant increase in treatment adherence (25.1% vs. 85.5%) and a decrease in blood pressure were observed ($p < 0.05$). Patients with hypertension and chronic renal failure as well as those treated using angiotensin-converting enzyme inhibitors were the most adherent ($p < 0.05$). Patients with hypertension who received angiotensin receptor blockers were less adherent ($p < 0.05$). **Conclusions:** Strategies such as nurse-performed chronic disease management can increase adherence to anti-hypertensive treatment and therefore contribute to the control of blood pressure, minimizing the morbidity profiles of patients with hypertension.

DESCRIPTORS

Hypertension
Medication adherence
Nursing care
Chronic disease
Treatment outcome

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso por medio de la Prueba de Morisky-Green e identificar las variables relacionadas. **Método:** Estudio longitudinal y retrospectivo. Fueron estudiados a 283 hipertensos (62,5% mujeres, 73,4 (10,9) años), quienes fueron seguidos por un programa de gestión de enfermedades crónicas durante 17 meses, los años 2011 y 2012. Todas las acciones del programa las llevaron a cabo enfermeras y consistieron en orientaciones por contactos telefónicos y visitas domiciliarias, con periodicidad según la estratificación de riesgo de los clientes. **Resultados:** Se verificó un incremento significativo ($p < 0,05$) en la adhesión al tratamiento (25,1% vs 85,5%) y disminución en la presión arterial. Fueron más adherentes al tratamiento ($p < 0,05$) los hipertensos con insuficiencia renal crónica y aquellos bajo el tratamiento con Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina. Los hipertensos que usaban Bloqueadores de los Receptores de Angiotensina fueron menos adherentes ($p < 0,05$). **Conclusión:** Se considera que estrategias como la gestión de enfermedades crónicas, realizada por enfermeros, puedan aumentar la adhesión de hipertensos al tratamiento y, de esa manera, contribuir para el control de los niveles tensionales, minimizando el perfil de morbimortalidad de dichas personas.

DESCRIPTORIOS

Hipertensión
Cumplimiento de la medicación
Atención de enfermería
Enfermedad crónica
Resultado del tratamiento

*Extraído da dissertação "O monitoramento de enfermagem em um programa de gestão de doenças crônicas: seguimento de um grupo de hipertensos", Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014. ¹Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. ²Professora Titular, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao longo da última década, as doenças cardiovasculares, principalmente a doença coronariana isquêmica (infarto do miocárdio), acidente vascular cerebral, doença hipertensiva e insuficiência cardíaca congestiva se tornaram as principais causas de mortalidade em todo o mundo, representando cerca de 30% de todas as mortes e até 50% da mortalidade pelo conjunto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estas causam, por si só, representam 17 milhões de mortes no mundo⁽¹⁾.

A hipertensão arterial é reconhecida como um dos maiores problemas de saúde pública atual⁽²⁾. Uma revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, composta por 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de hipertensão arterial de 37,8% nos homens e 32,1% nas mulheres⁽³⁾. No Brasil, não existe estudo de magnitude nacional que caracterize a sua prevalência. Estudos de base populacional realizados na última década em cidades brasileiras apontam prevalências variadas, como na da cidade de Luzerna (SC)⁽⁴⁾ com 14,7%, em Sinop (MT)⁽⁵⁾ 23,2%, Salvador (BA)⁽⁶⁾ 29,9%, São Paulo (SP)⁽⁷⁾ 32%, Goiânia (GO)⁽⁸⁾ 36,4% e Campo Grande (MS)⁽⁹⁾ 41,4%. Uma metanálise com revisão sistemática da literatura estimou em 68% a prevalência de hipertensão em idosos no Brasil⁽¹⁰⁾.

Além da alta prevalência, acrescenta-se a este cenário o controle pouco satisfatório da hipertensão arterial, o qual está diretamente relacionado, na maioria das vezes, com o processo de adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento pode ser considerada como *o grau de cumprimento das medidas terapêuticas indicadas, sejam elas medicamentosas ou não, com o objetivo de manter a pressão arterial em níveis normais*⁽¹¹⁾.

Os níveis da adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial oscilam em torno de 30%⁽¹²⁾. Os principais fatores que podem influenciar na adesão dos pacientes ao tratamento estão relacionados 1) ao paciente, como idade, sexo, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde; 2) à doença, como a cronicidade e efeitos deletérios a longo prazo; 3) ao tratamento medicamentoso, como os efeitos indesejáveis das drogas e posologia complexa; 4) aos aspectos institucionais; e 5) aqueles relacionados à relação paciente-membros da equipe de saúde. Nesse último, tem se verificado que a inclusão de membros da equipe de saúde, como a enfermeira, tende a favorecer a adesão ao tratamento⁽¹³⁾. Destaca-se, ainda, que dentre as várias estratégias, os contatos telefônicos também influenciam positivamente no processo de adesão, no contexto das doenças crônicas⁽¹⁴⁾.

Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, o hipertenso frequentemente requer estímulo constante para as mudanças de estilos de vida e ajustes ao tratamento. Frente ao panorama traçado, ressalta-se a importância do direcionamento de programas e políticas de saúde para a atenção no contexto da hipertensão arterial.

Uma das soluções propostas para potencializar a adesão ao tratamento são modelos de gestão de doenças crônicas. Este novo modelo de assistência teve início nos hospitais americanos na década de 1980, quando o *Medicare* (seguro de saúde norte-americano) proporcionou aos hospitais forte incentivo para encurtar o tempo de permanência hospitalar⁽¹⁵⁾. A gestão de doenças crônicas é definida, na prática clínica, como uma abordagem organizada, proativa, centrada no paciente e que envolve grupos que têm uma doença específica (ou uma subpopulação com fatores de risco específicos). Os cuidados são focados e integrados na totalidade da pessoa, considerando o espectro da doença e suas complicações e visando à prevenção de comorbidades. Componentes essenciais incluem a identificação da população, implementação de diretrizes de prática clínica ou outras ferramentas de tomada de decisão⁽¹⁶⁾.

Face aos aspectos destacados, o presente estudo teve como objetivos avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e identificar variáveis relacionadas em um grupo de hipertensos seguidos em um programa de gerenciamento de doenças crônicas.

MÉTODO

Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo e com abordagem quantitativa com hipertensos atendidos em um programa de gestão de doenças crônicas, durante 17 meses, nos anos 2011 e 2012. O estudo foi realizado no departamento de gerenciamento de doenças crônicas de uma instituição particular na cidade de São Paulo, contratado por operadoras de saúde. O programa era realizado por enfermeiros que orientavam os hipertensos de forma sistematizada, por meio de contatos telefônicos e visitas domiciliares.

Após o ingresso do cliente no programa, era feita a estratificação de risco de acordo com o número de comorbidades, hospitalização e presença das doenças como Câncer, Insuficiência Cardíaca, Incontinência Urinária, Doença Arterial Coronariana, Osteoporose e Insuficiência Renal. O escore preditivo de hospitalização variava de 0 a 100 e quanto mais elevado, maior o risco. Dessa forma, o *Status 1* correspondia à possibilidade de hospitalização $\geq 40\%$, *Status 2* $\geq 30\%$, *Status 3* $\geq 20\%$, *Status 4* $\geq 10\%$ e $<20\%$, e *Status 5* $< 10\%$. Após a classificação do cliente, era estabelecido um cronograma de abordagem, conforme descrito a seguir: *Status 1*- risco extremo, contato telefônico no máximo a cada 10 dias e visitas domiciliares trimestrais. *Status 2*- alto risco, contato telefônico entre 10 e 21 dias e visitas domiciliares trimestrais. *Status 3*- risco moderado, contato telefônico entre 15 e 30 dias e visitas domiciliares trimestrais. *Status 4*- baixo risco, contato telefônico entre 30 e 60 dias e sem visitas domiciliares pré-agendadas. *Status 5*- clientes classificados como autocuidado, os contatos telefônicos eram no máximo a cada 90 dias e não recebiam visitas domiciliares.

As orientações realizadas por telefone eram norteadas por um plano de ação montado pela enfermeira desde o primeiro contato. As ações eram estabelecidas de acordo com as prioridades identificadas em cada cliente e registradas na folha de trabalho do prontuário eletrônico. As ações eram sinalizadas por estrelas, de uma a cinco, e quanto mais estrelas, maior a prioridade da ação a ser implementada. Além desse método visual, a enfermeira também podia datar a ação, para que ela fosse trabalhada na data especificada. Ao final de cada contato, organizava-se o plano de ação para a próxima ligação. Havia também cerca de 100 folhetos que constituíam o material didático do programa. A cada ligação, dependendo do que foi trabalhado com o cliente, enviava-se pelo menos um folheto, com a intenção de reforçar as informações. Os principais conteúdos abordados nas orientações centravam-se na problemática da Hipertensão Arterial como doença crônica; no tratamento medicamentoso e não medicamentoso; nos fatores de risco incluindo obesidade, ingestão excessiva de sal e gorduras, tabagismo, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, e estresse; na importância da aferição regular da pressão arterial; e também na realização de exames periódicos. Após as visitas, as enfermeiras visitadoras atualizavam os dados do cliente em seus prontuários eletrônicos. Nas visitas domiciliares eram realizadas as aferições de pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura e circunferência abdominal, além da anotação de resultados de exames laboratoriais realizados pelos clientes. Nessas ocasiões, as orientações, constantes do plano de ação, também eram reforçadas.

Os critérios de inclusão para o presente estudo foram: ter o diagnóstico de hipertensão arterial e ser classificado nos *Status* 2 ou 3. Os critérios de exclusão foram: pacientes portadores de doenças neurológicas ou dependentes de terceiros, que dificultassem o processo de comunicação direta. Não houve cálculo amostral, pois todos os clientes que seguiram os critérios fizeram parte do estudo, conforme descrito na Figura 1. Todos os participantes foram acompanhados desde janeiro de 2011, data de inclusão no programa, até início do segundo semestre de 2012.

Os dados do presente estudo foram coletados das anotações do prontuário eletrônico. Dessa forma, dados sobre pressão arterial, peso e altura, avaliados nos contatos telefônicos, eram referidos pelos clientes. Dados sobre hábitos e estilos de vida, como tabagismo, ingestão de bebida alcoólica e atividade física, foram avaliadas por respostas dicotômicas (sim e não) às perguntas: Atualmente você fuma? Ingera bebida alcoólica? Realiza atividade física regularmente? O índice de massa corporal (peso (Kg)/altura²(m)) foi classificado de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)⁽¹⁷⁾ em: Normal (18,5-24,9), Sobrepeso (25-29,9), Obesidade (≥ 30). Foi considerada pressão arterial controlada valores para pressão sistólica menor que 140 mmHg e diastólica menor que 90 mmHg⁽²⁾.

Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, foi usado o instrumento de Morisky e Green, amplamente utilizado e validado em nosso meio⁽¹⁸⁾. Esse instrumento

é composto de quatro questões que permitem respostas de forma dicotômica (sim/não). Considerou-se adesão ao tratamento quando as respostas foram negativas a todas as seguintes questões: 1- Você costuma esquecer-se de tomar seus remédios? 2- Você é desatento, de vez em quando sobre tomar o seu remédio? 3- Deixa de tomar o remédio caso sintá-se melhor? 4- Deixa de tomar o remédio caso sintá-se pior?

No presente estudo, os resultados apresentados foram reunidos em cinco momentos, que representam os dados analisados nos cinco trimestres correspondentes, durante o período de acompanhamento dos hipertensos. Esses dados relacionam-se às informações oriundas dos contatos telefônicos. Para a análise dos dados, não houve distinção entre os hipertensos classificados nos *Status* 2 e 3. A análise estatística foi realizada com um nível de significância de $p < 0,05$. A relação entre as variáveis foi avaliada com o teste Qui-quadrado e teste exato de Fisher e as médias foram comparadas com teste paramétrico t-Student. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o nº 07792512.3.0000.5392 e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a coleta dos dados, sob o nº 01/2013.

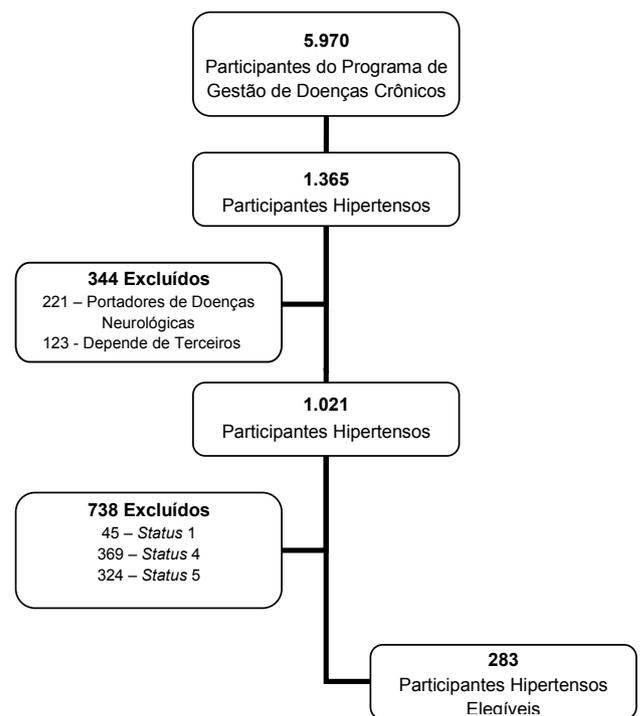


Figura 1 – Fluxograma de inclusão dos hipertensos no estudo.

RESULTADOS

Os dados do presente estudo mostram que a maioria dos hipertensos estudados, participantes do programa de gestão de doenças crônicas, era do sexo feminino (62,5%) e com idade predominante na sétima década (73,4 (10,9) anos), sendo que 89% possuíam mais de 60 anos. Quanto

aos hábitos e estilos de vida, por ocasião do ingresso no programa, verificou-se que apenas 3,5% referiram ser tabagistas e pouco mais ser etilistas (10,2%), porém a presença de sedentarismo foi expressiva (96,8%). Observou-se em relação aos parâmetros biométricos, que no Índice de Massa Corporal, apenas cerca de um terço (30,8%) estava na faixa da normalidade e os demais com sobrepeso e obesidade, apesar da média manter-se na faixa de sobrepeso (27,7 (4,9) kg/m²). Destaca-se que pouco mais de 10% apresentavam obesidade grau II (7,1%) ou mórbida (2,1%). Em relação aos valores tensionais, apesar da média manter-se na faixa da normalidade (128,8 (11,4)/78,9 (7,8) mmHg), em mais de um terço dos hipertensos (37,6%) a pressão arterial encontrava-se acima dos limites recomendados ($\geq 140/90$ mmHg) e destes, praticamente a metade apresentava hipertensão arterial sistólica isolada (Tabela 1).

Tabela 1 - Parâmetros biométricos e hábitos de vida dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas - São Paulo, SP, 2013

Variáveis	Hipertensos	
	N	%
Sexo		
Feminino	177	62,5
Masculino	106	37,5
Tabagismo		
Sim	10	3,5
Etilismo		
Sim	29	10,2
Sedentarismo		
Sim	274	96,8
Índice de massa corporal - IMC (kg/m²)		
<18,5	3	1,1
18,5 – 24,9	82	30,8
25 – 29,9	97	36,5
30 – 34,9	59	22,2
35 – 39,9	19	7,1
>40	6	2,3
IMC média, (dp), kg/m²	27,7 (4,9)	
Faixa Etária (anos)		
≤ 40	2	0,7
41 - 50	8	2,8
51 - 60	21	7,4
61 - 70	73	25,8
71 - 80	100	35,3
> 80	79	27,9
Idade média, (dp), anos	73,4 (10,9)	
Classificação Pressão Arterial (Sistólica/Diastólica, mmHg)		
Ótima (<120/80)	34	13
Normal (<130/85)	104	39,8
Limítrofe (130-139/85-89)	25	9,6
Estágio 1 (140-159/90-99)	24	9,2
Estágio 2 (160-179/100-109)	13	5
Estágio 3 (> 180/110)	11	4,2
Sistólica Isolada >140/<90)	50	19,2
Pressão Arterial média, (dp), mmHg		
Sistólica/Diastólica	128,8 (11,4)/78,9 (7,8)	

Na caracterização clínica dos hipertensos, o *diabetes mellitus* tipo 2 foi a comorbidade mais prevalente (77%), pouco mais da metade (56,5%) apresentava pelo menos algum tipo de cardiopatia e índices menores de dislipidemia (27,9%) e de insuficiência renal (18,7%). Quanto às classes farmacológicas dos medicamentos anti-hipertensivos, cerca da metade informou uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (55,1%) e Diuréticos (52,7%); seguido pelo uso de Betabloqueadores (38,2%), Bloqueadores do Canal de Cálcio (27,6%) e Inibidores da enzima conversora de Angiotensina (17,0%). O uso de Hipolipemiantes também foi expressivo, representado pelas Estatinas (53,4%). A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso pelo teste de Morisky-Green, no ingresso ao programa, revelou que apenas 25,1% dos hipertensos eram aderentes ao tratamento anti-hipertensivo, além de que, mais de um terço não estava com a pressão arterial controlada (37,6%) (Tabela 2). Quanto à quantidade de medicamento anti-hipertensivo utilizado, 27,9% relataram fazer uso de apenas um medicamento, 43,1% dois ou três medicamentos e, embora fosse uma amostra de indivíduos hipertensos, 6% relataram não utilizar nenhum anti-hipertensivo.

Tabela 2 - Comorbidades, tratamento medicamentoso, controle tensional e adesão ao tratamento dos hipertensos no ingresso ao programa de gestão de doenças crônicas - São Paulo, SP, 2013

Variáveis	Hipertensos	
	N	%
Comorbidades		
Diabetes tipo 2	218	77
Insuficiência Cardíaca	105	37,1
Dislipidemia	79	27,9
Insuficiência Renal Crônica	53	18,7
Doença Arterial Coronariana	38	13,4
Acidente Vascular Encefálico	30	10,6
Infarto do Miocárdio	17	6
Diabetes tipo1	10	3,5
Medicamentos		
Bloqueadores do Receptor de Angiotensina	156	55,1
Estatinas	151	53,4
Diuréticos	149	52,7
Betabloqueadores	108	38,2
Hipoglicemiantes	105	37,1
Bloqueadores do Canal de Cálcio	78	27,6
Inibidores da enzima conversora de Angiotensina	48	17
Insulinas	29	10,3
Antiarrítmicos	22	7,8
Agonistas Adrenérgicos Centrais	4	1,4
Adesão ao tratamento medicamentoso (Teste de Morisky-Green)		
Sim	71	25,1
Não	212	74,9
Controle da pressão arterial		
Sim	163	62,4
Não	98	37,6

A evolução da adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo teste de Morisky-Green, durante o período de seguimento dos hipertensos, revelou mudança significativa ($p < 0,05$). Houve incremento a partir da avaliação realizada no momento 2, que se sustentou nas avaliações subsequentes

(momentos 3, 4 e 5). O índice inicial de adesão ao tratamento era de 25,1% e no final da avaliação subiu para 85,5%. Para a variável pressão arterial, houve redução significativa ($p < 0,05$) tanto dos níveis sistólicos quanto dos níveis diastólicos na comparação do momento 1 com os momentos 4 e 5 (Tabela 3).

Tabela 3 - Adesão ao tratamento medicamentoso e valores da pressão arterial dos hipertensos, durante os cinco momentos de avaliação, no programa de gestão de doenças crônicas - São Paulo, SP, 2013

Variáveis	Momentos de avaliação									
	1		2		3		4		5	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Adesão ao tratamento medicamentoso										
Sim	71	25,1	150	53	184	65	209	73,9	242	85,5
Não	212	74,9	133	47	99	35	74	26,1	41	14,5
Valor p*			0,00		0,00		0,00		0,00	
Pressão Arterial média, (dp) mmHg										
Sistólica	128,8 (11,4)		128,2 (11,9)		127,8 (11,90)		126,1 (10,9)		125,1 (11,6)	
Valor p			0,61		0,23		0,02		0,00	
Diastólica	78,9 (7,8)		79,7 (9,4)		78,5 (7,3)		77,3 (7,0)		77,2 (8,0)	
Valor p ^s			0,11		0,95		0,03		0,05	

* valor de p no momento 1 versus 2,3,4 e 5 § valor de p no momento 1 versus 4 e 5
Nota: Dados analisados com teste Qui-quadrado.

Observou-se que houve associação estatisticamente significativa entre a adesão ao tratamento medicamentoso no momento 5 de avaliação, com o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, pois os hipertensos sob uso desse medicamento eram aderentes ($p < 0,05$, 18,6% vs 3,3%). Já naqueles em tratamento com a classe medicamentosa Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina ocorreu o inverso, com

predomínio de não adesão ($p < 0,05$, 53,0% vs 73,3%). Em relação às demais drogas anti-hipertensivas, não houve associação com a adesão ao tratamento. Verificou-se, ainda, que os hipertensos com insuficiência renal crônica eram mais aderentes, comparados àqueles que não apresentavam essa comorbidade ($p < 0,05$, 20,6% vs 3,3%). As demais comorbidades não se associaram à adesão ao tratamento (Tabela 4).

Tabela 4 - Adesão ao tratamento medicamentoso em relação às comorbidades e medicamentos anti-hipertensivos, dos hipertensos do programa de gestão de doenças crônicas - São Paulo, SP, 2013

Variáveis	Adesão ao tratamento medicamentoso						Valor p
	SIM		NÃO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Medicamentos anti-hipertensivos							
Bloqueadores do Receptor de Angiotensina							
Sim	134	53	22	73,3	156	55,1	0,03
Não	119	47	8	26,7	127	44,9	
Diuréticos							
Sim	133	52,6	16	53,3	149	52,7	0,23
Não	120	47,4	14	46,7	134	47,3	
Betabloqueadores							
Sim	96	37,9	12	40	108	38,2	0,83
Não	157	62,1	18	60	175	61,8	
Bloqueadores do Canal de Cálcio							
Sim	70	27,7	8	26,7	78	27,6	0,91
Não	183	72,3	22	73,3	205	72,4	
Inibidores da enzima conversora de Angiotensina							
Sim	47	18,6	1	3,3	48	17	0,03
Não	206	81,4	29	96,7	235	83	
Comorbidades							
Diabetes tipo 2							
Sim	193	76,3	25	83,3	218	77	0,38
Não	60	23,7	5	16,7	65	23	

Continua...

Variáveis	Adesão ao tratamento medicamentoso						Valor p
	SIM		NÃO		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Cardiopatias							
Sim	116	45,8	14	46,7	130	45,9	0,54
Não	137	54,2	16	53,3	153	54,1	
Insuficiência Renal Crônica							
Sim	52	20,6	1	3,3	53	18,7	0,02
Não	201	79,4	29	96,7	230	81,3	
Acidente Vascular Encefálico							
Sim	25	9,9	5	16,7	30	10,6	0,34
Não	228	90,1	25	83,3	253	89,4	
Dislipidemia							
Sim	69	27,3	10	33,3	79	27,9	0,48
Não	184	72,7	20	66,7	204	72,1	

Nota: Dados analisados com teste exato de Fisher.

DISCUSSÃO

O principal achado do presente estudo foi o crescente aumento ($p < 0,05$) à adesão ao tratamento medicamentoso, avaliada pelo Teste Morisky e Green, no decorrer do período de avaliação dos hipertensos no programa de gerenciamento de doenças crônicas. As propriedades do Teste Morisky e Green são designadas para facilitar a identificação e avaliação dos problemas e barreiras para uma adesão adequada. O teste pode ser utilizado inicialmente como uma ferramenta de diagnóstico para avaliar os níveis de cumprimento da prescrição por parte dos pacientes e seus comportamentos de adesão. Uma característica importante do Teste de Morisky e Green é a identificação de problemas relacionados com atitudes e comportamentos e a consequente utilização de medidas adequadas para resolvê-los. A taxa de adesão apresentou uma elevação de aproximadamente 60%, pois passou de 25,1% no ingresso ao programa, para 85,5% no último momento de avaliação. Considera-se que esse achado tenha refletido beneficemente na pressão arterial, com o evidente decréscimo nos níveis tensionais.

Avaliar a adesão ao tratamento no contexto das doenças crônicas, como a hipertensão arterial, não é uma tarefa fácil e simples. Diversos fatores influenciam no processo de adesão, como sexo, idade, condição socioeconômica; a própria doença, incluindo a cronicidade, ausência de sintomatologia específica e presença de complicações tardias; o tratamento, como os efeitos indesejáveis das drogas e esquemas complexos; além de aspectos institucionais, como acesso ao serviço de saúde e o relacionamento da pessoa hipertensa com a equipe de saúde⁽¹²⁾. Apesar de não ter havido associação estatisticamente significativa entre a adesão e, as variáveis sexo e tratamento, os fatores idade predominante dos participantes na sétima década e maioria de mulheres podem ter contribuído de maneira positiva para o aumento do nível de adesão à terapia medicamentosa. Estudos têm revelado que o nível de adesão tende a ser maior acima dos 60 anos⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

O aumento da idade e o maior envolvimento com a problemática de saúde dos hipertensos podem repercutir em maior adesão ao tratamento e conseqüentemente no controle da doença. Em relação ao contingente feminino, destaca-se que as mulheres parecem ter uma percepção mais acurada de sua condição de saúde e também desenvolvem maiores relações com os serviços de saúde em razão de seus atributos e funções reprodutivas.

Características do tratamento medicamentoso anti-hipertensivo também podem influenciar no processo de adesão em decorrência de efeitos indesejáveis, tratamento por toda vida, além da proposição de esquemas terapêuticos com várias drogas. No presente estudo houve associação positiva entre a adesão medicamentosa e o uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina, porém observou-se comportamento contrário naqueles em uso de Bloqueadores do Receptor de Angiotensina. Os Bloqueadores dos Receptores AT1 da Angiotensina II (BRA II) antagonizam a ação da angiotensina II por meio do bloqueio específico de seus receptores AT1. São indicados no tratamento da hipertensão arterial, principalmente em populações de alto risco cardiovascular ou com comorbidades, e proporcionam redução da morbimortalidade cardiovasculares⁽²¹⁻²²⁾. Estudo de metanálise constatou que hipertensos em uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina em comparação com hipertensos em uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina apresentavam 30% a mais de chance de não serem aderentes⁽²³⁾. Uma provável explicação para tal situação seria o amplo uso de Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina nos hipertensos estudados (55,1%), pois foi a droga em uso mais citada. Acrescenta-se ainda a quantidade de medicamentos, pois 66% informaram uso de mais de dois anti-hipertensivos e a complexidade do esquema terapêutico tem no número de medicamentos prescritos o seu componente mais relevante como fator dificultador da adesão ao tratamento. Destaca-se também a presença expressiva de comorbidades, as quais requerem tratamentos com medicamentos específicos.

Outro achado que merece atenção relaciona-se aos hipertensos com insuficiência renal crônica, pois evidenciou-se que eles foram mais aderentes ao tratamento medicamentoso. Tal achado pode ser justificado pela maior gravidade desses hipertensos e consequentemente maior cuidado com a saúde. A hipertensão arterial é uma doença passível de controle na vigência de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Porém, quando não tratada adequadamente, com redução da pressão arterial a níveis considerados desejáveis, efeitos deletérios podem ocorrer com lesão de órgãos-alvo, como a deterioração da função renal⁽²⁴⁾. Em hipertensos com função renal comprometida indica-se, inclusive, redução mais agressiva da pressão arterial, a meta a ser atingida com o tratamento da hipertensão deve ser de pressão arterial em 130/80 mmHg⁽²⁾. Estudo de coorte com seguimento de hipertensos por 15 anos mostrou diminuição do risco para falência renal com a redução da pressão arterial sistólica após instituição de tratamento anti-hipertensivo⁽²⁵⁾. Desta forma, a relação entre maior adesão ao tratamento entre portadores de insuficiência renal crônica pode ser explicada pela necessidade da manutenção de níveis tensionais ótimos para retardar a degeneração produzida pela patologia.

Salienta-se que, apesar do aumento à adesão ao tratamento medicamentoso no decorrer do acompanhamento dos hipertensos, o controle dos níveis tensionais manteve-se em torno de 60%. Porém, esse valor pode ser considerado razoável quando comparado aos achados da literatura. Revisão sistemática recente, realizada em nosso meio, com estudos de base populacional, o índice mais elevado de controle (57,6%) foi de um estudo multicêntrico em 100 municípios brasileiros e os menores percentuais, em torno de 10%⁽²⁶⁾. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial apontam que o controle da hipertensão em nosso meio é de apenas 19,2%. Porém, de um modo geral, tem-se verificado que esses níveis oscilam em torno de 30%⁽²⁾.

A educação das pessoas com doenças crônicas como a hipertensão tem como finalidade influenciar o comportamento do hipertenso na obtenção de mudanças e manutenção. Os objetivos educacionais se relacionam a: ajudar o hipertenso a entender, conhecer e aceitar a doença; conhecer e reconhecer comportamentos de risco; informar sobre decisões do tratamento e diagnóstico; negociar e cumprir propostas de tratamento; e enfrentar problemas de manutenção do tratamento. O desafio da adesão ao tratamento é tarefa que exige o envolvimento e a participação dos hipertensos e da equipe de saúde, em especial do enfermeiro e sua equipe. Para que se possa atingir e manter os níveis tensionais controlados, são necessários estímulos constantes que podem contribuir para as mudanças do estilo de vida e ajuste ao tratamento medicamentoso. Os hipertensos devem ser observados em intervalos regulares, tendo como principal objetivo obter o controle dos níveis de pressão arterial,

assim como a sua manutenção em longo prazo. O principal motivo do controle inadequado da hipertensão arterial parece ser o não cumprimento do tratamento em longo prazo, tanto em modificações em estilo de vida, quanto no que se refere à observação da prescrição medicamentosa. Dessa forma, a proposta de gerenciamento de doenças crônicas atinge diretamente esses propósitos e estudos tem referendado a ação benéfica desse tipo de estratégia⁽²⁷⁻²⁸⁾. Salienta-se ainda, a facilidade do acesso à população-alvo por contato telefônico, propiciado pelo sistema de telefonia móvel, além dos avanços tecnológicos na área. Ensaio clínico, em nosso meio, que comparou dois grupos de hipertensos, mostrou que nos hipertensos que receberam ligações telefônicas o abandono do tratamento foi menor ($p < 0,05$)⁽¹⁴⁾.

Atualmente, existem medidas terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas realmente eficazes para o tratamento da hipertensão. Porém, tem-se verificado taxas insatisfatórias no controle da doença, expondo os hipertensos aos malefícios advindos das complicações. Considera-se que a falta de controle apresenta relação direta com a equivalente falta de adesão ao tratamento. A adesão, por sua vez, envolve uma gama de fatores muito coincidentes com os fatores de risco para a própria hipertensão arterial. Na estratificação do risco individual dos hipertensos, a busca por variáveis, além daquelas determinadas em Consensos e Guias, pode ser um pré-requisito importante para o reconhecimento de possibilidades para influenciar a almejada adesão ao tratamento e o controle adequado da doença, além de evitar o abandono ao tratamento. A adesão insatisfatória ao tratamento é um problema que deve ser enfrentado por todos: pessoa hipertensa, família, comunidade, instituições e equipe de saúde. As políticas públicas de atenção à saúde devem ser direcionadas a todos, porém merece atenção especial a parcela não controlada dos hipertensos que deve ser contemplada com estratégias especiais de promoção, prevenção e controle, para minimizar ou evitar complicações decorrentes da doença não controlada.

Limitações do estudo

A principal limitação relaciona-se ao tipo do estudo realizado. Uma investigação de natureza observacional não permite avaliar a relação entre causa e efeito. Embora se possa observar alterações nas variáveis estudadas ao longo do tempo, a ausência de um grupo controle não permite relacioná-las à intervenção aplicada nesse tipo de estudo. Outro fator limitante foi a coleta de dados feita a partir de prontuário eletrônico. Por se tratar de um prontuário, a ausência de alguns dados prejudicou a análise de algumas variáveis, como por exemplo, exames laboratoriais. Muitos prontuários não continham informações suficientes durante o período analisado. Porém, não é possível atribuir a falta de dados à ausência de anotações do profissional enfermeiro ou à falta de conhecimento dos participantes em relação aos dados.

CONCLUSÃO

Considera-se que a estratégia de gerenciamento de doenças crônicas, com a participação de enfermeiros atuando na orientação dos hipertensos por meio de contatos telefônicos possa ter contribuído para o aumento da adesão ao tratamento medicamentoso. A adoção de estratégias que visem mudanças no panorama de morbimortalidade de doenças, como a hipertensão arterial, deve ser

uma meta a ser atingida em todos os níveis de atenção à saúde. A importância da atuação do enfermeiro junto aos hipertensos é inegável, principalmente no tocante à adesão ao tratamento, que muitas vezes requer grandes mudanças em estilos de vida e modo de viver das pessoas, e que essas mudanças são visualizadas em médio ou longo tempo. Portanto, a manutenção de vínculos por meio de programas de gestão de doenças crônicas, ainda incipiente em nosso meio, deve ser estimulada.

REFERÊNCIAS

1. Goulart FAA; Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2010;17(1Supl 1):1-51.
3. Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens.* 2009;27(5):963-75.
4. Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres KG. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. *Arq Bras Cardiol.* 2007;89(5):319-24.
5. Martins MSAS, Ferreira MG, Guimarães LV, Vianna LA. Hipertensão arterial e estilo de vida em SINOP, município da Amazônia Legal. *Arq Bras Cardiol.* 2010;94(5):639-44.
6. Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MM. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2006;87(6):747-56.
7. Mion Junior D, Pierin AMG, Bensenor IM, Marin JC, Costa KR, Henrique LF, et al. Hipertensão arterial na cidade de São Paulo: prevalência referida por contato telefônico. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1):99-106.
8. Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PV, Souza WK, et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):452-7.
9. Souza ARA, Costa A, Nakamura D, Mocheti LN, Stevanato Filho PR, Ovando LA. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. *Arq Bras Cardiol.* 2007;88(4):441-6.
10. Picon RV, Fuchs FD, Moreira LB, Fuchs SC. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. *Am J Hypertens.* 2013; 26(4):541-8.
11. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev Esc Enferm USP.* 1991;25(3):259-69.
12. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens.* 2006;13(1):35-8.
13. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004.
14. Ortega KC, Gusmão JL, Pierin AM, Nishiura JL, Ignez EC, Seigre CA, et al. How to avoid discontinuation of antihypertensive treatment: the experience in São Paulo, Brazil. *Clinics (São Paulo).* 2010;65(9):857-63.
15. Zitter M. A new paradigm in health care delivery: disease management in disease management: a systems approach to improving patient outcomes. *Am Hosp Pub.* 1997;1:1-25.
16. Norris SL, Glasgow RE, Engelgau MM, O'Connor PJ, McCulloch D, et al. Chronic disease management: a definition and systematic approach to component interventions. *Dis Manag Health Out.* 2003;11(8):477-88.
17. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva; 2000.
18. Strelec MAM, Pierin AMG, Mion Junior D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):349-54.
19. Busnelo RG, Melchior R, Faccin CS, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Characteristics associated with the dropout of hypertensive patients followed up in an outpatient referral clinic. *Arq Bras Cardiol.* 2001;76(5):352-4.
20. Pierin AMG, Marrone S. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Ciênc Saúde Coletiva* 2011;16(1):1389-400.

-
21. Julius S, Kejdelsen SE, Weber M, Brunner HR, Ekman S, Hansson L, et al. Outcomes in hypertensive patients in high cardiovascular risk treated with regimens based on valsartan and amlodipine: the VALUE randomised trial. *Lancet*. 2004;363(9426):2022-31.
 22. Yusuf S, Teo KK, Pogue J, Dyal L, Copland I, Schumacher H, et al.; ONTARGET Investigators. Telmisartan, ramipril, or both in patients at high risk for vascular events. *N Engl J Med*. 2008;358(15):1547-59.
 23. Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of nonadherence to antihypertensive therapy: a meta-analysis. *Can J Cardiol*. 2012; 28(5):574-80.
 24. Haroun MK, Jaar BG, Hoffman SC, Comstock GW, Klag MJ, Coresh J. Risk factors for chronic kidney disease: a prospective study of 23,534 men and women in Washington County, Maryland. *J Am Soc Nephrol*. 2003;14(11):2934-41.
 25. Perry HM, Miller JP, Fornoff JR, Baty JD, Sambhi MP, Rutan G, et al. Early predictors of 15-year end-stage renal disease in hypertensive patients. *Hypertension*. 1995;25(4):587-94.
 26. Pinho NA, Pierin AMG. O controle da hipertensão arterial em publicações brasileiras. *Arq Bras Cardiol*. 2013;101(3):65-73.
 27. Edelman D, McDuffie JR, Oddone E, Gierisch JM, Nagi A, Williams JW. Shared medical appointments for chronic medical conditions: a systematic review [Internet]. Washington: Department of Veterans Affairs (US); 2012 [cited 2014 May 16]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99785/>
 28. Housden L, Wong ST, Dawes M. Effectiveness of group medical visits for improving diabetes care: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2013;185(13):635- 44.