

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

ANDRÉ ALMEIDA DE MOURA

**Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um
município do interior de Goiás**

**Ribeirão Preto
2014**

ANDRÉ ALMEIDA DE MOURA

**Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um município
do interior de Goiás**

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto para
obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem Fundamental

Linha de Pesquisa: Comunicação em
enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Amélia
Costa Mendes

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Moura, André Almeida de

Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um município do interior de Goiás. Ribeirão Preto, 2014.

83 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Isabel Amélia Costa Mendes

1. Hipertensão. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cooperação do paciente

MOURA, André Almeida de

Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um município do interior de Goiás

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

*Aos meus **pais** pelos ensinamentos ao longo desta vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo dom da vida e por todas as bênçãos concedidas.

Às professoras Dra. Isabel Amélia Costa Mendes e Dra. Simone de Godoy pelas sábias orientações e a paciência com relação a mim.

À professora Dra. Maria Suely Nogueira pela amizade, apoio e orientação desde a especialização, no mestrado e até mesmo após sua aposentadoria. A você desejo todo meu carinho.

À professora Dra. Cláudia Bernardi Cesarino pelas sugestões e apontamentos no exame de qualificação.

À Dra. Miyeko Hayashida pelas grandes considerações e análise dos dados realizados deste trabalho.

Aos amigos da Pós-graduação e fora dela, pelo apoio quando sempre precisei.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santa Helena de Goiás, por permitir desenvolver a pesquisa nas Unidades de Saúde da Família.

À Marildete Borges Morais, enfermeira do Núcleo de Apoio de Saúde da Família de Santa Helena de Goiás, pela grande amizade construída ao longo de anos e por ter intermediado o contato com os profissionais das Unidades de Saúde da Família.

Aos enfermeiros das Unidades de Saúde da Família de Santa Helena de Goiás, pela atenção e ajuda prestada para viabilização da pesquisa.

Aos pacientes que participaram da pesquisa, por terem contribuído para desenvolvimento da pesquisa, sem eles não aconteceria o presente estudo.

Aos coordenadores e colegas de serviços, pelo apoio e inúmeras trocas de plantão que permitiram que conseguisse conquistar esse objetivo.

Às funcionárias do CRAE da EERP, Maria de Lourdes e Eliana, e também as funcionárias da Casa de Hospedes (Shirlene, Ana e Lúcia) pelo carinho sempre comigo.

Aos docentes e funcionários da EERP – USP que contribuíram para minha formação e a concretização deste trabalho.

RESUMO

MOURA, A. A. **Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial em um município do interior de Goiás**. 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

O presente estudo foi desenvolvido com o objetivo de identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município do interior de Goiás. Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo e de abordagem quantitativa. A coleta de dados compreendeu o período de novembro de 2012 a abril de 2013 e foi dividida em duas fases. Na primeira, buscamos os pacientes hipertensos cadastrados no SISHIPERDIA e no SIAB de cada USF do município e identificamos se permaneciam na área de abrangência da USF. Na segunda, os pacientes foram entrevistados utilizando-se um questionário que contemplou a caracterização sociodemográfica e socioeconômica, tratamento não-medicamentoso e medicamentoso. Participaram 138 pacientes hipertensos, sendo 65,9% do sexo feminino, com média de idade de 60,5 anos (DP=11,32), 71% com a escolaridade primeiro grau incompleto e renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Em relação à ocupação, 39,9% eram aposentados e 21,7% eram do lar. Entre os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento 70,3% dos pacientes referiram aspectos pessoais. Foram classificados como aderentes ao tratamento não farmacológico 15,9% dos participantes e 21% seguir corretamente o tratamento farmacológico. Diante dos dados, percebemos que ainda é preciso desenvolver novas pesquisas na atenção primária, com vistas de conhecer os fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão, e destacamos a necessidade de elaboração e execução de projetos com ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos assistidos no município estudado.

Palavras-chave: Hipertensão. Atenção Primária à Saúde. Cooperação do paciente.

ABSTRACT

MOURA, A. A. **Factors of non-adherence to hypertension treatment in a city in the interior of Goiás.** 2014. 83 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

The present study was developed with the aim of identifying determinants of non-adherence to treatment of hypertensive people in a city in the interior of Goiás. This is a cross-sectional, descriptive, quantitative study. Data collection was done from November 2012 to April 2013 and was divided into two phases. Initially, we sought for hypertensive patients registered in the SISHIPERDIA and SIAB in each municipality's USF and identified if they remained in the area covered by the USF. Secondly, patients were interviewed using a questionnaire that included the sociodemographic and socioeconomic characteristics, non-medicated and medicated treatment. A number of 138 hypertensive patients participated of this study, 65.9% were female, with a mean age of 60.5 years old (SD = 11.32), 71% with incomplete primary school education and individual income 1-2 minimum wages. Regarding occupation 39.9% were retired and 21.7% were housewives. Among the factors that contributed to non-adherence to treatment 70.3% of patients reported private affairs. Adherent participants in non-pharmacological treatment were 15,9% and 21% were reported as correctly following the pharmacological treatment. Based on the data, we realized that we still need to develop new researches in primary care, aiming to know the factors of non-adherence to hypertension treatment, and highlight the need for development and implementation of multidisciplinary projects with actions that seek to encourage adherence to treatment of hypertensive care in the city of the study.

Keywords: Hypertension. Primary Health Care. Patient compliance.

RESÚMEN

MOURA, A. A. **Factores de la no adhesión al tratamiento de la hipertensión en una ciudad del interior de Goiás**. 2014. 83 f. Disertación (Master) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El presente estudio fue desarrollado con el objetivo de identificar los factores determinantes de la no adhesión al tratamiento de hipertensos en una ciudad del interior de Goiás. Se trata de un estudio de corte transversal, descriptivo y de abordaje cuantitativa. La recolección de datos se realizó a partir de noviembre 2012 a abril 2013 y se dividió en dos fases. Al principio, buscamos los pacientes hipertensos registrados en el SISHIPERDIA y en el SIAB de cada USF de la ciudad e identificamos se permanecían en la área cubierta por la USF. En la segunda, los pacientes fueron entrevistados utilizándose un cuestionario que contempló la caracterización sociodemográfica y socioeconómica, tratamiento no-medicamentoso y medicamentoso. Participaron 138 pacientes hipertensos, siendo 65,9% del sexo femenino, con media de edad de 60,5 años (DP = 11,32), 71% con educación primaria incompleta y renta individual de 1 a 2 salarios mínimos. En cuanto a la ocupación 39,9% eran jubilados y 21,7% eran amas de casa. Entre los factores que contribuyen para la no adhesión al tratamiento el 70,3% de los pacientes mencionaron los aspectos personales. Fueron clasificados como adherentes al tratamiento no farmacológico 15,9% de los participantes y el 21% seguir correctamente el tratamiento farmacológico. A partir de los datos, nos damos cuenta de que aún es preciso desarrollar nuevas investigaciones en la atención primaria, con vistas de conocer los factores de la no adhesión al tratamiento de la hipertensión y destacamos na necesidad de elaboración y ejecución de proyectos con acciones multidisciplinarios que busquen fomentar la adhesión al tratamiento de los hipertensos asistidos en la ciudad estudiada.

Palabras-clave: Hipertensión. Atención primaria a la salud. Cooperación del paciente.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição dos pacientes hipertensos (n=138) em relação às características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, 2013.....	48
Tabela 2-	Distribuição das respostas em relação à opinião dos pacientes quanto aos fatores que interferem no descontrole da pressão arterial. Santa Helena de Goiás. 2013.....	50
Tabela 3-	Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Santa Helena de Goiás, 2013.....	55
Tabela 4-	Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à adesão ao tratamento farmacológico. Santa Helena de Goiás, 2013.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Distribuição dos descritores utilizados em cada base de dados. Ribeirão Preto, 2014.....	27
Quadro 2-	Caracterização dos estudos segundo país, ano, periódico, delineamento e nível de evidência. Ribeirão Preto, 2014.....	30
Quadro 3-	Distribuição dos artigos conforme os objetivos das pesquisas. Ribeirão Preto, 2014.....	33
Quadro 4-	Distribuição de números de famílias, usuários e hipertensos por unidades de estratégia de saúde da família. Santa Helena de Goiás, 2013.....	42

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-. Mapeamento do Sistema de Saúde da cidade de Santa Helena de Goiás-GO. Fonte: Prefeitura Municipal de Santa Helena de Goiás, 2013.....	41
--	----

LISTA DE SIGLAS

AOS	Apneia Obstrutiva do Sono
APS	Atenção Primária à Saúde
BMQ	<i>Brief Medication Questionnaire</i>
DASH	Dietary Approach to Stop Hypertension
DCNTs	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DN	Descenso Noturno
EMBASE	<i>Biomedical Database</i>
Emtree	<i>Elsevier Life Science thesaurus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MARS5	<i>Medication Adherence Report Scale</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MINT	Instrumento de Avaliação Motivacional
NASF	Núcleo de Apoio de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PAC	Programa de Agentes Comunitários
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PubMed	<i>National Library of Medicine</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISHIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i> da Atenção Básica
SSPS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMG	Teste Morisky-Green
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO.....	15
2	INTRODUÇÃO.....	17
2.1	Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos conceituais, epidemiológicos e do tratamento.....	18
2.2	Adesão ao tratamento da hipertensão arterial na atenção primária e fatores associados.....	21
3	OBJETIVOS.....	37
3.1	Objetivos gerais.....	38
3.2	Objetivos específicos.....	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
4.1	Tipo do estudo.....	40
4.2	Local do estudo.....	40
4.3	Aspectos éticos.....	42
4.4	Período e procedimentos da coleta de dados.....	43
4.5	Estudo piloto.....	44
4.6	Processamento e análise dos dados.....	45
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	76
	ANEXO.....	82

1 APRESENTAÇÃO

A escolha do tema surgiu dentro do contexto do município de Santa Helena de Goiás onde, enquanto profissional da ESF, identifiquei que existiam várias ações que ofereciam condições favoráveis para que o paciente hipertenso mantivesse a adesão ao tratamento. Essas ações vão desde práticas de educação em saúde com o grupo específico, até mesmo o atendimento com cardiologista no ambulatório de especialidades da cidade. Mesmo com essa gama de serviços, é importante ressaltar que é grande o número de pacientes hipertensos que não seguem corretamente o tratamento proposto.

Nesse sentido, e com ajuda da literatura disponível sobre o tema, busco identificar, entre os hipertensos não aderentes ao tratamento de Santa Helena de Goiás, os fatores que contribuem para a não adesão ao tratamento.

A partir dos resultados encontrados, será possível identificar os pontos de maiores dificuldades apresentados pelos pacientes e, assim, direcionar ações que favoreçam maior adesão dos hipertensos do município ao tratamento.

2 INTRODUÇÃO

2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos conceituais, epidemiológicos e do tratamento

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são caracterizadas por uma história longa com múltiplos fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos e biológicos conhecidos e desconhecidos e que na maior parte do seu curso são assintomáticas, com quadro clínico em geral prolongado e permanente e cuja evolução pode acarretar graus variáveis de incapacidade, prejuízos na qualidade de vida dos sujeitos acometidos por agravos das doenças, até mesmo a morte (LESSA, 1998).

No Brasil, em meados da década de sessenta, houve o cruzamento das curvas de mortalidade no país, decorrente do declínio das doenças infecto parasitárias, e rápida ascensão das doenças crônicas, dentre elas as do aparelho circulatório (LESSA, 2010).

Nos últimos dez anos, as taxas de mortalidade pelas DCNTs reduziram em aproximadamente 20%, fato esse atribuído à expansão da atenção primária, melhoria da assistência e redução do consumo do tabaco desde os anos 1990, mostrando importante avanço na saúde dos brasileiros (BRASIL, 2011).

No contexto das DCNTs, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) configura-se como uma doença de grande magnitude devido a importantes aspectos: com índices elevados de prevalência e morbi-mortalidade; alto impacto social em razão das internações de longo tempo, alto custo do tratamento e complicações associadas; além das questões relativas a mudanças de hábitos e condições de vida e à grande dificuldade da adesão ao tratamento (IDE, 2004).

Define-se HAS como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), com uma linha demarcatória que considera valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou de Pressão arterial Diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg validados por medidas repetidas, em condições corretas, em ao menos três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - SBH; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA - SBN, 2010).

Quando as causas são desconhecidas denomina-se a hipertensão como

primária e, como secundária, os casos de hipertensão cujas causas podem ser identificadas (CUNNINGHAM, 2005).

No que tange à epidemiologia, o cenário da hipertensão e de outras DCNTs no Brasil é decorrente das mudanças sociais, econômicas e demográficas.

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e considerada como o principal fator de risco para várias doenças como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica e da doença arterial periférica (BRASIL, 2006; SANTOS et al., 2013).

No Brasil, estima-se que cerca de 30 milhões de indivíduos sejam portadores de hipertensão arterial, o que corresponde a 36% da população masculina adulta e a 30% das mulheres adultas (SBC; SBH; SBN, 2010).

Seguindo ainda os aspectos epidemiológicos, destaca-se:

A epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil apresenta aspectos peculiares e coincidentes com outros países com impacto importante no perfil de mortalidade, tais como desigualdade social na distribuição do risco de morte, no acesso ao diagnóstico de hipertensão arterial e na proporção de indivíduos com pressão arterial elevada (LOTUFO, 2009, p. 633).

O estudo que investigou a prevalência da HAS através de condição referida de indivíduos acima dos 20 anos com base nos dados da Pesquisa Nacional de Domicílios, demonstrou que a prevalência de hipertensão referida foi de 12,5% em 1998, 13% em 2003 e 13,9% em 2008 (MUNIZ et al., 2012).

Um município do Rio Grande do Sul apresentou prevalência de 18%, entretanto a maioria dos inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos anos possui uma prevalência da doença entre 25% - 35% (CASTRO; MONCAU; MARCOPITO, 2007; CESARINO et al., 2008; JARDIM et al., 2007; NASCENTE et al., 2010; ROSÁRIO et al., 2009; SOUSA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

Na população de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, a prevalência foi de 41,4%. Porém, observamos que estudos com diferentes critérios de seleção da amostra utilizados por diferentes pesquisas apontam uma prevalência que varia entre 14% a 47,9% (SANTOS et al., 2013; SOUZA et al., 2007).

Em consonância com essa elevada prevalência, destacam-se os altos custos gerados pelas hospitalizações de pacientes com complicações da HAS. No ano de 2005, os custos hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) com

hipertensos, de idade entre 20 a 65, apontam que 49% das internações hospitalares foram decorrentes de eventos cardiovasculares precoces e os custos no valor de R\$ 645.963.613,40. Além disso, cabe ressaltar os custos que não são contabilizados como aposentadorias por invalidez, licença para tratamento e pensão para seus dependentes (LESSA, 2006).

Ainda sobre a análise econômica do tratamento da HAS no Brasil, o valor estimado para o tratamento da hipertensão no país, que envolve consultas médicas, avaliação nutricional, exames complementares, medicamentos anti-hipertensivos e atendimentos de urgência, foram de aproximadamente R\$ 969.231.436,00 no SUS e 662.646.950,00 pelo Sistema Suplementar de Saúde, o que representa 0,08% do Produto Interno Bruto brasileiro (SBC; SBH; SBN, 2010).

O tratamento medicamentoso da HAS é composto por grupos de medicamentos de ações diversas cujo objetivo maior é a redução da morbimortalidade cardiovascular. Esse benefício é observado, independente da classe de medicamento utilizado (MION JÚNIOR; ORTEGA, 2013).

O tratamento da hipertensão arterial não envolve apenas a utilização de medicamentos. É preciso também investir na modificação do estilo de vida. Sendo assim, são necessárias mudanças em alguns hábitos e costumes, em relação à alimentação, ao uso de tabaco e de bebida alcoólica, bem como a prática de exercícios físicos. Mudar o hábito de vida envolve mudanças na forma de viver e na própria ideia de saúde que o indivíduo possui (OLIVEIRA et al., 2013; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Dessa maneira, pesquisas utilizando ensaios clínicos controlados mostram que o tratamento da HAS, envolvendo medicação adequada associada a mudanças de hábitos de vida, contribui consideravelmente para a redução de eventos cardiovasculares fatais (BORGES; CAETANO, 2005).

A HAS acarreta transformações significativas na vida dos indivíduos, sejam elas na esfera psicológica, familiar, social ou econômica pela possibilidade de agravo em longo prazo. Portanto, não somente o paciente, assim como seus familiares, amigos e profissionais de saúde devem ajudar na mudança dos hábitos de vida (BASTOS; BORENSTEIN, 2004).

Nessa vertente, cabe ressaltar que o tratamento da hipertensão arterial passou a ser analisado pela estratificação do risco cardiovascular e não somente pelos níveis pressóricos, ou seja, hipertensão não pode ser compreendida apenas

como uma condição clínica de cifras tensionais elevadas, mas deverá ser levada em conta sua sintomatologia, incluindo alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas (CHAVES et al., 2006; GASQUES; ROLAND; CESARINO, 2008).

Por ser assintomática na maior parte do seu curso, a HAS tem seu tratamento negligenciado, ocasionando baixa adesão ao tratamento por parte do paciente.

A ausência de sintomas na HAS geralmente leva os indivíduos a terem a impressão de que gozam de boa saúde. Assim, podem ter elevação na PA, principalmente associada aos hábitos e comportamentos inadequados e, portanto, na maioria das vezes só tomam conhecimento do diagnóstico e agravo quando já são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal (BRASIL, 2006; CONSOLIM-COLOMBO; PLAVINK, 2009; SBC; SBH; SBN, 2010).

O fator principal da falta de controle da hipertensão arterial consiste na não-adesão ao tratamento, entendida, aqui, num primeiro aspecto, como o não-seguimento à orientação médica e de profissionais de saúde e/ou o não-comparecimento às consultas por parte do paciente (OIGMAN, 2013).

2.2 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial na Atenção Primária e Fatores Associados

Algumas terminologias são utilizadas indistintamente como sinônimo de adesão ao tratamento, mas quando analisadas criticamente apresentam as seguintes perspectivas: aderência (ideia de seguir o tratamento de modo intenso e que não mais se desligam), observância (omite a vontade do paciente), complacência (sugere passividade), compliance (obediência participativa) (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006; PIERIN, 2001, 2004).

Adesão é a palavra utilizada na área da saúde no que se refere ao tratamento da HAS que melhor representa o seguimento do tratamento proposto e é definida e caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do indivíduo, em termos medicamentosos, nutricionais e mudanças no estilo de vida, além dos retornos propostos, correspondendo ao conceito

proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006; PIERIN, 2001; SBC; SBH; SBN, 2010).

Sendo assim, em se tratando de HAS, o termo adesão constitui-se o mais adequado pelo fato de poder avaliar seus diferentes graus – no mais elevado nível estão os pacientes aderentes e o inverso corresponde aos desistentes, àqueles pacientes que abandonam o tratamento (PIERIN, 2001).

Seguindo esse mesmo pensamento, embora não seja um problema apenas relacionado à HAS, por ser comum em outros regimes terapêuticos prolongados, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em sua complexidade (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006; WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2003).

No início dos anos 70, foi identificado que somente metade dos pacientes hipertensos são detectados; dos que são detectados, somente a metade é tratada; e, entre esses últimos, somente a metade é controlada (WILBER; BARROW, 1972).

A falta de adesão ao tratamento é um problema multifatorial, que está sob influência de aspectos socioeconômicos, da própria doença, do paciente, dos fármacos, da equipe e sistema de saúde (GUSMÃO; MION JÚNIOR, 2006; LYRA JÚNIOR et al., 2006).

A não-adesão ao tratamento está relacionada a 5 grupos de fatores: socioeconômicos, relacionados ao paciente, à equipe e sistema de saúde, ao tratamento e terapêutica e à própria doença (WHO, 2003).

Cabe ressaltar que:

A adesão ao tratamento, para qualquer doença crônica, sofre influência de fatores próprios do paciente e por outros desencadeados pelo médico, além do contexto socioeconômico. Os principais fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de melhor estado de saúde, além da questão do custo do tratamento e da compreensão do impacto do papel das medidas higieno-dietéticas no contexto do padrão sociocultural vigente (COELHO; NOBRE, 2006, p. 52).

Mesmo conhecendo os fatores envolvidos, permanece o desafio de vencer a falta de vínculo do indivíduo com o tratamento (LESSA, 2001; PEREIRA,

2013).

Assim, a relação dos membros da equipe de saúde com o paciente hipertenso é um fator altamente interveniente no processo do tratamento. O estabelecimento de uma relação aberta com o hipertenso, bem como a identificação de seu conhecimento e as suas preferências, permite maior adesão ao tratamento (BORGES; PINHEIRO; SOUZA, 2012; PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

Os membros da equipe de saúde que atuam junto aos hipertensos não devem medir esforços no sentido de aperfeiçoar recursos e estratégias para adesão ao tratamento, incluindo a participação ativa do indivíduo visando à manutenção da qualidade de vida (PIERIN; MION JÚNIOR, 2001).

É imprescindível que cada profissional de saúde tente identificar, na sua população de trabalho, quais são as variáveis envolvidas e associadas ao abandono do tratamento ou ao não cumprimento das orientações terapêuticas, considerando a estrutura disponível para o atendimento daquela população e a necessidade do desenvolvimento de estudos que avaliem a implementação de estratégias de lidar com o problema da não-adesão ao tratamento (GIORGI, 2006; REINEIRS et al., 2008).

Para avaliar a adesão ao tratamento existem métodos diretos (análise biológica e composto traçador) e indiretos (relatório do paciente, opinião do médico, diário do paciente, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização eletrônica da medicação) de medida de adesão ao tratamento farmacológico e que apresentam suas vantagens e desvantagens (OIGMAN, 2013).

Os métodos diretos são caracterizados pela precisão, feitos através dos níveis séricos dos fármacos, mas que têm alto custo. Já os métodos indiretos são simples, de baixo custo e quando padronizados podem produzir informações importantes sobre o grau de adesão. Além disso, estudos apontam que a imprecisão de métodos é dada como elemento complicador na comparabilidade dos dados (SANTOS et al., 2013).

A Atenção Primária em Saúde (APS) cobre cerca de 60% da população brasileira através de equipes atuantes em território definido, com população adstrita, realizando ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência, além de acompanhamento longitudinal dos usuários, fundamental na melhoria da resposta ao tratamento dos usuários com hipertensão e outras DCNTs (BRASIL, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu princípios para nortear a atenção primária nos serviços de saúde, entre eles destacamos: resgate de valores éticos, da dignidade humana, promoção e proteção à saúde, participação social, autogestão da saúde pelo paciente, financiamento sustentável baseado na qualidade, entre outros (STARFIELD, 2002).

O conceito de APS difundido pela OMS é o de atenção essencial à saúde baseada nos avanços tecnológicos e métodos práticos, com embasamento científico comprovado, socialmente aceitável, universalmente acessível aos indivíduos, família e comunidade e a um custo que a comunidade e o país possam manter, em cada estágio do seu desenvolvimento, promovendo a autoconfiança e autodeterminação dos usuários da APS (WHO, 1978, 2008).

A diversidade das interpretações da abrangência e escopo da atenção primária à saúde, sua complexidade conceitual e a evolução da sua implementação levaram a diferentes termos que são utilizados para nomear a APS, fato esse que pode ser verificado tanto na literatura nacional quanto na internacional (BRASIL, 2007).

A APS integra o sistema de saúde do país enquanto primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde, levando a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem, trabalham, e se constitui no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde (WHO, 1978).

A APS, de uma forma geral, aborda os problemas mais comuns na comunidade de maneira organizada e racionalizada, tanto do uso de recursos básicos como especializados, oferecendo serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com a finalidade de maximizar as necessidades de saúde e o bem estar da população (STARFIELD, 2002).

Recentemente, a OMS apresentou aspectos relevantes da atenção primária à saúde desde a declaração de Alma Ata até o cenário atual, destacando o papel da pesquisa na APS a fim de assegurar quantidade e qualidade nos serviços (WHO, 2013).

Neste contexto, e partindo do pressuposto que a Atenção Primária constitui-se num modelo de assistência voltado para ações preventivas e de promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades, faz-se necessário que as ações aí desenvolvidas estejam em consonância com os preceitos da boa participação do paciente ao tratamento proposto como no caso da hipertensão.

A hipertensão arterial é uma doença de fácil diagnóstico e o seu controle pode ser efetivo com tratamentos farmacológicos e não farmacológicos prescritos. Apesar dos avanços no tratamento farmacológico da hipertensão arterial e do aumento do acesso dos hipertensos aos serviços de saúde, a não adesão ao tratamento continua sendo um grande desafio para a APS, assim como o controle dos fatores de risco associados a ela (AL-GELBAN et al., 2011; LEUNG et al., 2012; RIBEIRO et al., 2012).

Sendo a HAS um dos focos das ações na atenção primária, necessita-se que os profissionais que nela atuam, pautem suas ações em diretrizes e consensos que reúnam informações atualizadas sobre tal patologia, a fim de que se possa melhor compreender a hipertensão arterial desde o diagnóstico até ao tratamento. Estudo brasileiro mostrou que o número de profissionais que seguem as diretrizes relacionadas à HAS é pequeno, entretanto, aqueles profissionais que as utilizam corretamente na atenção básica têm possibilitado a prevenção, pelo estímulo da adoção de estilo de vida mais saudável como estratégia para evitar o surgimento da hipertensão, bem como sua detecção precoce, o que certamente minimiza danos, agravos, riscos e gastos (LIMA et al., 2009).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial é definida como sendo o cumprimento da prescrição médica, medicamentosa ou não, com objetivo de alcançar os resultados esperados em relação ao tratamento prescrito (CAR; PIERIN; AQUINO, 1991).

Vários são os fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial: o paciente, a doença, o tratamento, a relação profissional-paciente, fatores culturais e os relacionados às instituições e sistemas de saúde. Dessa maneira, para atingir níveis desejáveis de adesão ao tratamento da hipertensão arterial são necessárias múltiplas ações que considerem os fatores acima descritos (NOBRE, 2013).

Seguir o regime terapêutico é fundamental para o adequado controle da pressão arterial e os benefícios advindos dele. Há evidências na literatura apontando que quanto maiores os níveis de adesão, menores são as complicações geradas, fato este que modifica o perfil da morbimortalidade da doença e justifica os esforços para obtenção da melhor adesão ao tratamento proposto (NOBRE, 2013; PIERIN, 2004).

A problemática da adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um

desafio para os que a vivenciam: pacientes e profissionais de saúde, principalmente no contexto da atenção básica. Assim, é importante ao profissional o desenvolvimento de estudos para que possa conhecer a realidade onde atua e traçar estratégias de intervenção que tenham êxito, para que possam ser reproduzidas a um maior número de hipertensos, visto que o número de artigos sobre adesão de hipertensos na atenção primária ainda é escasso (BRASIL, 2006; PIERIN et al., 2011; WAIDMAN et al., 2012).

Destaca-se também o direcionamento de programas e políticas públicas para o cuidado ao paciente hipertenso, através de uma rede de informação, caracterizando a população-alvo e viabilizando ações a esse grupo de pacientes (PIERIN et al., 2011).

Diante do exposto e tendo como referência nossa trajetória profissional enquanto enfermeiro atuando na APS, analisamos o conhecimento produzido acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde por meio de uma revisão integrativa da literatura. Esse tipo de revisão é caracterizada pelo foco na metodologia, teoria, ou os resultados de estudos diversos em que os desenhos de pesquisas são variados (WHITTEMORE, 2005).

O desenvolvimento da revisão percorreu seis passos, a saber: seleção da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e por último a apresentação da revisão com síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora utilizada foi: - Quais são as evidências na literatura acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, tendo em vista o contexto da atenção primária à saúde?

Os artigos foram selecionados utilizando-se as bases de dados eletrônicas Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine* (PubMed) e *Biomedical Database* (EMBASE).

Foram utilizados descritores controlados com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), Elsevier Life Science Thesaurus (Emtree) e *Medical Subject Headings* (MeSH) e não controlados com a finalidade de obter maior número de artigos possíveis para responder à pergunta norteadora. O quadro a seguir apresenta os descritores e palavras chaves utilizados na busca em cada uma das

bases de dados.

Base de dados	Descritores controlados (MeSH, Emtree e DeCS)	Descritores não controlados
PubMed	Hypertension Primary Health Care Patient compliance	Adherence
Embase	Hypertension Primary Health Care Patient compliance	Adherence
LILACS	Hipertensão Atenção Primária à Saúde Cooperação do paciente	Adesão Atenção básica

Quadro 1 – Distribuição dos descritores utilizados em cada base de dados. Ribeirão Preto, 2014

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados em inglês, português e espanhol; publicados no período de 2008 a 2012; em que os participantes fossem pacientes hipertensos com idade superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: artigos que incluíram pacientes com outras patologias e doenças hipertensivas que não a hipertensão arterial sistêmica (hipertensão pulmonar, hipertensão ocular, pré-eclâmpsia etc.).

Em uma análise inicial foram obtidos 427 estudos. Destes, foi feita a leitura dos resumos classificando-os de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e retirando-se 60 artigos repetidos. Assim, foram selecionados 32 artigos que sofreram leitura exaustiva e profunda. Para a coleta dos dados foi utilizado instrumento adaptado do construído por Ursi (2005), o que possibilitou classificar os artigos quanto ao(s) autor(es), país da pesquisa, ano, periódico, tipo e objetivo do estudo (URSI, 2005).

Em seguida, os resultados dos artigos foram classificados de acordo com seus níveis de evidência em nível: I (evidência proveniente revisão sistemática, metanálise ou diretrizes de todos os ensaios clínicos randomizados controlados), II (evidência obtida através de um ou mais ensaio clínico randomizado controlado bem delineado), III (evidência decorrente de estudos controlados sem randomização), IV

(evidência de estudos bem desenhados de caso-controle ou coorte), V (evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos), VI (evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo) até o nível VII (evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Quanto à base de dados de origem, obtivemos de um total de 32 artigos a seguinte distribuição: dois eram da EMBASE, quatro do LILACS e 26 da PubMed. A seguir é apresentada a classificação dos artigos de acordo com suas características e nível de evidência (Quadro 2).

Autor(es)	País da pesquisa	Ano	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
EMBASE					
Bokhour et al.	EUA	2012	Journal of General Internal Medicine	Qualitativo	VI
Turner et al.	EUA	2009	Pharmacoepidemiology and Drug Safety	Descritivo	VI
LILACS					
Ben;Neumann; Mengue	Brasil	2012	Revista de Saúde Pública	Descritivo	VI
Ribeiro et al.	Brasil	2012	Revista de Nutrição	Quali-quantitativo	VI
Ribeiro et al.	Brasil	2011a	Physis: revista de saúde coletiva	Qualitativo	VI
Santa-Helena, Nemes e Eluf Neto	Brasil	2010	Cadernos de Saúde Pública	Descritivo	VI
PubMed					
Aguiar et al.	Brasil	2012	Journal of the American Pharmacists Association	Ensaio clínico não randomizado	III
Jones et al.	EUA	2012	Patient Education and Counseling	Descritivo	VI
Bastos -Barbosa et al.	Brasil	2012	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Descritivo	VI

continua...

Autor(es)	País da pesquisa	Ano	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
Margolius et al.	EUA	2012a	Annals of Family Medicine	Ensaio clínico randomizado	II
Huebschmann et al.	EUA	2012	The Journal of Clinical Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
Caro et al.	Espanha	2012	Medicina Clínica	Descritivo	VI
Margolius et al.	EUA	2012b	Journal of the American Board of Family Medicine	Qualitativo	VI
Quine et al.	Reino Unido	2012	British Journal of Health Psychology	Descritivo	VI
Ribeiro et al.	Brasil	2011b	Biomed Central Public Health	Ensaio clínico randomizado	II
Marx et al.	Alemanha	2011	Patient Education and Counseling	Qualitativo	VI
Pierin et al.	Brasil	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	VI
Guirado et al.	Espanha	2011	Gaceta Sanitária	Ensaio clínico randomizado	II
Hacihasanoglu e Gözüm	Turquia	2011	Journal of Clinical Nursing	Ensaio clínico randomizado	II
Roumie et al.	EUA	2011	Journal of Behavior Medicine	Coorte	IV
Martin et al.	EUA	2010	The Journal of Clinical Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
Duarte et al.	Brasil	2010	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo	VI
Carter et al.	EUA	2010	Pharmacotherapy	Ensaio clínico randomizado	II
Bosworth et al.	EUA	2009a	Annals of Internal Medicine	Ensaio clínico randomizado	II
Rose et al.	EUA	2009	Hypertension	Descritivo	VI
Cené et al.	EUA	2009	Journal of General Internal Medicine	Descritivo	VI
Márquez Contreras et al.	Espanha	2009	Atención Primaria	Ensaio clínico randomizado	II

continua...

Autor(es)	País da pesquisa	Ano	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
Jafar et al.	Paquistão	2009	Annals of Internal Medicine	Ensaio clínico randomizado	II
Van de Steeg et al.	Alemanha	2009	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Descritivo	VI
Bosworth et al.	EUA	2009b	American Heart Journal	Ensaio clínico randomizado	II
Ogedegbe et al.	EUA	2008	American Journal of Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
Bosworth et al.	EUA	2008	Patient Education and Counseling	Ensaio clínico randomizado	II

conclusão.

Quadro 2 – Caracterização dos estudos segundo país, ano, periódico, delineamento e nível de evidência. Ribeirão Preto, 2014

Mesmo com o grande número de artigos encontrados em uma primeira busca (427), após refinamentos observamos que o número reduz drasticamente para apenas 32 artigos, o que demonstra uma lacuna importante nesse contexto, e que a APS constitui um campo muito rico para o desenvolvimento das pesquisas com relação à adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Podemos verificar que a temática desperta interesse de investigação em diversos países e que, mediante os resultados encontrados, as ações no campo da saúde pública podem ser melhores direcionadas ou revistas.

Outro aspecto relevante é que os estudos com maior nível de evidência encontrados, nível II de evidência, em sua grande maioria 8 (25%) tem como objetivo avaliar as ações de educação em saúde com a população hipertensa e sua relação com a adesão ao tratamento. Diante dos resultados, encontramos que ela constitui uma ferramenta que promova a adesão tanto ao tratamento farmacológico como não farmacológico.

Houve predominância de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos em um total de 15 (46,87%), seguido do Brasil com 9 (28,13%), Espanha 3 (9,37%), Alemanha 2 (6,25%) e o Reino Unido, Paquistão e Turquia com um artigo cada um.

Talvez o número expressivo de estudos norte-americanos possa ser um reflexo da epidemiologia da doença no país, visto que a hipertensão acomete cerca de 65 milhões de americanos e aproximadamente metade desses indivíduos estão com pressão com valores abaixo de 140/90 mmHg (FARLEY et al., 2010).

Estudos apontam que nos Estados Unidos o controle da pressão arterial é ainda menor chegando apenas a 27,5% da população hipertensa (OIGMAN, 2013).

No Brasil, o número de hipertensos é sempre subestimado, visto que muitos hipertensos desconhecem seu diagnóstico. Além disso, mesmo com considerável número de estudos de prevalência de hipertensão, não há possibilidade de comparação devido aos diversos critérios e métodos empregados na coleta dos dados (MOTA et al., 2013). O grande número de estudos nacionais desenvolvidos pode ser decorrente do crescimento e fortalecimento da atenção primária no país, visto que cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública no Sistema Único de Saúde (SBC; SBH; SBN, 2010).

Em relação ao ano de publicação, os artigos estão mais concentrados nos anos de 2012 com 11 (37,38%), 2011 com 7 (21,88%), 2009 com 8 (25%), 2010 com 4 (12,5%) e o ano de 2008 com 2 (6,25%) artigos.

Quanto aos periódicos, no cenário brasileiro, cinco dos trinta e dois artigos (15,63%) são de periódicos da área de saúde pública, enquanto que, nos periódicos internacionais, há uma distribuição entre as áreas de cardiologia 1 (3,13%), farmacologia 3 (9,37%), clínica 6 (18,75%), comportamentos e educação do paciente 5 (15,63%) e periódicos específicos sobre hipertensão 4 (12,5%).

Os periódicos que apresentaram maior número de publicações foram: *Patient Education and Counseling* com três (9,37%) publicações, com duas (6,25%) publicações o *Journal of General Internal Medicine*, *Ciência & Saúde Coletiva*, *Annals of Internal Medicine*, *The Journal of Clinical Hypertension*, respectivamente. Os demais apresentaram apenas uma (3,13%) publicação.

Os delineamentos de pesquisa encontrados foram: 13 (40,62%) ensaios clínicos randomizados, 11 (35,48%) eram descritivos, cinco (15,63%) foram estudos qualitativos, um (3,13%) ensaio clínico não randomizado, um (3,13%) estudo qualitativo, e um (3,13%) de coorte.

Em relação à força de evidência, 17 artigos (53,12%) foram classificados com nível de evidência VI, 13 artigos (40,62%) com nível de evidência II, um artigo (3,13%) com nível de evidência III e um artigo (3,13%) com nível de IV.

Os artigos revelaram que os estudos foram desenvolvidos nos mais diversos contextos da atenção primária, como: unidades básicas de saúde, centros de medicina social e da família, unidades do programa de saúde da família e outros centros ligados à atenção primária.

Além disso, os artigos foram agrupados de acordo com os objetivos dos estudos. O Quadro 3 apresenta a distribuição dos artigos em relação a 5 categorias de objetivos identificados.

Objetivos	Estudos	n	%
Avaliar/analisar o impacto das ações de educação em saúde/comportamental com a adesão	AGUIAR et al. (2012); BOSWORTH et al. (2008); BOSWORTH et al. (2009a); BOSWORTH et al. (2009b); CARTER et al. (2010); GUIRADO et al. (2011); HACIHASANOĞLU; GÖZÜM (2011); JAFAR et al. (2009); MÁRQUEZ CONTRERAS et al. (2009); RIBEIRO et al. (2011b); RIBEIRO et al. (2012); ROUMIE et al. (2011)	12	37,5
Avaliar a adesão de um determinado grupo de indivíduos, e fatores associados.	BASTOS-BARBOSA et al. (2012); CARO et al. (2012); PIERIN et al. (2011); ROSE et al. (2009); SANTA-HELENA; NEMES; ELUF-NETO (2010); TURNER et al. (2009)	6	18,75
Avaliar a relação entre profissional de saúde/paciente na adesão ao tratamento	CENÉ et al. (2009); HUEBSCHMANN et al. (2012); JONES et al. (2012); MARGOLIUS et al. (2012a); MARGOLIUS et al. (2012b); MARTIN et al. (2010)	6	18,75
Compreender entendimentos, cultura, comportamentos acerca da adesão ao tratamento.	BOKHOUR et al. (2012); DUARTE et al. (2010); MARX et al. (2011); QUINE et al. (2012); RIBEIRO et al. (2011a)	5	15,63
Analisar instrumentos que avaliam adesão.	BEN; NEUMANN; MENGUE (2012); OGEDEGBE et al. (2008); VAN DE STEEG et al. (2009)	3	9,37
Total		32	100

Quadro 3 – Distribuição dos artigos conforme os objetivos das pesquisas. Ribeirão Preto, 2014

A educação em saúde para promover a adesão do paciente ao tratamento

farmacológico e não farmacológico foi o foco de 12 (37,5%) estudos analisados. Há uma diversidade de ações educativas realizadas com a finalidade de avaliar a adesão após as intervenções. Além disso, os profissionais que desenvolveram são de classes diferentes: médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos.

Todos os estudos referentes às ações educativas apresentam resultados positivos com relação à adesão e controle da pressão arterial, demonstrando que estas foram ferramentas/estratégias importantes para o aumento da adesão ao tratamento.

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2010) destacam a atuação da equipe multiprofissional no tratamento da hipertensão arterial. Pois os diversos estudos que embasaram sua publicação apontaram os graus de evidências maiores possíveis frente ao trabalho de diversos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso.

A equipe é composta por diversos profissionais que atuam junto ao paciente hipertenso e promove intervenções que visam a mudanças nos hábitos de vida do paciente, bem como a adesão ao tratamento prescrito (SBC; SBH; SBN, 2010).

Estudos recentes sobre a temática também confirmam que o uso da educação em saúde de forma planejada, com metodologia sistemática, promove ações de adesão ao tratamento e promoção da saúde. Além disso, o uso de tecnologias, como os novos dispositivos de contagem de medicamentos até mesmo ferramentas educativas (*tablets*, consultas gravadas) são utilizadas no intuito de aumentar relação médico/paciente ou avaliar a adesão ao tratamento de forma mais precisa (MOURA; NOGUEIRA, 2013; MOURA et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013; SANTOS et al., 2013).

Avaliar a adesão de um grupo e seus fatores associados, assim como avaliar a relação entre profissional de saúde/paciente foram os objetivos de seis artigos (18,75%).

A despeito desse contexto, cabe destacar uma revisão realizada em 2006 sobre estudos epidemiológicos no país relacionados hipertensão. Os resultados apontam como fatores associados à hipertensão: sexo masculino, idade, excesso de peso, história familiar da HAS, etnia negra, baixa escolaridade, uso abusivo do álcool e baixa renda (NEDER; BORGES, 2006).

É preciso conhecer a população hipertensa com a qual se trabalha,

identificar a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e também conhecer os fatores associados à não adesão. Em relação às características dos pacientes menos aderentes, as associações mais importantes trazidas pelos artigos em relação à adesão foram que: pacientes menos aderentes são negros e têm menor conhecimento sobre a doença (TURNER et al., 2009); consomem mais sal (BASTOS-BARBOSA et al., 2012); são dislipidêmicos e referiram consumo elevado de álcool (CARO et al., 2012); tiveram tratamento anterior, têm falta de conhecimento sobre a prática de exercícios físicos e ausência de antecedentes familiares (PIERIN et al., 2011); com a idade média maior e menor tempo de tratamento (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010) e não utilizam de um tratamento intensificado (ROSE et al., 2009).

A relação profissional de saúde/paciente configura-se como parte crucial para que o paciente consiga aderir ao tratamento. Os seis artigos que abordam a relação profissional de saúde/paciente descrevem vários fatores que contribuem para que essa aconteça ou não de forma efetiva, a saber: a relação de confiança entre paciente/médico promove aumento na adoção de hábitos saudáveis de vida (JONES et al., 2012); quanto maior o número de visitas realizadas por profissionais de saúde capacitados, menores são os valores de pressão arterial encontrados (MARGOLIUS et al., 2012a); a comunicação é ponto importante para o sucesso da adesão à terapêutica e a presença de treinadores auxiliam a compreender as barreiras que possam surgir na relação médico/paciente (MARGOLIUS et al., 2012b); estabelecer horários e encorajar o paciente a questionar sobre suas dúvidas melhora o gerenciamento do cuidado ao paciente hipertenso uma vez que pacientes não aderentes se sentem mais desconfortáveis a fazer suas perguntas aos médicos, relatam maior estresse durante às visitas médicas e expressam mais sintomas depressivos (MARTIN et al., 2010); os negros foram indivíduos que obtiveram a visão menos positiva frente às visitas médicas e que não relataram boas experiências de comunicação durante as consultas médicas quando comparadas a outras etnias (CENÉ et al., 2009); a inércia clínica pode refletir significativamente nos aspectos do controle da hipertensão a ponto dos pacientes não apresentarem melhora dos valores de pressão arterial (HUEBSCHMANN et al., 2012).

Cinco estudos sobre a compreensão do paciente sobre seu tratamento retrataram fielmente a percepção do hipertenso. Nesse sentido, a concepção de saúde, assim como da hipertensão arterial estão vinculadas às vivências e às

experiências pessoais de cada indivíduo, suas crenças, ideias, pensamentos e sentimentos, valores e afetam, diretamente, o modo como enfrentam a doença e o tratamento (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Os outros três trabalhos verificaram a adequabilidade de questionários que avaliam a adesão ao tratamento. Os questionários analisados foram: *Brief Medication Questionnaire* (BMQ) e Teste de Morisky-Green (TMG) (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012); TMG e *Medication Adherence Report Scale* (MARS-5) (VAN DE STEEG et al., 2009) e o Instrumento de Aconselhamento Motivacional (MINT) (OGEGEBE et al., 2008).

Os resultados apontam que o TMG não apresentou desempenho desejado em nenhum dos estudos, assim como MARS-5. Já os instrumentos BMQ e MINT tiveram o uso indicado.

Mesmo que possam ser utilizados instrumentos distintos para medir ou promover a adesão ao tratamento da hipertensão, não há instrumentos que contemplem todas as dimensões necessárias e cujos resultados possam ser comparados. Sendo assim, é preciso desenvolver pesquisas que visem elaborar e validar questionários direcionados aos hipertensos tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e a demanda pelos serviços de saúde dessa população (BORGES et al., 2012).

Boa parte dos trabalhos encontrados aponta para educação em saúde como ferramenta que colabora no aumento da adesão e desenvolvido pelos diversos profissionais que estejam envolvidos no cuidado ao paciente hipertenso.

Além disso, a relação profissional/paciente tem que embasar em uma relação de confiança que permita uma compreensão clara do paciente sobre o tratamento fármaco e não fármaco proposto e que seja levada em consideração a compreensão do paciente em relação à hipertensão e ao tratamento.

Diante dos resultados identificados por meio da revisão da literatura, percebemos que há uma lacuna no conhecimento acerca da adesão ao tratamento na APS e que são necessárias investigações sobre a adesão aos tratamentos da hipertensão arterial do paciente na atenção primária, bem como de prevalência da doença e os fatores contribuintes para não adesão aos tratamentos propostos, para que as ações possam ser planejadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Identificar fatores determinantes da não adesão ao tratamento dos hipertensos em município do interior de Goiás.

3.2 Específicos

- ✓ Caracterizar os pacientes conforme os dados socioeconômicos e sociodemográficos;
- ✓ Identificar o grau de adesão farmacológica e não farmacológica;
- ✓ Analisar os fatores da não adesão.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo de Estudo

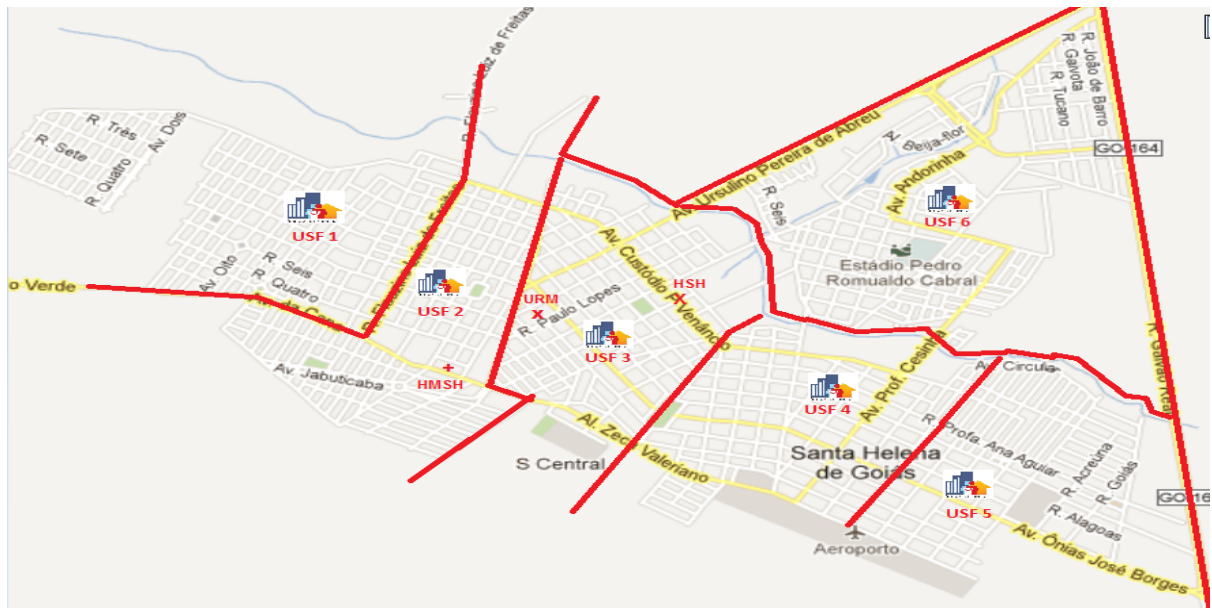
Caracteriza-se enquanto um estudo de corte transversal, descritivo, cujo desenho se propõe a coletar informações detalhadas de variáveis existentes e usa os dados para justificar e avaliar condições e práticas correntes e/ou fazer propostas mais adequadas para melhorar as práticas de atenção à saúde (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Local do Estudo

O presente estudo foi realizado no município de Santa Helena de Goiás-GO. Este município pertence à Regional de Saúde Sudoeste Goiano I e possui a economia baseada na indústria e comércio da agropecuária. A população estimada do município é de 36.459 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2010).

Em 2012, o sistema público de saúde no município estava organizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e contava com seis Unidades de Saúde da Família (USF) com duas equipes em cada unidade e uma área do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PAC), perfazendo assim 100% de cobertura da população pela ESF.

O município conta ainda com uma Unidade de Referência Médica, um Hospital Municipal e o Hospital de Urgências do Estado, além do sistema de saúde suplementar, constituído por clínicas e um hospital geral (Figura 1).



Fonte: SANTA HELENA DE GOIÁS. Prefeitura Municipal. **Mapeamento do Sistema de Saúde da cidade de Santa Helena de Goiás-GO**. 2013. (Documento privativo).

Figura 1 – Mapeamento do Sistema de Saúde da cidade de Santa Helena de Goiás-GO

Vale ressaltar que o município dispõe de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que é composto por uma equipe multiprofissional, responsável pelo atendimento da população nas USF, de acordo com a demanda.

As Equipes de Saúde da Família (eSF) são compostas pelos profissionais: médico, enfermeiro, odontólogo, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliar administrativo, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde.

Abaixo, encontra-se a distribuição do número famílias, usuários e pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Unidade de Saúde da Família	Número de famílias	Número de usuários
USF 1 – Dr. Almério	2.027	6427
USF 02 – Dr. Carlos	1966	6198
USF 03 – Dr. Rui	1812	5010
USF 04 – Dr. Sílvio	1743	5530
USF 05 – Dona Nicolina	1513	4720
USF 06 – Dr. John Derick	2074	6739
PACS	456	1704
Total	11.611	36.328

Fonte: SANTA HELENA DE GOIÁS. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2013. (Documento privativo).

Quadro 4 – Distribuição de números de famílias, usuários e hipertensos por unidades de estratégia de saúde da família. Santa Helena de Goiás, 2013

A população hipertensa atendida nas USF dispõe de diversos recursos que visam à manutenção da adesão do paciente ao tratamento, entre eles estão: exercícios físicos (caminhada), atividades de educação em saúde, atendimento multiprofissional pela equipe do NASF, atendimento médico e de enfermagem e, ambulatoriamente, com especialistas na Unidade de Referência Médica (endocrinologista, cardiologista, neurologista, psiquiatra entre outras especialidades).

4.3 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto sob nº 131.710 (Anexo 1) conforme determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi resguardado o anonimato dos participantes da pesquisa e os dados são apresentados no conjunto. Os pacientes que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice1).

4.4 Período e Procedimentos de Coleta dos Dados

A coleta de dados compreendeu o período de novembro de 2012 a abril de 2013 e foi dividida em duas fases.

No período de novembro de 2012 a janeiro de 2013, buscamos os pacientes hipertensos cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (SISHIPERDIA) de cada USF do município de Santa Helena de Goiás.

Para a identificação e inclusão dos pacientes no estudo, foram avaliados os prontuários dos pacientes tendo como referência os seguintes critérios: ter idade superior a 18 anos, ambos os sexos, ter o diagnóstico de hipertensão arterial há pelo menos um ano até a data da coleta de dados; estar cadastrado no SISHIPERDIA, não apresentar outra doença crônica não transmissível e ter algum registro no prontuário de valores de pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em qualquer consulta dos anos de 2011 e 2012.

Em seguida, os dados do SISHIPERDIA foram confrontados com as fichas B-HA do SIAB que são utilizadas pelos agentes comunitários de saúde de cada unidade. Este procedimento foi feito para identificarmos se os pacientes permaneciam na área de abrangência de cada USF.

Do total de pacientes identificados em cada USF, foram listados apenas os que possuíam cadastro tanto no SISHIPERDIA como no SIAB.

Assim, no período de fevereiro a abril de 2013, por meio de uma visita domiciliar os pacientes listados foram convidados, pelo próprio pesquisador, a participarem da pesquisa. Nesta visita, eram esclarecidos os objetivos da investigação e caso o paciente aceitasse participar, assinava o TCLE e, quando possível, a entrevista era realizada. Nas situações em que o paciente referia não ter

disponibilidade para a entrevista naquele momento, era agendado um horário para retorno do pesquisador ou para que o paciente fosse até a USF mais acessível.

Para as entrevistas foi utilizado um questionário adaptado do utilizado por Dosse et al. (2009), onde a primeira parte é relativa à caracterização sociodemográfica e socioeconômica (sexo, idade, escolaridade, ocupação, renda individual e familiar, tipo de moradia, número de indivíduos que usam a renda familiar).

A segunda parte do questionário é composta de seis questões fechadas, onde as duas primeiras questões são relativas ao tratamento não-medicamentoso e classificam os participantes em 5 grupos: Grupo 0 - aqueles que mantem hábitos saudáveis; Grupo 1 – aqueles que mantem, pelo menos, um hábito não saudável; Grupo 2 – aqueles que mantem dois hábitos não saudáveis; Grupo 3 – aqueles que mantem três hábitos não saudáveis e; Grupo 4 – aqueles que não tem hábitos saudáveis. Consideram-se não aderente ao tratamento não farmacológico aqueles que possuem pelo menos um hábito de vida não saudável. As quatro últimas questões classificam a adesão ao tratamento medicamentoso (Teste de Morisky-Green) onde é considerado aderente o participante que atinge quatro pontos e não aderente aquele com pontuação igual ou inferior a 3 pontos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986)(Apêndice 2).

As entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador que assinalava as opções indicadas como resposta pelo paciente.

4.5 Estudo Piloto

Com a finalidade de testar o instrumento de coleta de dados e avaliar a compreensão dos pacientes em relação às perguntas, foram realizadas 12 entrevistas com pacientes hipertensos de uma USF e não foram necessárias alterações.

4.6 Procedimento e Análise dos Dados

Os dados foram duplamente digitados em uma planilha do programa Excel. As análises descritivas com cálculo de frequências absolutas e porcentagens foram processadas com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 16.0.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o período de coleta dos dados, foram localizados 254 pacientes e entrevistados 138. Destes, a maioria 91 (65,9%) foi do sexo feminino e 47 (34,1%) do sexo masculino. A média de idade entre os participantes foi de 60,5 anos (DP=11,32), sendo que a menor idade encontrada foi de 26 anos e a maior de 82 anos.

Em relação ao gênero e a idade, os dados encontrados no presente estudo coincidem com o que é apresentado na literatura. A HAS é a condição crônica mais comum entre a população idosa. Estudos apontam que sua prevalência nessa população é superior a 60% e que, portanto, o diagnóstico correto e a persistência dos pacientes no acompanhamento se faz necessário para obter as metas ideais do tratamento e reduzir a morbimortalidade cardiovascular (AGUIAR et al., 2012; BASTOS-BARBOSA et al., 2012; CAVALARI et al., 2012; GIROTTO et al., 2013; PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Os idosos aderem menos ao tratamento proposto por diversas condições inerentes à idade, como o déficit cognitivo, a perda funcional e a coexistência de outras doenças que necessitam de múltiplas medicações (LIMA, 2013).

Entretanto, a adesão ao tratamento e o aumento da idade são fatores que se relacionam com o aumento da idade e podem ser vistos de maneira positiva. Quanto mais idosos os indivíduos, maiores são as chances de desenvolverem doenças crônicas-degenerativas. Fato esse que torna o indivíduo mais preocupado com sua condição de saúde e com possibilidade de aderir melhor ao tratamento (GIROTTO et al., 2013).

Quanto ao gênero, encontramos estudo sobre adesão em que 82% dos participantes eram mulheres hipertensas (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009). Entretanto, um estudo que investigou a adesão ao tratamento entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado no interior paulista encontrou 79,2% dos pacientes do sexo masculino (CALIXTO, 2010).

No que tange às mulheres hipertensas, cabe destacar que as mulheres, de um modo geral, são relativamente protegidas de doenças cardiovasculares e da hipertensão, em específico, durante a fase reprodutiva. Entretanto, a incidência de infarto agudo do miocárdio e hipertensão aumenta de forma considerável após a menopausa (PASCOAL, 2000).

Estudo desenvolvido em um ambulatório de mulheres em climatério identificou que 68% das mulheres investigadas apresentavam o diagnóstico de

hipertensão arterial, o estudo aponta também que não somente a HAS como outras DCNTs podem ocorrer durante o período climatérico devido às alterações hormonais (SANTOS et al., 2012).

A seguir apresentamos a caracterização dos participantes em relação aos dados socioeconômicos (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos pacientes hipertensos (n=138) em relação às características socioeconômicas. Santa Helena de Goiás, 2013

Características	N	%
Escolaridade		
1º grau completo	8	5,8
1º grau incompleto	98	71,0
2º grau completo	12	8,7
2º grau incompleto	2	1,4
3º grau completo	1	0,7
3º grau incompleto	1	0,7
Especialização	1	0,7
Sem alfabetização	15	10,9
Ocupação		
Aposentado	55	39,9
Pensionista	7	5,1
Do lar	30	21,7
Servente/pedreiro	2	1,4
Auxiliar de coordenação escolar	2	1,4
Motorista	4	2,9
Comerciante	5	3,6
Autônomo	9	6,5
Operador de máquinas	3	2,2
Auxiliar de serviços gerais	3	2,2
Auxiliar de produção	2	1,4
Desempregado	3	2,2
Diarista e doméstica	4	2,9
Outros (reciclagem, cabelereiro, carpinteiro, professor, frentista, vigilante, porteiro, costureira, vaqueiro)	9	6,5
Renda Individual		
< 1 salário mínimo	35	25,4
1 a 2 salários mínimos	98	71,0
3 a 4 salários mínimos	5	3,6

continua...

Características	N	%
Renda Familiar		
< 1 salário mínimo	7	5,1
1 a 2 salários mínimos	101	73,2
3 a 4 salários mínimos	28	20,3
5 a 6 salários mínimos	2	1,4
Número de indivíduos que vivem da renda familiar		
1	19	13,8
2	54	39,1
3	35	25,4
4	17	12,3
5	11	8,0
6	1	0,7
8	1	0,7
Moradia		
Própria	123	89,1
Cedida	4	2,9
Alugada	8	5,8
Outra (financiada)	3	2,2

conclusão.

A maioria dos pacientes n=98 (71%) referiu a escolaridade “primeiro grau incompleto” e renda individual de 1 a 2 salários mínimos. Em relação à ocupação 55 (39,9%) eram aposentados e 30 (21,7%) eram do lar. Quanto à renda familiar, 101 (73,2%) hipertensos referiram 1 a 2 salários mínimos, sendo que vivem com essa renda de duas 54 (39,1%) a três pessoas 35 (25,4%). Quanto ao tipo de moradia 123 (89,1%) referiram viver em casa própria.

Alguns dados encontrados assemelham-se ao de estudos sobre adesão ao tratamento de hipertensão, realizados no Ceará e no interior de Pernambuco, onde 90% da amostra das populações estudadas residiam em casa própria e mais de 60% possuíam ensino fundamental completo ou incompleto (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009; SANTOS et al., 2005).

Nesse sentido, a HAS independe de acometer os indivíduos em níveis socioeconômicos e escolaridades diferentes; entretanto, a baixa condição socioeconômica tem papel fundamental e interfere sobre outras condições de saúde

como no acesso aos serviços de saúde, grau de informação, compreensão sobre a doença e adesão ao tratamento (FARIA, 2008; KANJILAL et al., 2006).

Em relação à ocupação, a aposentadoria é a ocupação mais frequentemente encontrada nos estudos sobre adesão ao tratamento da hipertensão (CALIXTO, 2010; CAVALARI et al., 2012; PIERIN et al., 2011).

A seguir apresentamos os dados relacionados à adesão ao tratamento não-medicamentoso e medicamentoso (Tabelas 2, 3 e 4).

Tabela 2 – Distribuição das respostas em relação à opinião dos pacientes quanto aos fatores que interferem no descontrole da pressão arterial. Santa Helena de Goiás. 2013

Fatores	N	%
Socioeconômicos		
Baixa condição socioeconômica	10	7,2
Desemprego	3	2,2
Alto custo do medicamento	1	0,7
Fornecimento dos medicamentos	2	1,4
Pessoais		
Idade	13	9,4
Conhecimento inadequado sobre tratamento	2	1,4
Desconhecer custos/benefícios do tratamento	3	2,2
Questões culturais	4	2,9
Pouco apoio familiar	19	13,8
Outros (estresse/ ansiedade, alterações no padrão de sono, genética, síndrome do avental branco etc.)	97	70,3
Relacionados à equipe e sistema de saúde		
Demora no atendimento	1	0,7
Outros	1	0,7
Relacionados ao tratamento e terapêutica		
Eventos adversos causados pela medicação	6	4,3
Horário de tomar os medicamentos	3	2,2
Frequência e número de fármacos a serem tomados	3	2,2
Dificuldades na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida	58	42
Outros	16	11,6
Fatores relacionados à doença		
Ausência dos sinais e sintomas	3	2,2
Cronicidade da doença	11	8
Outros	1	0,7

A baixa renda configura-se como fator importante na adesão ao tratamento e foi referido por 10 pacientes (7,2 %), estudo semelhante sobre fatores da não adesão descreve associação entre a baixa condição financeira e baixa escolaridade contribuindo para não adesão (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

Cabe ressaltar que um levantamento bibliográfico constatou que, dentre vários fatores relacionados ao paciente, a baixa condição econômica é bastante crucial na adesão ao tratamento da hipertensão, assim como fatores culturais, o acesso aos serviços de saúde e grau de conhecimento sobre a doença (SANTOS et al., 2013).

A idade foi referida por 13 (9,4%) pacientes. A abordagem da adesão deve ser diferente em cada faixa etária, valorizando de forma atenta as necessidades e dificuldades apresentadas por esses pacientes hipertensos. Além disso, os idosos hipertensos podem auxiliar na difusão do conhecimento sobre a HAS para gerações mais novas da sua família, disseminando as informações para melhora do autocuidado, lembrando-se os aspectos estruturais e familiares (LIMA, 2013).

Ressalte-se que culturalmente o controle da pressão arterial não se limita à abordagem do corpo doente, devendo-se atentar para as experiências de vida e a subjetividade como aspectos importantes no adoecer e cuidar de si. Conhecer as crenças em saúde sobre as medidas de controle da hipertensão arterial permite avaliar índices de adesão ao tratamento, identificar grupos de risco e reavaliar as formas de cuidado à saúde (PIRES; MUSSI, 2008).

As crenças comportamentais, os costumes sobre as práticas de saúde, os valores e as percepções do paciente em relação à sua doença e ao tratamento diferem dos pensados pelos profissionais, tendo em vista que são dois grupos socioculturais, linguísticos e psicológicos distintos (SANTOS et al., 2013).

Em trabalho desenvolvido em Teresina, Piauí, os resultados obtidos demonstraram que houve a falta de informação para a maioria dos entrevistados acerca de sua doença e de seu tratamento e conseqüentemente, a não adesão ao tratamento (CARVALHO et al., 2012). Dado esse que foi referido em nosso estudo por 5 (3,6%) pacientes do município de Santa Helena de Goiás que referiram desconhecer os benefícios ou tinham conhecimento inadequado sobre o tratamento.

Pouco apoio familiar foi indicado por 19 (13,8 %) dos hipertensos

participantes no presente estudo. Diante disso, cabe ressaltar que as famílias devem ser envolvidas diretamente na atenção aos pacientes hipertensos, pois se os familiares apoiam as recomendações prescritas, então estas tendem a ser mais aceitas pelos hipertensos. E dessa maneira, os familiares atuam como agentes de motivação ou de mudança comportamental (JARDIM; JARDIM, 2013).

Entre os fatores pessoais que interferem no descontrole da pressão arterial mencionados pelos pacientes deste estudo estão os fatores psicológicos/estresse/alterações no padrão de sono e também dificuldades de adaptação às modificações no estilo de vida $n= 97$ (70,3%).

O documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC; SBH; SBN, 2010) destaca que fatores psicossociais, econômicos e o estresse emocional têm papel fundamental no desencadeamento e na manutenção da HAS e podem funcionar como barreiras para adesão ao tratamento e mudança de hábitos (SBC; SBH; SBN, 2010).

Os resultados deste estudo assemelham-se com outros dois trabalhos que apontaram os fatores emocionais, psicológicos e alterações no controle da HAS como os mais citados e que dificultam na adesão ao tratamento (DOSSE et al., 2009; FONSECA et al., 2009; PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Há cinco décadas, a relação entre estresse e hipertensão vem sendo estudada e assumiu papel importante enquanto fator de risco para o desenvolvimento da doença arterial coronariana. Atualmente, defende-se que o composto de emoções e afetos de modulações negativas possam desencadear o estresse, que não só a raiva e a hostilidade, assim como medo, vergonha e culpa (PEREIRA, 2013).

As alterações no padrão do sono também foram relatadas pelos participantes desta pesquisa. Sabe-se que algumas disfunções no sono podem contribuir para o descontrole e ou o surgimento da HAS (DUARTE; SILVA; SILVEIRA, 2010).

Um fenômeno importante destaque é a queda pressórica que ocorre do período da vigília para o sono, denominada descenso noturno (DN), podendo chegar a 10% do valor da pressão arterial durante o sono em relação à vigília. Um estudo desenvolvido no interior paulista demonstrou que na ausência do DN maiores são os riscos cardiovasculares e a associação de fatores de risco em pacientes. Mesmo que existam poucas evidências sobre o tratamento medicamentoso baseado no

perfil de DN, medidas como melhora da qualidade do sono, diminuição da ingestão de sódio e melhor controle pressórico são fundamentais para que o risco cardiovascular decorrente da ausência do DN seja minimizado, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e diminuição da morbidade e mortalidade decorrentes da HAS (VAZ-DE-MELO et al., 2010).

A Apneia Obstrutiva do Sono (AOS) tem como principal consequência a HAS na prática clínica e um estudo desenvolvido no Instituto do Sono de São Paulo identificou que a chance de encontrar um paciente com AOS ter hipertensão, isoladamente, foi 1,8 vezes maior que no grupo de pacientes sem alterações cardiovasculares (CINTRA et al., 2011).

A genética foi citada como fator pessoal da não adesão ao tratamento em outros fatores por alguns dos hipertensos que participaram desta pesquisa. Diante disso, cabe ressaltar que as variantes genéticas podem influenciar os níveis pressóricos de um indivíduo, mas não, diretamente, na não adesão ao tratamento proposto (IRIGOYEN et al., 2009).

O efeito do avental branco, dita por alguns entrevistados, é uma síndrome que não tem os determinantes conhecidos e ocorre mediante uma reação de alerta e mediante a presença do médico ou profissional de saúde, ou aspectos relativos ao ambiente do consultório e que ocasiona o aumento dos valores da pressão arterial (PIERIN, 2004).

O tempo de espera foi relatado por um paciente no presente estudo como fator que interfere na adesão. Cabe destacar que o tempo despendido para as consultas, a duração da terapêutica e o regime terapêutico têm influência no comportamento dos pacientes (GIORGI, 2006).

A presença de efeitos adversos foi relatado por 6 (4,3%) dos hipertensos desta pesquisa. Um estudo desenvolvido no interior paulista que investigou a relação entre os efeitos adversos e a adesão ao tratamento obteve que todos os pacientes que referiram presença de efeitos adversos da medicação não eram aderentes ao tratamento da HAS (PALOTA, 2010).

Ainda sobre a terapêutica, três pacientes (2,2%) referiram o horário como fator para não adesão ao tratamento. Outros três hipertensos relataram a frequência/número de fármacos a serem tomados como fator que interfere na adesão. Em relação a esses aspectos, um estudo bibliográfico descreve como ferramenta de adesão ao tratamento a comodidade farmacológica baseada na

estratégia de simplificação de doses (SANTOS et al., 2013).

Outro ponto de destaque relatado pelos pacientes entrevistados em nossa pesquisa foi a dificuldade em aceitação e adaptação do estilo de vida n=58 (42%). Em estudo sobre os motivos do abandono do seguimento médico, apenas um terço dos pacientes relataram mudanças no estilo de vida tendo em vista o controle da HAS (DUARTE et al., 2010).

As modificações no estilo de vida envolvem mudanças comportamentais que não devem ser consideradas como escolhas livres e descontextualizadas (COTTA et al., 2009).

A assintomatologia e cronicidade das doenças foram dificuldades apontadas como causas para as falhas terapêuticas e o abandono do uso de medicamentos em estudo desenvolvido em Teresina (CARVALHO et al., 2012). Causas essas também referidas por 14 (10,2%) pacientes na presente pesquisa.

Quanto à adesão dos pacientes hipertensos aos hábitos de vida relacionados ao tratamento não medicamentoso, encontramos que 22 (15,9%) pacientes hipertensos relataram ter hábitos saudáveis e 116 (84,1%) relataram não mantê-los (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à manutenção de hábitos de vida saudáveis. Santa Helena de Goiás, 2013

Hábitos de vida relacionados ao tratamento não farmacológico	n	%
Aderentes	22	15,9
Não aderentes	116	84,1
Fumo		
Fumante	21	15,2
Não fumante	117	84,8
Ingestão de bebida alcoólica		
Sim	30	21,7
Não	108	78,3
Prática de exercícios regularmente		
Sim	50	36,2
Não	88	63,8
Segue dieta hipossódica		
Sim	93	67,4
Não	45	32,6

A porcentagem da não adesão ao tratamento não farmacológico foi de 84,1%, dado esse que, conjuntamente com fatores que influenciam na PA: dificuldade na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida n=58 (42%) da Tabela 2 mostram que os pacientes encontram barreiras na mudança dos hábitos de vida.

Nesse sentido cabe destacar:

A adoção de estilos de vida saudáveis, como restrição da ingestão de bebida alcoólica, abolição do tabagismo, planejamento alimentar com redução do sal e alimentos hipercalóricos, manejo de situações estressantes e atividade física regular, devem fazer parte da assistência direcionada aos hipertensos. Sabe-se que a adoção de um estilo de vida saudável está intimamente relacionada à melhoria da qualidade de vida e interfere de forma positiva no controle da hipertensão arterial (PIERIN et al., 2011 p. 1397).

O número de hipertensos fumantes na pesquisa foi de 21 indivíduos

(15,2%) – diferentemente de estudos que apresentaram porcentagens menores: 9,2% dos hipertensos entrevistados em um município do interior do Rio Grande do Sul e 7,4% dos pacientes referiram serem fumantes na pesquisa desenvolvida na cidade de Januária, Minas Gerais (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; OLIVEIRA et al., 2013).

O documento VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial relata que há poucas evidências que deixar de fumar traga benefícios diretos no controle da pressão. Entretanto, tal fato é de grande importância na prevenção primária e secundária de doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças (SBC; SBH; SBN, 2010).

Foi encontrado que 63,8% dos indivíduos não praticam exercício físico regularmente, o que vai ao encontro de um estudo desenvolvido no município de Ribeirão Preto, onde as taxas de não adesão às atividades físicas regulares estão acima da metade dos indivíduos pesquisados, mesmo recebendo aconselhamento para tal (BASTOS-BARBOSA et al., 2012).

A prática de exercícios físicos regulares contribui para redução de cifras de pressão sistólica e diastólica devendo se dar conformidade com recomendações médicas e de profissionais da área (BARROSO et al., 2008; KRASILCIC, 2001; PIERIN et al., 2011; SBC; SBH; SBN, 2010).

Há uma relação dos benefícios nas cifras tensionais frente às mudanças no padrão alimentar como adoção da dieta *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH), pode reduzir de 8 a 14 mmHg na pressão arterial Sistólica; já a redução do consumo de sal de no máximo 2 gramas diários reduz de 2 a 8 mmHg na PAS; moderação do consumo do álcool no valor de 2 a 4 mmHg e a prática de exercício físico pelo ao menos 30 minutos por dia durante 3x na semana, abaixa 4 a 9 mmHg (SBC; SBH; SBN, 2010).

Seguir a dieta hipossódica foi condição referida por, aproximadamente, 64% dos hipertensos pesquisados, porcentagem muito próxima ao da pesquisa desenvolvida no interior paulista, em que 60% dos pacientes entrevistados relataram restrição de sal na alimentação (DUARTE et al., 2010).

A redução do consumo de sódio é a mais antiga, popular e conhecida no tratamento não farmacológico e que possui algumas dificuldades como o uso de alimentos industrializados que contêm quantidade maior de sódio, bem como perda da percepção do paladar ao sal em idosos, além de hábitos de preparo e consumo

de alimentos arraigados (KRASILCIC, 2001).

As ações de nutricionistas com orientações práticas e precisas são plausíveis, visto que de acordo com cada paciente, é necessário desenvolver plano alimentar adequado para melhor controle da pressão arterial (GIORGI, 2006).

A adesão dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG, mostrou que 40 pacientes (29%) são aderentes ao tratamento medicamentoso, enquanto 98 (71%) tiveram pontuação menor ou igual a 3, caracterizando-os como não aderentes (Tabela 4).

As medicações anti-hipertensivas ao serem prescritas devem não somente permitir a redução dos níveis tensionais, bem como promover a redução da taxa de eventos morbidos cardiovasculares fatais e não fatais (KOHLMANN JÚNIOR; RIBEIRO, 2009).

Tabela 4 – Distribuição das respostas dos hipertensos (n=138) em relação à adesão ao tratamento farmacológico. Santa Helena de Goiás, 2013

Adesão ao tratamento farmacológico	n	%
Aderentes	40	21
Não aderentes	98	79
Total	138	100

Em relação à terapia medicamentosa, ressalta-se:

Como os atuais agentes anti-hipertensivos são eficazes em reduzir a pressão arterial, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do baixo percentual de controle destes pacientes (MION JÚNIOR et al., 2006, p. 55).

Trabalhos que utilizaram o mesmo instrumento encontraram na população valores entre 72 a 86% de pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso proposto (CAVALARI et al., 2012; DOSSE et al., 2009; STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

Um estudo desenvolvido em Novo Horizonte obteve a prevalência de não adesão ao tratamento de 72% dos indivíduos que participaram da pesquisa,

ênfatizando a não adesão à terapia como principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão (EID et al., 2013), em contraponto à pesquisa realizada com hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família, em Ribeirão Preto – SP. Segundo o TMG, 79,8% dos pacientes foram classificados como aderentes ao tratamento anti-hipertensivo (UNGARI; DAL FABRO, 2010).

O estudo que estimou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico utilizando-se três métodos indiretos em uma coorte de hipertensos resistentes no Rio de Janeiro teve como resultado do TMG 51% de adesão ao tratamento (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

Com relação à adesão a terapia farmacológica do tratamento da HAS, estudos que incluem pacientes, que ingerem medicamento de forma regular, podem ocasionalmente perder algumas doses, causando impacto sobre o efeito anti-hipertensivo e risco de doença cardiovascular. Portanto, os anti-hipertensivos com eficácia sustentada além de um período de 24 horas podem minimizar as doses omitidas durante o tratamento (MION JÚNIOR; ORTEGA, 2013).

Diante dos resultados apresentados, ressaltamos que a falta de adesão é multifatorial e conseqüentemente diversas medidas devem ser adotadas para mantê-la. Essas medidas devem estar baseadas em evidências clínicas e associadas à mobilização multiprofissional, com intuito de promover o maior do engajamento do paciente ao seu tratamento, fazendo-o adotar mudanças dos hábitos de vida, além de conscientizá-lo sobre a importância de aderir ao tratamento (COELHO; NOBRE, 2006; JARDIM; SOUZA; MONEGO, 1996).

Ainda sobre a atuação multiprofissional, há uma gama de profissionais (desde médico até mesmo os funcionários do setor administrativo) que podem contribuir para apoio ao paciente hipertenso (SBC; SBH; SBN, 2010).

Evidências demonstram que sempre que se inclui um profissional não médico à cadeia de atendimento ao paciente hipertenso, há aumento nos índices de adesão ao tratamento. Entretanto, os efeitos dessa eficácia diminuem ou cessam quando outros profissionais não são incluídos nesse tipo de atendimento, devendo ocorrer, dessa forma, o atendimento multiprofissional desde o primeiro contato de saúde e prolongando-o durante toda a duração do tratamento (GIORGI, 2006).

O desenvolvimento de esforços efetivos no controle da pressão arterial e promoção da qualidade de vida dos hipertensos incluem a combinação apropriada

de serviços adequados para essa população, informação, educação em saúde, promover a autogestão do paciente frente à doença, além de suporte necessário ao paciente e familiar (HACIHASANOĞLU; GÖZÜM, 2011).

Uma prática amplamente concretizada é a educação em saúde com engajamento voltado para o autocuidado, aderindo ao esquema terapêutico e preventivo, de maneira que atinja o melhor nível de saúde e qualidade de vida possível (SANTOS et al., 2005).

Através de uma revisão na literatura nacional, sobre ações de educação em saúde com pacientes hipertensos desenvolvidas pela enfermagem entre os anos de 1990 a 2010, cerca de quase 50% dos artigos abordam a educação em saúde como ferramenta na adesão ao tratamento proposto. Aliado a isso, os artigos apontam sempre para prática multiprofissional da educação em saúde, constituindo uma parte integrante não somente da prática profissional da enfermagem, mas de todos que prestam cuidados ao paciente hipertenso (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

Necessita-se construir novos instrumentos de coleta que auxiliem nas pesquisas sobre a adesão, tanto no tratamento farmacológico quanto não farmacológico, ponto este encontrado pela revisão apresentada neste trabalho.

Diversos estudos apresentam que alguns instrumentos precisam ser modificados para a população hipertensa e que há uma grande dificuldade em obter um instrumento mais adequado para avaliar/analisar a adesão não farmacológica ao tratamento da HAS. Em uma recente revisão integrativa desenvolvida com instrumentos validados para mensurar adesão de pacientes hipertensos, concluiu-se que existem diferentes instrumentos que podem ser usados para medir a adesão ao tratamento da hipertensão, mas que não há um instrumento que se adeque a todos os estudos cujos resultados possam ser comparados. Dessa maneira, recomenda-se a elaboração de instrumentos que sejam direcionados para essa população específica e que visem à melhoria de qualidade de vida dos usuários e à demanda pelos serviços de saúde (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012; BORGES et al., 2012; GIROTTI et al., 2013; VAN DE STEEG et al., 2009).

Além disso, é preciso o desenvolvimento de políticas públicas, institucionais e que envolvam os profissionais que cuidam dos pacientes com a finalidade de melhora da adesão e, tendo como consequência, melhor prognóstico para os pacientes (NOBRE, 2013).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de grande repercussão na APS, de causas multifatoriais e principal fator de risco para infarto, acidente vascular cerebral e doença renal crônica.

Diante dos resultados encontrados e da revisão integrativa realizada, observamos que mesmo diante de um número expressivo de artigos encontrados sobre a temática, ainda é preciso desenvolver novas pesquisas na atenção primária, com vistas a conhecer os fatores da não adesão ao tratamento da HAS.

A população estudada apresenta como características: ser em sua maioria do sexo feminino, com idade média de 60,5 anos de idade, baixa escolaridade, apresentando baixos índices de adesão ao tratamento e, referindo como causa dessa não adesão ao tratamento os fatores de origem psicossociais ou estresse e a dificuldade em mudanças no estilo de vida.

Então, destacamos o papel do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF) existente no município onde foi desenvolvida a pesquisa, para a elaboração e execução de projetos com ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos assistidos nessas unidades.

Outro ponto importante é investir em capacitações dos profissionais atuantes no NASF e nas unidades de saúde da família, buscando utilizar novas ferramentas que contribuam para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento.

Aprimorar tecnologias existentes e/ou conceber o uso de novas promovendo a adesão dos pacientes com relação ao tratamento e proporcionar capacitações para os profissionais gerando melhorias na assistência prestada a esse grupo específico.

Portanto, são relevantes os esforços a serem despendidos na atenção primária, com ações de promoção e prevenção dos agravos da HAS, contribuindo para redução dos gastos públicos, internações hospitalares por complicações clínicas e permitindo melhora da qualidade de vida para essa população.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com Associação Brasileira De Normas Técnicas. NBR 6023

AGUIAR, P. M. et al. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. **Journal of American Pharmacists Association**, Birmingham, v. 52, n. 4, p. 515-518, 2012.

AL-GELBAN, K. S. et al. Adherence of primary health care physicians to hypertension management guidelines in the Aseer Region of Saudi Arabia. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**, Riyadh, v. 22, n. 5, p. 941-948, 2011.

BARROSO, W. K. S. et al. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. **Revista de Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 328-333, 2008.

BASTOS, D. S.; BORENSTEIN, M. S. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 92-99, 2004.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 99, n. 1, p. 636-641, 2012.

BEN, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaires para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 279-289, 2012.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 30, n. 1, p. 69-73, 2009.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008.

BOKHOUR, B. G. et al. The role of patient's explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 27, n. 12, p. 1626-1634, 2012.

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, v. 34, n. 3, p. 45-50, 2005.

BORGES, J. W. P.; PINHEIRO, N. M. G.; SOUZA, A. C. C. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 179-189, 2012.

BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 487-494, 2012.

BOSWORTH, H. B. et al. Take control of your blood pressure (TCYB): a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. **Patient Education and Counseling**, Philadelphia, v. 70, n. 3, p. 338-347, 2008.

BOSWORTH, H. B. et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, n. 7, p. 687-695, 2009a.

BOSWORTH, H. B. et al. Patient education and provider decision support to control blood pressure in primary care: a cluster randomized trial. **American Heart Journal**, Durham, v. 157, n. 3, p. 450-456, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretoria da Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: hipertensão arterial sistêmica para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAR, M. R.; PIERIN, A. M. G.; AQUINO, V. L. A. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 259-269, 1991.

CARO, J. L. L. et al. Control de la presión en la población hipertensa española assistida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010. **Medicina Clínica**, Barcelona, v. 15, n. 139, p. 653-661, 2012.

CARTER, B. L. et al. Deterioration in BP control following discontinuation of a physician/pharmacist collaborative intervention. **Pharmacotherapy**, Boston, v. 30, n. 3, p. 228-235, 2010.

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1885-1892, 2012.

CASTRO, R. A. A.; MONCAU, J. E. C.; MARCOPITO, L. F. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 3, p. 334-339, 2007.

CALIXTO, A. A. T. F. **Adesão ao tratamento**: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado no interior paulista. 2010. 109 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CAVALARI, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 67-72, 2012.

CENÉ, C. W. et al. The effect of patient race and blood pressure control on patient-physician communication. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 24, n. 9, p. 1057-1064, 2009.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto - SP. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHAVES, E. S. et al. Eficácia de programas para adultos portadores de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 543-547, 2006.

CINTRA, F. et al. Perfil cardiovascular em pacientes com apneia obstrutiva do sono. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 96, n. 4, p. 293-299, 2011.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 51-54, 2006.

CONSOLIM-COLOMBO, F. M.; PLAVINK, F. L. Avaliação do paciente hipertenso. In: SERRANO JÚNIOR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. 2. ed. Barueri: Manole, 2009. p. 660-669.

COTTA, R. M. M. et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1251-1260, 2009.

CUNNINGHAM, S. Hipertensão arterial. In: WOODS, S. L.; FROELICHER, E. S. S.; MOTZER, S. U. **Enfermagem em cardiologia**. Barueri: Manole, 2005. p. 909-954.

DOSSE, C. et al. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, p. 201-206, 2009.

DUARTE, R. L. M.; SILVA, R. Z. M.; SILVEIRA, F. J. M. Ronco: diagnóstico, consequências e tratamento. **Pulmão RJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3-4, p. 63-67, 2010.

DUARTE, M. T. C. et al. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2603-2610, 2010.

EID, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 362-367, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/15599/14787>>. Acesso em: 29 abr. 2014.

FARIA, H. T. G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**. 2008. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FARLEY, T. A. et al. Deaths preventable in the U. S. by improvements in use of clinical preventive services. **American Journal Preventive Medicine**, Philadelphia, v. 38, n. 6, p. 600-609, 2010.

FONSECA, F. C. A. et al. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 128-134, 2009.

GASQUES, J. C. P.; ROLAND, D. M. S.; CESARINO, C. B. Caracterização da crise hipertensiva em pacientes de grupos de hipertensão de um ambulatório-escola. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 46-50, 2008.

GIORGI, D. M. A. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1763-1772, 2013.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n. 4, p. 335-361, 2013.

GUIRADO, E. A. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2011.

GUSMÃO, J. L.; MION JÚNIOR, D. Adesão ao tratamento - conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-50, 2006.

HACIHASANOĞLU, R.; GÖZÜM, S. The effect patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. **Journal of Clinical Nursing**, Malden, v. 20, n. 5, p. 692-705, 2011.

HUEBSCHMANN, A. G. et al. Reducing clinical inertia in hypertension treatment: a pragmatic randomized controlled trial. **The Journal of Clinical Hypertension**, Malden, v. 14, n. 5, p. 322-329, 2012.

IDE, C. A. C. Atenção ao doente crônico: um sistema teórico-instrumental em ressignificação. In: PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. Barueri: Manole, 2004. p. 1-9.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do Censo 2010 por unidade federativa**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Goias.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2011.

IRIGOYEN, M. C. et al. Fisiologia da hipertensão arterial. In: SERRANO JÚNIOR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. Barueri: Manole, 2009.

JAFAR, T. H. et al. Community-based interventions to promote blood pressure control in developing country. **Annals of Internal Medicine**, Philadelphia, v. 151, n. 9, p. 593-601, 2009.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. V. Aspectos socioeconômicos e culturais envolvidos na não adesão. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

JARDIM, P. C. B. V.; SOUZA, A. L. L.; MONEGO, E. T. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. **Medicina-Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, v.29, n. 2-3, p. 232-238, 1996.

JARDIM, P. C. B. V. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

JONES, D. E. et al. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. **Patient Education and Counseling**, Philadelphia, v. 89, n. 1, p. 57-62, 2012.

KANJILAL, S. et al. Socioeconomic status and trends in disparities in 4 major risk factors for cardiovascular disease among US adults, 1971-2002. **Archives of International Medicine**, Chicago, v. 166, n. 21, p. 2348-2355, 2006.

KOHLMANN JÚNIOR, O.; RIBEIRO, A. B. Tratamento medicamentoso da hipertensão arterial. In: SERRANO JÚNIOR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. Barueri: Manole, 2009.

KRASILCIC, S. Índices de adesão aos tratamentos medicamento e não-medicamentoso no Brasil e no mundo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, 2001.

LESSA, I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade**: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 29-42.

LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial: consequências econômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001. p. 86-106.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 8, p. 1470-1471, 2010.

LEUNG, L. B. et al. Approach to antihypertensive adherence: a feasibility study on the use of student health coaches for uninsured hypertensive adults. **Behavioral Medicine**, Washington, v. 38, n. 1, p. 19-27, 2012.

LIMA, N. K. C. L. Adesão ao tratamento nas diversas faixas etárias. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

LIMA, S. M. L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, 2009.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. p. 110-121.

LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. In: SERRANO JÚNIOR, C. V.; TIMERMAN, A.; STEFANI, E. **Tratado de cardiologia SOCESP**. Barueri: Manole, 2009. p. 395-404.

LYRA JÚNIOR, D. P. et al. A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 3, p. 435-441, 2006.

MARGOLIUS, D. et al. Health coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. **Annals of Family Medicine**, Leewood, v. 10, n. 3, p. 199-205, 2012a.

- MARGOLIUS, D. et al. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. **Journal of the American Board of Family Medicine**, Detroit, v. 25, n. 2, p. 209-215, 2012b.
- MÁRQUEZ CONTRERAS, E. M. et al. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertension arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 41, n. 9, p. 501-510, 2009.
- MARTIN, M. Y. et al. Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationships in lower-income, rural minority adults with hypertension. **The Journal of Clinical Hypertension**, Malden, v. 12, n. 9, p. 706-713, 2010.
- MARX, G. et al. Accpeting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns amog patient with high blood pressure. **Patient Education and Couseling**, Philadelphia, v. 85, n. 3, p. 468-474, 2011.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Willians & Wilkins, 2005. p. 3-24.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.
- MION JÚNIOR, D.; ORTEGA, K. C. Adesão ao tratamento de acordo com os medicamentos utilizados. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.
- MION JÚNIOR, D. et al. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Revista Brasileira de Hipertensão*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-58, 2006.
- MORISKY, D. E.; GREEN, L. W.; LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Medical Care**, Philadelphia, v. 24, n. 1, p. 67-74, 1986.
- MOTA, D. M. et al. Panorama das doenças crônicas e degenerativas no Brasil e no mundo. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

MOURA, A. A.; NOGUEIRA, M. S. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **Journal of Management and Primary Health Care**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 36-41, 2013.

MOURA, A. A. et al. Hipertensão arterial: uso de tecnologia educacional na adesão ao tratamento. In: CONGRESSO TECNOLOGIA E HUMANIZAÇÃO NA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE - ConTIC, 2013, Ribeirão Preto. **ConTIC - Programa Científico e Resumos**. Ribeirão Preto: EERP, 2013.

MUNIZ, L. C. et al. Tendência temporal de hipertensão arterial autorreferida em adultos: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1599-1607, 2012.

NASCENTE, F. M. N. et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 4, p. 502-509, 2010.

NEDER, M. M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 126-133, 2006.

NOBRE, F. Fatores envolvidos e consequências da não adesão ao tratamento. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

OGEDEGBE, G. et al. A practice-based trial motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. **American Journal of Hypertension**, Cary, v. 21, n. 10, p. 1137-1143, 2008.

OIGMAN, W. Conceito e formas de avaliação da adesão nas diversas doenças crônicas. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial**. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

OLIVEIRA, T. L. et al. Eficácia da educação em saúde no tratamento da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013.

PALOTA, L. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista**. 2010. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

PASCOAL, I. F. Hipertensão arterial. In: MION JÚNIOR, D.; NOBRE, F. **Risco cardiovascular global**: da teoria à prática. Lemos: São Paulo, 2000. p. 61-70.

PASSOS, V. M. A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.

PEREIRA, A. A. M. Aspectos psicológicos envolvidos na não adesão. In: NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica, 2013.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador da hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento**: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos, 2001.

PIERIN, A. M. G. **Hipertensão arterial**: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.

PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, Universidade de São Paulo. **Manual de enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Brasília, 2001. p. 149-154.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1389-1400, 2011. Suplemento 1.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2257-2267, 2008. Suplemento 2.

QUINE, L. et al. Adherence to anti-hypertensive medication: proposing and testing a conceptual model. **British Journal of Health Psychology**, Chichester, v. 17, n. 1, p. 202-219, 2012.

-
- REINEIRS, A. A. O. et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2299-2306, 2008. Suplemento 2.
- RIBEIRO, A. G. et al. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desistindo os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 87-112, 2011a.
- RIBEIRO, A. G. et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **Biomed Central Public Health**, Londres, v. 11, p. 637, 2011b.
- RIBEIRO, A. G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, 2012.
- ROSÁRIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009.
- ROSE, A. J. et al. Intensifying therapy for hypertension despite suboptimal adherence. **Hypertension**, Dallas, v. 54, n. 3, p. 524-529, 2009.
- ROUMIE, C. L. et al. Patient centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. **Journal of Behavioral Medicine**, New York, v. 34, n. 4, p. 244-253, 2011.
- SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B.; ELUF NETO, J. Fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2389-2398, 2010.
- SANTOS, Z. M. S. A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem multidisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 332-340, 2005.
- SANTOS, R. D. S. et al. Perfil do estado de saúde de mulheres climatéricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 3, p. 310-317, 2012.

SANTOS, M. V. R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagens. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55-61, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC); SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH); SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 1-65, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K.; SCOCHI, M. J. Hipertensão arterial e Saúde da Família: atenção aos portadores em município de pequeno porte na região sul do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 87, n. 4, p. 496-503, 2006.

SOUZA, A. R. A. et al. Um estudo sobre hipertensão arterial sistêmica na cidade de Campo Grande, MS. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 441-446, 2007.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre e a atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

TURNER, B. J. et al. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, Malden, v. 18, n. 8, p. 672-681, 2009.

UNGARI, A. Q.; DAL FABBRO, A. L. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. **Brazilian Journal Pharmaceutical Science**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 811-818, 2010.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAN DE STEEG, N. et al. Drug-adherence questionnaires not valid for patients taking blood-pressure-lowering drugs in a primary health care setting. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, Malden, v. 15, n. 3, p. 468-472, 2009.

VAZ-DE-MELO, R. O. et al. Ausência de descenso noturno se associa a acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 94, n. 1, p. 79-85, 2010.

WAIMAN, M. A. P. et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 445-453, 2012.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research. **Nursing research**, Philadelphia, v. 54, n. 1, p. 56-62, 2005.

WILBER, J. A.; BARROW, J. G. Hypertension - a community problem. **American Journal of Medicine**, Atlanta, v. 52, n. 5, p. 653-663, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Primary health care**. Geneva, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Library Cataloguing-in-Publication Data. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2008: primary health care now more than ever**. Geneva, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report 2013: research for universal coverage**. Geneva, 2013.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O estudo no qual o(a) senhor(a) está sendo convidado a participar – **Fatores da não adesão ao tratamento de pacientes hipertensos de um município do interior de Goiás** será desenvolvido pelo enfermeiro André Almeida de Moura, sob orientação da Prof^a Maria Suely Nogueira, tem por objetivo verificar as razões que favorecem ou dificultam ao paciente com pressão alta seguir o seu tratamento medicamentoso ou não medicamentoso .

Caso o(a) senhor(a) aceite participar, responderá a uma entrevista conduzida por mim, que terá duração de aproximadamente 15 minutos e será realizada na própria unidade de saúde ou outro local privativo que for mais acessível para o (a) senhor (a). Anteriormente à entrevista faremos contato pessoalmente em seu domicílio, para definir data, hora e local de sua disponibilidade para a coleta de dados. Ressalta-se que a partir dos resultados deste estudo, o(a) senhor(a) não terá benefícios diretos, nem mesmo gratificações, mas irá, indiretamente, contribuir para identificação dos principais fatores que facilitam ou dificultam o paciente hipertenso em seguir seu tratamento. Os riscos desse estudo são considerados baixos, mas caso o(a) senhor(a) sentir algum desconforto, estaremos prontos para lhe ajudar da melhor forma possível. Nenhum tipo de gasto econômico está envolvido com sua participação, assim como o estudo não interfere de nenhuma maneira em seus atendimentos na sua unidade de USF.

Será mantido sigilo total de todas as informações fornecidas em qualquer uma das etapas. A publicação anônima dos resultados se destina exclusivamente a divulgação dos resultados em meios científicos.

O(a) senhor(a) possui a garantia do completo esclarecimento de todas as suas dúvidas durante o desenvolvimento do trabalho e está livre para desistir de sua participação em qualquer etapa do estudo, sem que isso lhe cause qualquer tipo de constrangimento ou prejuízo sobre seu tratamento, tanto pela pesquisa quanto pelos serviços oferecidos na sua unidade de ESF. Uma via deste documento ficará de posse do pesquisador e a outra será entregue ao(à) senhor(a).

Certificado de Consentimento

Eu, _____,
portador(a) do RG n.º _____, declaro estar
convenientemente esclarecido(a) pelo pesquisador e ter compreendido o que me foi
explicado, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade.

Santa Helena, ____ de _____ de 201_.

Assinatura do paciente

Assinatura do pesquisador

Informações para contato:

Pesquisador responsável
André Almeida de Moura
(64) 3620- 2099

Orientador responsável:
Maria Suely Nogueira
Av. Bandeirantes, 3900. Monte Alegre
CEP: 14040-902. Ribeirão Preto SP
Fone: (16) 3602 3474.

Apêndice 2 - Questionário sobre adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso, adaptado de Dosse et al. (2009)

Parte I - Caracterização sociodemográfica e socioeconômica

1. Entrevista N°: _____ 2. Unidade ESF: _____ 3. Sexo: () F () M
4. Idade: _____ anos
5. Escolaridade:
- 1° grau: Completo () Incompleto ()
 - 2° grau: Completo () Incompleto ()
 - 3° grau: Completo () Incompleto ()
 - Pós-graduado () Especialização/residência () Mestrado () Doutorado
 - Sem alfabetização ()
6. Ocupação: - _____
7. Renda Individual: - < 1 SM () - 1 a 2 SM () - 3 a 4 SM () - 5 a 6 SM () - 7 SM (), sendo que SM corresponde ao Salário mínimo (SM) = R\$ 622,00 reais
8. Renda familiar: - < 1 SM () - 1 a 2 SM () - 3 a 4 SM () - 5 a 6 SM () - 7 SM ()
9. Número de pessoas da família que vivem com esta renda? _____
10. Moradia: - própria () - alugada () - cedida/emprestada() – outro(). Qual?

Parte II - Dados sobre a adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso

1) Em sua opinião, qual dos fatores abaixo interferem no descontrole de sua pressão arterial?

Fatores socioeconômicos:

- () Baixa condição socioeconômica
- () Desemprego
- () Alto custo do medicamento
- () Analfabetismo
- () Fornecimento dos medicamentos
- () Dificuldades financeiras para compra de alimentos de uma dieta restrita
- () Outros: _____

Fatores pessoais:

- () Idade

- Sexo
- Conhecimento inadequado e habilidades de gerenciamento dos sintomas e tratamento
- Desconhecer os custos e benefícios do tratamento
- Não aceitação de monitoramento (acompanhamento da equipe da ESF)
- Questões culturais: como entendimento e percepções sobre a hipertensão
- Pouco apoio familiar
- Outros: _____

Fatores relacionados à equipe e sistema de saúde:

- Demora no atendimento pela equipe de saúde
- Pouca interação com membros da equipe de ESF
- Horário de atendimento da unidade
- Dificuldades de acesso à unidade
- Dificuldades em agendar consultas
- Disponibilidade de atendimento com a equipe multiprofissional e especializada
- Dificuldades de compreensão da linguagem utilizada pelos profissionais
- Outros: _____ Quais: _____

Fatores relacionados ao tratamento e terapêutica:

- Eventos adversos causados pela medicação
- Horário de tomar os medicamentos
- Frequência e número de fármacos a serem tomados
- Complexidade de regimes terapêuticos longos
- Dificuldades na aceitação e adaptação às modificações no estilo de vida
- Outros: _____

Fatores relacionados à doença:

- Ausência de sinais e sintomas
- Cronicidade da doença
- Outros: _____ Quais: _____

2) Você mantém hábitos de vida saudáveis, como:

- Não fumar
- Não ingerir bebida alcoólica
- Seguir dieta hipossódica

Praticar exercícios físico regularmente

Teste de Morisky-Green

3) Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio?

0 1

4) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio?

0 1

5) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio?

0 1

6) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

0 1

ANEXO

Anexo 1 - Protocolo de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 202/2012

Ribeirão Preto, 25 de outubro de 2012

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 25 de outubro de 2012.

Protocolo CAAE: 07129412.9.0000.5393

Projeto: Fatores da não-adesão ao tratamento de pacientes hipertensos de um município do interior de Goiás.

Pesquisadores: Maria Suelly Nogueira
André Almeida de Moura

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof. Dra. Maria Suelly Nogueira
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP