

CARACTERÍSTICAS DA ADEÇÃO TERAPÊUTICA EM PESSOAS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E IDENTIFICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “FALTA DE ADEÇÃO” NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Characteristics of therapeutic adherence in persons with hypertension and identification of the nursing diagnosis of “noncompliance” in Primary Care

Anna Caroline Grangeiro Nascimento¹, Ana Carla Pereira Alves²,
Angélica Isabely de Moraes Almeida³, Céliida Juliana de Oliveira⁴

RESUMO

A proposta de estudar o fenômeno adesão terapêutica deve-se à reconhecida dificuldade em se manter bons índices de adesão ao tratamento de doenças crônicas, entre eles, o tratamento anti-hipertensivo e o interesse pelo diagnóstico deve-se ao amplo reconhecimento do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA Internacional e pelo pouco número de estudos sobre o diagnóstico Falta de Adesão na população com hipertensão. Dessa forma, objetivou-se descrever as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos pacientes com hipertensão arterial, identificar as características (escores e causas) da adesão terapêutica desses pacientes e identificar a frequência de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão em pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família. Estudo transversal, quantitativo, realizado com 72 pessoas com hipertensão, atendidas e acompanhadas por uma equipe da Estratégia Saúde da Família da unidade de saúde que mais apresenta pacientes com hipertensão cadastrados no município do Crato-CE-Brasil. A pesquisa foi derivada de um estudo avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Os resultados demonstram que a maioria dos participantes do estudo era do sexo feminino, idosos, aposentados, baixa escolaridade e baixa renda, obesos, circunferência abdominal aumentada e pressão arterial descontrolada. Quanto às características da adesão terapêutica desses pacientes, as causas mais apontadas para a falta de adesão foram o “esquecimento próprio”, “medicamentos não são encontrados na unidade de saúde”, “não adesão aos exercícios físicos e à dieta recomendada”. A frequência de

ABSTRACT

The proposal to study the phenomenon of adherence is due to the recognized difficulty in maintaining good rates of adherence to the treatment of chronic diseases, including antihypertensive treatment, and interest in diagnosis, owing to the widespread recognition of the nursing diagnoses classification system proposed by NANDA International and the small number of studies on the Noncompliance diagnosis in people with hypertension. Thus, the objective was to describe the sociodemographic and clinical-epidemiological characteristics of patients with hypertension, identify the characteristics (scores and causes) of the adherence of these patients, and identify the frequency of occurrence of the Noncompliance nursing diagnosis in people with hypertension who are monitored by the Family Health Strategy. This is a cross-sectional study, quantitative, conducted with 72 people with hypertension, treated and monitored by a Family Health Strategy team at the health unit that has the highest enrollment of patients with hypertension in the municipality of Crato-CE-Brazil. The research was derived from a study evaluated by the Ethics Committee of the Federal University of Ceará. The results show that the majority of the study participants were female, elderly, retirees, with a low education level and low income, obesity, increased waist circumference, and uncontrolled high blood pressure. Regarding the characteristics of the adherence to therapy of these patients, the most frequently mentioned reasons for non-adherence were "my own forgetfulness", "drugs are not found at the clinic", "non-adherence to the recommended exercise and diet". The frequency of occurrence of the

¹ Anna Caroline Grangeiro Nascimento, Universidade Regional do Cariri

² Ana Carla Pereira Alves, Universidade Regional do Cariri

³ Angélica Isabely de Moraes Almeida, Universidade Regional do Cariri

⁴ Céliida Juliana de Oliveira, enfermeira; Doutora em Enfermagem; Docente da Universidade Regional do Cariri; Líder do Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Cardiovascular e Cerebrovascular. E-mail: celidajuliana@yahoo.com.br
Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq

ocorrência do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão foi de 13,8%. O estudo desperta para a importância da promoção e prevenção da saúde por meio de ações educativas, a partir da identificação das características da adesão ao tratamento em hipertensos como principal estratégia de intervenção para aumentar essa adesão.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Cooperação do Paciente; Diagnóstico de Enfermagem; Adesão ao Medicamento; Hipertensão.

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a identificação de aspectos da adesão ao tratamento da hipertensão arterial (HA), quer seja ele medicamentoso ou não medicamentoso, além da identificação do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão a um ou mais aspectos desse tratamento.

A proposta de estudar especificamente esse fenômeno deve-se à reconhecida dificuldade em se manter bons índices de adesão ao tratamento de doenças crônicas, entre eles, o tratamento anti-hipertensivo¹⁻³ e o interesse pelo diagnóstico deve-se ao amplo reconhecimento do sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem proposto pela NANDA Internacional e pelo pouco número de estudos sobre o diagnóstico na população com hipertensão.⁴

A partir da identificação da alta frequência de irregularidades na adesão da população com hipertensão arterial e da escassez de estudo sobre o diagnóstico Falta de Adesão e as ações de enfermagem voltadas para essa população, surgiu o interesse em desenvolver a pesquisa. É sabido que o modo como as pessoas fazem seus tratamentos está entre os maiores desafios no enfrentamento das doenças crônicas. Isso porque o tratamento dessas doenças envolve mudanças dietéticas, comportamentais, de estilo de vida e, em especial, uso de múltiplos medicamentos por períodos prolongados, ou mesmo por toda a vida.

As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁵, o Ministério da Saúde⁶ e alguns autores⁷ destacam que a hipertensão arterial, como uma doença crônica de alta prevalência (varia de 22,3% a 75%, dependendo da idade do indivíduo afetado), por depender da colaboração e participação ativa do indivíduo hipertenso para seu controle, constitui-se em um grande desafio para os profissionais de saúde. Se não tratada adequadamente, a hipertensão pode acarretar graves consequências para o indivíduo, como acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, insuficiência renal, entre outras, estando entre as causas mais frequentes de morbimortalidade de adultos e idosos.

nursing diagnosis of Noncompliance was 13.8%. The study raises the importance of health promotion and prevention through educational activities, based on the identification of the characteristics of treatment adherence in people with hypertension as the main intervention strategy to increase this adherence.

KEYWORDS: Nursing; Patient Compliance; Nursing Diagnosis; Medication Adherence; Hypertension.

Por ser uma doença silenciosa e agressiva, o cumprimento das medidas terapêuticas instituídas pela equipe de saúde é um aspecto de fundamental importância para que haja a redução dessas consequências. O seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa torna-se um espaço onde o enfermeiro deve se encontrar inserido, buscando estratégias junto ao paciente para aumentar sua adesão e o cuidado em relação à redução da incidência dos fatores de risco para a hipertensão que possam contribuir para o surgimento de complicações dessa doença.⁸

Para uma adesão eficiente do paciente ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, o enfermeiro deve lembrar que, por si só, algumas exigências do regime terapêutico, como ingestão dos medicamentos e alterações nos hábitos cotidianos, representam grandes modificações na vida do indivíduo e de sua família, que passa a ter sua dinâmica afetada, áreas chave para a implementação de dinâmicas educativas.

Desse modo, a adesão terapêutica perpassa o simples seguimento ao regime prescrito pelos profissionais de saúde ao ser problematizada dentro do cuidado. A identificação de fatores responsáveis pela ausência ou falhas na adesão ao tratamento mostra-se útil, permitindo às equipes de saúde atuar mais efetivamente junto aos pacientes pouco aderentes e a elaboração de estratégias para contornar esses fatores, visando à obtenção de maiores taxas de adesão.

Como a prática de enfermagem caracteriza-se por uma constante tarefa de coletar, arquivar e fazer uso de informações sobre pacientes, viabilizando seu cuidado, é cada vez maior a necessidade de uma linguagem uniforme e clara que permita o registro e a informatização das informações de enfermagem.^{9,10}

Para tanto, a taxonomia da NANDA-I é uma linguagem de enfermagem reconhecida, ou seja, é um sistema de classificação aceito como uma prática de suporte à profissão, por meio de uma terminologia clinicamente útil¹¹. Entretanto sua aplicabilidade depende, sobretudo, da ca-

pacidade de definir o foco de assistência de enfermagem, fornecendo informações precisas e válidas.

A literatura aponta que enfermeiros da prática assistencial apresentam dificuldades na utilização e definição dos diagnósticos de enfermagem, especialmente na identificação de suas características definidoras e fatores relacionados. Isso pode ser explicado pela diferenciação dos sinais e sintomas apresentados no referencial usado pela NANDA-I daqueles manifestados pelos pacientes.¹²

Visando solucionar esses problemas, no Brasil, observa-se uma tendência crescente em relação ao desenvolvimento de pesquisas sobre a taxonomia da NANDA-I, tanto em relação à padronização desse sistema de classificação, como no que se refere à validação dos diagnósticos ou seus componentes para sua utilização na prática, na pesquisa e no ensino.^{5,13,14}

O diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão foi recentemente revisado e teve seus elementos validados na literatura e na clínica por meio de especialistas em terminologias de enfermagem e/ou em adesão à terapêutica de doenças crônicas.⁴ Com isso, torna-se importante ampliar o conhecimento das características da população portadora de hipertensão arterial e quais as causas dos problemas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo, para que ações e estratégias efetivas sejam encontradas pela Enfermagem para minorar esses eventos que dificultam a adesão terapêutica.

Por conta do panorama descrito, considera-se pertinente a realização desta pesquisa, pois se acredita que, ao promover a identificação de um diagnóstico de enfermagem, das causas da falha na adesão e as características clínico-epidemiológicas e sociodemográficas dos pacientes com hipertensão, o enfermeiro terá dados concretos para ajudar o indivíduo a dar um seguimento adequado à terapêutica instituída. Ou seja, a identificação precoce do diagnóstico Falta de Adesão poderá favorecer a execução de cuidados de enfermagem melhor direcionados à saúde dessa população específica, dimensionando a prática do trabalho de enfermagem para as reais necessidades dessa clientela e sua família.

Dessa forma, objetivou-se descrever as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas dos pacientes com hipertensão arterial, identificar as características (escores e causas) da adesão terapêutica desses pacientes e identificar a frequência de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão em pessoas com hipertensão arterial acompanhadas pela Estratégia Saúde da Família.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O estudo foi do tipo transversal, de natureza predominantemente quantitativa, realizado com pessoas com hipertensão, atendidos e acompanhados por equipes de saúde da Estratégia Saúde da Família, visando à identificação de problemas relacionados a algum aspecto do tratamento anti-hipertensivo, com vistas a traçar estratégias educativas e desenvolver ações de enfermagem que minimizem a problemática relacionada à adesão.

Essa escolha foi apoiada no conhecimento de que pessoas com hipertensão arterial acompanhadas em unidades de saúde da Atenção Primária têm maior possibilidade de apresentar falhas na adesão terapêutica, apresentando, dessa forma, o diagnóstico em questão.²

A unidade de saúde selecionada para ser o local de desenvolvimento da pesquisa pertence à sede do município do Crato-CE e comporta três equipes de saúde da família. A unidade foi escolhida por ser a que mais apresenta pacientes com hipertensão cadastrados no município e pela observação do grande número de pacientes com hipertensão que demonstram falhas na adesão à terapêutica, durante as consultas de enfermagem realizadas pela pesquisadora e os discentes da Universidade Regional do Cariri, com parte das atividades do Estágio Supervisionado em Área Comunitária do curso de graduação em Enfermagem.

A população total foi composta por todos os 251 pacientes com hipertensão cadastrados e acompanhados por mês na unidade de saúde, sendo que, para a seleção da amostra, eles deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter idade acima de 18 anos; ter o diagnóstico médico de hipertensão arterial há, pelo menos, um ano; estar em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial há, pelo menos, seis meses.

Após a identificação dos participantes, eles foram esclarecidos sobre a pesquisa, objetivos pretendidos e procedimentos metodológicos adotados. Em seguida, foram convidados a integrar o estudo, manifestando seu aceite, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dessa forma, a pesquisa foi desenvolvida com 72 pacientes, de acordo com cálculo amostral previamente efetuado e obediência aos critérios de inclusão.

O instrumento de coleta visou identificar as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas e conhecer o tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes, possibilitando a identificação da presença ou ausência do diagnóstico de enfermagem em questão.

Para a coleta de dados antropométricos (peso e estatura), foi utilizada balança antropométrica com haste metálica, com capacidade de 150 quilogramas (kg) e precisão de 100 gramas (g). Quanto à verificação da circunferência

abdominal, o paciente deveria permanecer de pé, com abdome relaxado e braços descontraídos ao lado do corpo. A fita métrica inelástica foi colocada horizontalmente no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a crista ilíaca e a leitura foi feita entre uma expiração e uma inspiração, sem compressão dos tecidos.

O índice de massa corporal (kg/m^2) foi calculado e os pacientes classificados, considerando o ponto de corte proposto pela Sociedade Brasileira de Cardiologia¹⁵, que delimita o IMC da seguinte forma: 19,9 ou menor = Peso inferior ao normal; 20,0 – 24,9 = Peso normal; 25,0 – 29,9 = Sobrepeso; 30,0 – 39,9 = Obesidade; 40,0 ou maior = Obesidade mórbida.

Quanto à circunferência ou perímetro abdominal, as cifras foram classificadas de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para as mulheres, considera-se a circunferência ideal de até 80 cm e, para os homens, de até 90 cm¹⁵, com o limite de 88 cm para mulheres e 102 cm para os homens.⁵

O valor da pressão arterial foi aferido ao término da entrevista com o paciente, para assegurar que o mesmo se mantivesse nas condições de repouso físico e mental preconizadas pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁵. Para a classificação dos valores da PA, foram levados em conta os parâmetros das Diretrizes⁵ (em mmHg): Ótima ($<120 \times <80$); Normal ($<130 \times <85$); Limítrofe (130-139 x 85-89); Hipertensão estágio 1 (140-159 x 90-99); Hipertensão estágio 2 (160-179 x 100-109); Hipertensão estágio 3 ($\geq 180 \times \geq 110$); Hipertensão sistólica isolada ($\geq 140 \times <90$).

Foi investigada ainda sua compreensão sobre a utilização dos medicamentos anti-hipertensivos, por meio de cinco questionamentos, com possibilidade de resposta apenas de “sim” ou “não”: Sabe o nome de todos os medicamentos prescritos? Sabe a dose de todos os medicamentos prescritos? Sabe o intervalo entre as doses de todos os medicamentos? Sabe para que servem? Sabe até quando vai tomar os medicamentos? As informações fornecidas sobre os medicamentos foram posteriormente confirmadas com a análise da receita médica ou do prontuário do paciente.

Também foi investigada a compreensão que os pacientes têm sobre a doença, por meio do teste de Batalla, um dos métodos indiretos de avaliação do grau de adesão validados no Brasil. Considera-se como aderente quando o indivíduo responder corretamente às três questões: A hipertensão arterial é uma doença para toda a vida? A hipertensão arterial pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos? Cite dois órgãos que podem ser afetados pela pressão elevada. Vale ressaltar que a questão sobre o controle da HA foi dividida em dois questionamentos, ficando o teste, neste estudo, composto por quatro ques-

tões a serem respondidas pelo paciente. Estudos mostraram alta sensibilidade do teste de Batalla (81,9%) na avaliação do nível de conhecimento dos pacientes.¹⁶

Visando estimar os níveis de adesão desses pacientes ao tratamento da hipertensão arterial, foi utilizado o questionário MBG (Martín-Bayarre-Grau), desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba.¹⁷ O Questionário MBG é um questionário curto, de fácil aplicação e cómodas possibilidades de resposta por parte do paciente, composto por 12 itens em forma de afirmações, com cinco possibilidades de resposta, que vão de *sempre a nunca*, numa escala tipo Likert. Para calcular a pontuação obtida por cada paciente, considerou-se que o valor “0” corresponde a “nunca”, “1” a “quase nunca”, “2” corresponde à alternativa “às vezes”, “3” a “quase sempre” e “4” corresponde a “sempre”, sendo possível alcançar até 48 pontos.¹⁷

Os pacientes foram classificados de acordo com a proposta dos autores do questionário MBG: Aderentes totais: 38 a 48 pontos; Aderentes parciais: 18 e 37 pontos; Não aderentes: 0 a 17 pontos.¹⁷ Caso o paciente fosse classificado como aderente parcial ou não aderente, eram levantadas ainda as possíveis causas dessa falta de adesão.

Todo esse levantamento possibilitou às pesquisadoras identificar a presença do diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão a algum aspecto do tratamento anti-hipertensivo, evidenciado pelo ponto de corte no questionário MBG de menos de 30 pontos.

Após essas avaliações, houve a codificação de cada uma das variáveis e a construção das planilhas de dados e a análise estatística descritiva das variáveis, visando identificar possíveis associações entre as falhas na adesão e o perfil dos pacientes.

Atendendo às recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referentes às pesquisas envolvendo seres humanos¹⁸, o estudo do qual esta pesquisa foi derivada foi avaliado para sua implementação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COMEPE) da Universidade Federal do Ceará e a autorização para sua realização nas dependências da unidade de saúde foi obtida junto à Secretaria Municipal de Saúde do Crato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De posse dos elementos validados do diagnóstico Falta de Adesão em pessoas com hipertensão arterial⁴, foram avaliadas as características sociais, demográficas, clínicas e epidemiológicas de 72 pessoas com hipertensão arterial cadastradas na unidade de saúde da família selecionada e a presença do diagnóstico.

As características sociodemográficas dos pacientes

avaliados na pesquisa estão demonstradas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características socioeconômicas e demográficas dos pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família Crato-CE, 2012.

	F	%	Média	Mediana	DP
Sexo					
Feminino	49	68,1			
Masculino	23	31,9			
Faixa Etária (anos)					
< 30	1	1,4			
30 a 39	5	6,9			
40 a 49	7	9,7	60 anos	60	$\pm 12,786$
50 a 59	19	26,4			
60 a 69	22	30,6			
70 a 79	13	18,1			
80 a 89	4	5,6			
Sem resposta	1	1,4			
Cor					
Pardo	45	62,5			
Branco	16	22,2			
Negro	8	11,1			
Sem resposta	3	4,2			
Estado Civil					
Com companheiro	40	55,6			
Sem companheiro	31	43,1			
Sem resposta	1	1,4			
Anos de estudo					
0	21	29,2			
1 a 4	30	41,7			
5 a 8	7	9,7	3,93 anos	4	$\pm 4,12$
9 a 11	10	13,9			
> 11	3	4,2			
Sem resposta	1	1,4			
Renda (SM)					
< 1,0	11	15,3			
1,0 a 1,9	33	45,8			
2,0 a 2,9	19	26,4	1,56 SM	1,0	$\pm 1,10$
3,0 a 3,9	3	4,2			
4,0 ou mais	5	6,9			
Sem resposta	1	1,4			
Ocupação					
Aposentado	29	40,3			
Do lar	12	16,7			
Atividade remunerada	18	25,0			
Pensionista	6	8,3			
Agricultor	5	6,9			
Estudante	1	1,4			
Sem resposta	1	1,4			

n = 72; F = Frequência absoluta; % = Frequência percentual; DP = Desvio padrão; SM = Salário mínimo (R\$ 545,00 em nov/2011)

Fonte: dados da pesquisa.

Percebeu-se uma prevalência de hipertensos do sexo feminino e na faixa etária compreendida entre 60 e 69 anos, sendo que a maioria considerou-se parda. A maior parcela feminina pode estar relacionada às mudanças ocorridas nos últimos anos pelas quais as mulheres passaram a acumular inúmeras funções, como responsabilidades com o lar e o trabalho profissional. Aspectos estes que podem ter favorecido o aumento da incidência das doenças cardíacas em mulheres.

Em um estudo que visou caracterizar o controle de hipertensos atendidos na atenção primária, foi identificado que o gênero e a idade influenciaram de forma significativa no controle da hipertensão e que geralmente as mulheres encontram-se mais controladas do que os hipertensos do sexo masculino.¹⁹

Dados como esses podem estar relacionados ao fato de as mulheres e de as pessoas de idade mais avançada estarem mais preocupadas em cuidar da saúde e, por isso, buscam os serviços de saúde mais frequentemente, estando os idosos mais propensos à adesão.²⁰

Por outro lado, outros autores referem um ponto muito relevante sobre estes hipertensos que limita a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Deve-se levar em consideração que nem sempre os pacientes mais idosos têm apoio familiar que lhes permita seguir adequadamente o regime terapêutico, porquanto quase sempre são dependentes para ir às consultas, seguir o regime alimentar e mesmo

para adquirir os medicamentos e, sobretudo, para garantir as tomadas nos dias e nos horários conforme prescritos.²¹

Em relação à cor, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão⁵ referem que a hipertensão é duas vezes mais prevalente em pessoas de cor não-branca, conforme evidenciado no presente estudo.

A maioria apontou que convive com companheiro, possui baixa escolaridade (Ensino Fundamental I incompleto), como também, renda entre 1 e 1,9 salários mínimos e que eram aposentados. Vale enfatizar que a baixa escolaridade pode influenciar na compreensão das informações disponibilizadas sobre o tratamento anti-hipertensivo e, conseqüentemente, na execução das mesmas. Em um estudo desenvolvido com a finalidade de associar a condição de hipertensão complicada com variáveis biossociais, constatou-se que a associação entre etnia e hipertensão está intimamente relacionada a condições socioeconômicas pouco favoráveis, o que pode ser explicado pelo fato de que, no grupo dos hipertensos complicados, muitas vezes, os responsáveis pela renda familiar são os próprios pacientes. Tal situação pode demandar mais preocupações, o que talvez possa ser decorrente da maior responsabilidade na sua vida diária, às vezes deixando de lado os cuidados com a própria saúde.²²

A seguir, a Tabela 2 apresenta as características clínicas desses pacientes com hipertensão.

Tabela 2 - Características clínico-epidemiológicas dos pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família. Crato-CE, 2012.

	F	%	Média	Mediana	DP
IMC					
Peso inferior ao normal	02	2,8			
Peso normal	16	22,2			
Sobrepeso	22	30,6	28,84	28,505	± 5,26
Obesidade	31	43,1			
Obesidade Mórbida	01	1,4			
Circunferência abdominal					
Ideal	08	11,1			
Limítrofe	15	20,8	99,02	99	± 11,40
Superior	48	66,7			
Não foi verificado	01	1,4			
PA					
Ótima	8	11,1			
Normal	21	29,2			PAS = ±
Limítrofe	07	9,7			19,78
HA estágio 1	14	19,4	132,6 x 85	130 x 80	
HA estágio 2	11	15,3			
HA estágio 3	06	8,3			PAD = ±
HSI	05	6,9			10,80
Tempo de tratamento					
1 a 5	20	27,8	7,94	6	± 5,66
6 a 10	20	27,8			

11 a 15	05	6,9			
16 a 25	05	6,9	7,94	6	± 5,66
Não Sabe	22	30,6			
Agravos associados					
Diabetes	18	25,0			
Dislipidemia	17	23,6			
Outras DCV	06	8,3			
IAM	04	5,6			
AVC	03	4,2			
Não Referiu	24	33,3			

n = 72; F = Frequência absoluta; % = Frequência percentual; DP = Desvio padrão PAS = Pressão arterial sistólica; PAD = Pressão arterial diastólica; HA = Hipertensão arterial; HSI = Hipertensão sistólica isolada; IAM = Infarto agudo do miocárdio; AVC = Acidente vascular cerebral; DCV = Doenças cardiovasculares.

Fonte: dados da pesquisa.

Constatou-se que a maioria dos hipertensos (44,5%) é obesa, de acordo com a verificação do Índice de Massa Corporal e tanto os homens quanto as mulheres apresentavam circunferência abdominal acima do recomendado.

Em estudo sobre as relações entre o IMC e a CA com a pressão arterial, os autores relatam que foi verificada associação positiva entre a elevação da PA e IMC, CA e dobras cutâneas para cálculo do percentual de gordura. Indivíduos com IMC > 24,49 kg/m² apresentam 2,75 vezes mais chances de ter elevação da PA, que seus congêneres com valores menores ou iguais a esse índice, sendo que a CA aumentada possuía 2,53 vezes mais possibilidade de apresentarem aumento da pressão.²³

A literatura aponta a dislipidemia como principal comorbidade, tanto para o sexo feminino quanto para o masculino em pacientes hipertensos.²⁴ Portanto percebe-se a necessidade de que sejam desenvolvidas ações de promoção, prevenção e cuidados com o controle da doença, no intuito de prevenir o desencadeamento de futuras complicações.

Em relação aos valores da pressão arterial, verificados no dia da pesquisa, tem-se que 49,9% dos pacientes apresentaram níveis pressóricos considerados elevados. Apesar de os hipertensos terem referido que estavam em tratamento medicamentoso, foi verificado esse descontrole, o que pode aumentar os riscos para as complicações como a progressão do processo aterosclerótico e outras doenças cardiovasculares.

Além disso, muitos pacientes apresentavam diabetes (25%) e dislipidemia (23,6%) como doenças coassociadas à hipertensão. A Sociedade Brasileira de Hipertensão⁵ ressalta a importância da adesão precoce ao tratamento anti-hipertensivo, pois visa à proteção dos órgãos-alvos, redução das consequências da elevação constante da PA e da presença de fatores de risco associados para complicações da HA.

Alguns autores identificaram resultados semelhantes ao deste estudo. Verificou-se ser muito comum, além da hipertensão, o paciente possuir outra doença crônica associada, sendo esta caracterizada principalmente pela diabetes *mellitus* em cerca de até 37% dos casos.²⁵

Em relação às medidas não medicamentosas adotadas pelos pacientes hipertensos da Estratégia Saúde da Família em questão, tem-se que a maioria afirmou não consumir sal (65%) e gordura (86%) na alimentação, 79,2% negaram tabagismo e 87,2% negaram etilismo.

Outros autores encontraram dados semelhantes, ao destacarem que a maioria dos seus entrevistados referiu não ser tabagista nem etilista. No entanto as orientações dietéticas que indicavam redução no consumo do sal foram as que apresentaram as maiores taxas de falha na adesão.²⁶ Esses resultados corroboram os deste estudo e revelam que um estilo de vida mais saudável é um dos aspectos mais relevantes para o controle da PA.

Os pacientes hipertensos referiram de forma considerável (83%) a presença do estresse em sua realidade cotidiana e assumiram a inabilidade em lidar com tais situações, fator este que pode influenciar diretamente na elevação da PA em pacientes hipertensos.

O estresse é um fator agravante ao bem-estar biopsicossocial do paciente hipertenso. Um estudo realizado com 136 pacientes hipertensos de um ambulatório de hipertensão mostrou que o estresse nesses pacientes alcançou uma percentagem de 52% entre os diferentes níveis de apresentação (discreto, moderado e grave) e que as manifestações de estresse favorecem o aparecimento de irritabilidade, cansaço, preocupação, tristeza, distúrbios de humor, entre outros.²⁷

Já quanto à prática de atividade física, houve uma discreta prevalência de pacientes que realizavam atividades regularmente (51,4%), representando um aspecto importante para auxiliar no controle da pressão arterial. O exer-

cício físico provoca ajustes e adaptações cardiovasculares responsáveis pela diminuição da pressão arterial, cujos mecanismos interagem entre si e parecem depender de fatores como a faixa de valores da própria PA, a idade, a etnia, a herança genética e o tipo de exercício praticado.⁵

Quando se buscou investigar o tipo, duração e intensidade dessa atividade física, houve uma maior prevalência da caminhada (37,5%), que pode estar associado ao fato de ser uma atividade bastante incentivada pelos profissionais da saúde, como também por ser mais acessível e prática para ser executada. Como outras atividades, houve citação da prática de ginástica (projeto do Corpo de Bombeiros), ciclismo e a prática de pular corda. A média da frequência da prática foi de 4,56 dias, com duração média de 51,85 minutos, revelando excelentes resultados.

O incentivo de ações que promovam o aumento dos níveis de atividade física diária, prática de exercícios físicos regulares e controle da ingestão calórica sempre impactam positivamente na qualidade de vida do paciente, diminuindo sua participação na gênese da hipertensão.²³

Mesmo com resultados considerados muito bons, vale ressaltar que a adesão às recomendações de mudanças no estilo de vida sempre é citada na literatura como uma das principais dificuldades, com taxas de não adesão muito elevadas²⁶ e que, mesmo que haja um só paciente não seguidor das recomendações de mudança no estilo de vida, tal panorama já pode ser considerado preocupante para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da hipertensão.

Ao ser investigado o conhecimento dos indivíduos sobre o tratamento medicamentoso para hipertensão, constatou-se que a maioria dos hipertensos afirmou que sabia identificar as doses (93%), os intervalos (99%) e a finalidade de cada medicamento anti-hipertensivo (92%) que estavam utilizando. O fato de conhecerem essas características pode possibilitar uma maior facilidade para seguir o regime medicamentoso e contribuir de forma satisfatória com o tratamento da hipertensão.

O Ministério da Saúde do Brasil corrobora essa ideia ao destacar que o esquema anti-hipertensivo instituído deve manter a pressão arterial em padrões adequados, de modo a estimular sua adesão às recomendações médicas e proporcionar melhoria na sua qualidade de vida.⁶

Porém, ao serem questionados sobre o nome do fármaco e até quando iriam fazer uso deste, a maior parte referiu que não sabia responder (57% e 63%, respectivamente). Esses dados deixam nítido um problema de grande relevância, pois o desconhecimento da duração do tratamento medicamentoso pode favorecer a prática de condutas não aceitáveis como, por exemplo, aderir ao fármaco, sem o consentimento médico, apenas quando a PA

está elevada ou até o momento da remissão de prováveis sinais e sintomas e/ou normalização da pressão.

Alguns autores confirmam o fato, ao identificar os motivos do abandono do seguimento médico em pacientes em tratamento de hipertensão arterial, também na Atenção Primária, constataram que a utilização da medicação anti-hipertensiva era feita por 21% dos sujeitos, apenas quando havia a presença de sintomas ou elevação da pressão arterial.²⁸

Por outro lado, o Ministério da Saúde destaca a importância de serem disponibilizadas informações sobre a duração do tratamento para os pacientes hipertensos, no intuito de aumentar a taxa de adesão. Um número substancial de pessoas acaba abandonando o tratamento depois de alguns meses, em função de vários fatores, entre eles, a falta de informação sobre a importância da manutenção do tratamento pelo resto da vida.⁶

Com relação à compreensão dos pacientes sobre a hipertensão arterial, investigada por meio do Teste de Battalla, foi confirmado o desconhecimento dos indivíduos sobre a cronicidade da doença (30%), 9,7% dos indivíduos ignoravam que a hipertensão pode ser controlada por meio da dieta adequada e dois pacientes não souberam responder à pergunta sobre o controle da hipertensão arterial por meio dos medicamentos. No entanto observou-se também que dos 72 pacientes entrevistados, 44 (61,1%) responderam corretamente às três perguntas do teste, mostrando um bom conhecimento desses indivíduos sobre a HA.

O conhecimento sobre a doença e tratamento é um fator que pode influenciar no controle da hipertensão arterial que, por sua vez, está intrínseco à adesão ao tratamento.¹⁹ É primária a necessidade de informação ao paciente sobre sua patologia, complicações e condutas terapêuticas com a finalidade de desenvolver nele o autocuidado e, por conseguinte, a adesão ao tratamento.²⁹

O teste de Battalla também pedia que o paciente citasse dois órgãos que podem ser afetados pela pressão elevada. Constatou-se que apenas 21 pacientes (29,1%) citaram corretamente dois órgãos, o que pode demonstrar pouco conhecimento dos hipertensos sobre as consequências da doença. Assim, deve ser enfatizada ainda mais a educação em saúde na população sobre esses aspectos detectados. A educação constitui-se em uma opção política centrada na participação ativa como forma de garantir aos sujeitos a possibilidade de decidir sobre seus próprios destinos (individuais/coletivos), mediante reflexão/ação/reflexão, na qual sujeito e comunidade constroem a própria trajetória histórica em busca de uma vida melhor e a relação entre o profissional e paciente deve ser permeada pela educação em saúde, que possibilita o empoderamento dos indivíduos.

os para a tomada de decisões concernentes à sua saúde e ao seu bem-estar.²⁹

Os pacientes também foram questionados sobre as orientações recebidas sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso da hipertensão arterial e o seguimento dessas orientações.

Os resultados comprovam que essas pessoas estão recebendo informações a partir dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, agentes de saúde, nutricionistas, entre outros) sobre as condutas terapêuticas da hipertensão e as estão seguindo. Observou-se tratamento mais enfatizado pelos profissionais é o não medicamentoso, visto que, entre os participantes da pesquisa, 25% ainda não seguem as orientações sobre essas medidas, o que trará riscos para o descontrole da pressão arterial.

As orientações devem ser de fácil compreensão e eficazes. Para tanto, os profissionais devem conhecer os hábitos, padrões e comportamentos dos pacientes, uma vez que esse conhecimento auxilia na forma como se desenvolverá o processo educativo.^{4,30}

É imperativo que os profissionais de saúde detenham, além de competência técnica e fundamentação científica, o conhecimento dos aspectos emocionais e das necessidades particulares de cada paciente. Ao conhecer como o indivíduo e seus familiares lidam com as questões do cotidiano que os preocupa, o profissional pode planejar e implantar uma assistência mais individualizada e integrada.³¹

A importância desse atendimento na Atenção Primária, se realizado por uma equipe multiprofissional para promover a adesão ao tratamento, deve ser sempre salientada. Uma vez que o paciente, em geral, carece de intervenções que fogem da competência de um só profissional, para que esse atendimento seja efetivo, é imprescindível que cada profissional envolvido tenha domínio da área que está sob sua responsabilidade, não só do ponto de vista de conhecimento científico, mas também das suas implicações éticas, sociais e políticas.³²

Salienta-se também a participação de ações vindas de outros setores da sociedade cratense, como o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), o Corpo de Bombeiros e a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), citadas como fontes de orientação sobre a hipertensão. A participação comunitária, assim como o apoio familiar, mostra-se importante para que o paciente sintam-se incluído e amparado e, portanto, melhore sua adesão ao tratamento. O paciente é responsável pela sua situação de saúde, porém a coletividade possibilita modificações.³³

Ao se avaliar o grau de adesão dos participantes da pesquisa por meio da aplicação do questionário MBG

(Martín-Bayarre-Grau), os pacientes foram classificados em aderentes totais (26 pacientes - 36,2%), aderentes parciais (46 pacientes - 63,8%) e não houve nenhum paciente não aderente. A nota máxima obtida do questionário MBG foi de 47 pontos e a mínima de 21 pontos, sendo a média de 35,4 pontos, com desvio padrão de 5,7.

Quando se verifica o comportamento da adesão dos pacientes, de acordo com cada item verificado, essa variável mostrou que as questões com nota média menor que 3,0 pontos foram aquelas relativas à prática de exercícios físicos indicados, ao partilhamento de decisões entre paciente e profissional, à supervisão do tratamento pela família e à aceitação do tratamento.

A questão do teste MBG com menor nota média individual foi a questão 10, relativa à utilização de lembretes que facilitam o tratamento. Esse achado foi comum ao de Oliveira⁴, que sugere que quase todos os pacientes afirmaram não utilizar nenhum tipo de lembrete, apesar de muitos relatarem o esquecimento como motivo para falhas na adesão à terapêutica da hipertensão.

De acordo com a avaliação de uma enfermeira perita em diagnósticos de enfermagem e utilizando um corte de 30 pontos ou menos do questionário MBG, 10 pacientes foram classificados como tendo o diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão, especialmente aos aspectos do tratamento não medicamentoso para a hipertensão, confirmado pela presença da característica definidora "Manejo inadequado do tratamento não medicamentoso" e aspectos que envolvem o sistema e os profissionais de saúde, confirmados pela característica definidora "Dificuldade em cumprir decisões acordadas com a equipe de saúde" e pelo fator relacionado "Falha na cobertura do sistema de saúde". Além disso, a característica definidora "Manejo inadequado do tratamento medicamentoso" também esteve bastante presente na amostra.

Dessa forma, a frequência de ocorrência do diagnóstico de enfermagem Falta de adesão em pessoas com hipertensão arterial acompanhadas nessa equipe da Estratégia Saúde da Família selecionada como campo do estudo foi de 13,8%.

Ao se analisarem as possíveis causas apontadas pelos pacientes para a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, nota-se que 15 causas diferentes foram citadas, como mostra a tabela 3. Vale salientar que nove pacientes não mencionaram nenhuma causa que intervisse na adesão ao tratamento.

De acordo com a tabela 3, o esquecimento próprio foi a causa mais apontada pelos pacientes, 41,6%. Em um estudo realizado na cidade de João Pessoa, entre os pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso, o motivo mais alegado para justificar a não adesão também foi

Tabela 3: Possíveis causas da falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo apontadas pelos pacientes. Crato-CE, 2012.

CAUSAS	F*	%**
Esquecimento próprio de tomar o medicamento	30	41,6
Não gosta de fazer exercício	24	33,3
Não consegue fazer exercícios	16	22,2
Medicamentos não são encontrados no Posto de Saúde	13	18,0
Não aceita a dieta recomendada	13	18,0
Não tem dinheiro para comprar os alimentos	04	5,5
Não entende a prescrição	04	5,5
Não tem ajuda da família/amigos	03	4,2
Não tem dinheiro para comprar os medicamentos	03	4,2
Não acredita nos medicamentos	02	2,7
Medo de que os remédios possam lhe fazer mal	01	1,4
Esquecimento de quem dá o medicamento	01	1,4
Não precisa mudar seu estilo de vida	01	1,4
Medo de ficar dependente/viciado nos medicamentos	01	1,4
Se sente mal com os medicamentos	01	1,4
Tem dificuldade para tomar o medicamento	01	1,4
Outras causas	08	11,1

* O valor de "F" em relação ao número de respostas ultrapassa os 72 pacientes por conta da possibilidade do paciente assinalar mais de uma alternativa de prováveis causas de não adesão; ** A frequência percentual foi calculada com base nos 72 pacientes.

Fonte: dados da pesquisa.

o esquecimento da medicação (52%), seguido de ausência de sintomas e desmotivação pelo tratamento.²⁶

O esquecimento é comum, principalmente porque os pacientes, muitas vezes, não agregam ao seu cotidiano o uso dos medicamentos; além disso, podem não ter sido devidamente orientados quanto a meios para minimizar os esquecimentos, com estratégias de local de armazenamento e horário das tomadas.³⁴ Os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, devem, juntamente com o paciente, planejar táticas como o armazenamento dos medicamentos em locais visíveis ao paciente, utilização de lembretes pela casa, uso de alarmes e associação do tratamento às atividades de vida diária a fim de facilitar a adesão ao regime medicamentoso.

Ainda de acordo com a tabela 3, a prática de exercício físico merece destaque como uma das possíveis causas para a falta de adesão, uma vez que 33,3% dos pacientes relataram que não gostam de fazer exercício e 22,2% afirmaram que não conseguem fazer exercícios.

Em uma pesquisa com 72 hipertensos realizada na cidade de Umuarama, Paraná, constataram que a prática regular de exercício físico era o segundo critério de menor adesão entre os pacientes (61,1%), sendo que a dieta

apresentou a maior dificuldade de seguimento para 97,2% dos pacientes.³⁵

A prática de atividade física regular e aeróbica de baixa e moderada intensidade é uma das importantes medidas não medicamentosas do tratamento anti-hipertensivo. Essa prática de atividade assume aspecto benéfico e protetor, contribuindo, positivamente, com a manutenção da saúde, com a prevenção de complicações e com o controle da hipertensão arterial.³⁶

Assim, faz-se necessária a identificação do fator que interfere na prática da atividade física do paciente para que a equipe multiprofissional, juntamente com o paciente, monte estratégias a fim de melhorar a adesão a prática do exercício físico.

A tabela ainda demonstra que 18% dos pacientes não aceitam a dieta recomendada. Esse fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições parecem castigo por estarem ligadas ao prazer em degustar tais alimentos, ou ainda, associado ao fator econômico que limita a liberdade de escolher os alimentos mais adequados.³⁵ Este último fator também pode ser observado nesta pesquisa, já que 5,5% dos pacientes referiram não ter dinheiro para comprar os alimentos.

Outro fator evidenciado foi que 18% dos pacientes referiram como possível causa de falta de adesão que os medicamentos não são encontrados no posto de saúde. Isso pode ser justificado pela distribuição ou cobertura ineficaz dos fármacos, ou ainda, o medicamento prescrito pelo médico não é disponível nas unidades da Atenção Primária em Saúde.

Uma pesquisa em Jequié-Bahia identificou em 25,4% dos pacientes hipertensos que a falta de medicamentos como um dos principais motivos para o abandono do tratamento anti-hipertensivo.³⁷ Assim, mostra-se relevante a identificação da causa para a falta de medicamentos para que estratégias sejam planejadas e implantadas, melhorando a assistência farmacêutica aos pacientes e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento.

Para finalizar, as causas inclusas na categoria “outras” foram: “sem tempo para praticar exercício físico”, “sem lugar para prática de exercício físico” e “dificuldade de acesso à unidade básica de saúde”.

CONCLUSÕES

Os resultados demonstraram que, dos 72 participantes do estudo, a maioria era do sexo feminino, faixa etária entre 60 e 69 anos, cor parda, com companheiro, aposentados, baixa escolaridade e renda entre 1 e 1,9 salários mínimos. Houve também maior frequência de indivíduos obesos, com circunferência abdominal acima dos valores limítrofes e metade dos pacientes estava com sua pressão arterial descontrolada e a presença de diabetes *mellitus* e dislipidemia como doenças associadas.

Quanto às características da adesão terapêutica desses pacientes, as causas mais apontadas para a falta de adesão foram: o esquecimento próprio (41,6%), medicamentos não são encontrados na unidade de saúde (18%) e não adesão aos exercícios físicos (55,5%) e à dieta recomendada (18%). Em relação ao grau de adesão verificado por meio do questionário MBG, 26 pacientes (36,1%) foram classificados como aderentes totais e 46 pacientes (63,8%) como aderentes parciais.

O estudo evidenciou que 10 pacientes apresentaram o diagnóstico de enfermagem Falta de Adesão a algum aspecto do tratamento anti-hipertensivo, ou seja, a frequência de ocorrência do diagnóstico em pessoas com hipertensão arterial foi de 13,8%.

O presente estudo mostrou-se relevante para a prática assistencial de Enfermagem ao demonstrar a utilização de um diagnóstico de enfermagem como ferramenta para o direcionamento eficaz de ações e que ações educativas possuem impacto favorável para a qualidade de vida dos pacientes. Assim, o estudo desperta a importância da pro-

moção e prevenção da saúde por meio de ações educativas em hipertensos como principal estratégia de intervenção para aumentar adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Conclui-se que ações de enfermagem devem ser incentivadas e que elas precisam ser contínuas e persistentes, visto que mudança nos hábitos de vida de uma população é algo que se alcança em longo prazo, por ser difícil a aceitação da população em geral. Além disso, são de extrema relevância a atuação e acompanhamento não só da Enfermagem, mas também de toda a equipe multiprofissional, visto que o paciente hipertenso necessita, geralmente, de intervenções que fogem da competência de um só profissional.

Surge também a necessidade de parcerias com a comunidade e família com o objetivo de colaborar para adesão a terapêutica acordada, reduzindo a incidência ou retardamento da ocorrência de possíveis complicações e melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Financiamento: Esta pesquisa contou com a subvenção do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da concessão de bolsas de estudo do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Regional do Cariri durante o período 2011-2012.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira CJ. Idosos em tratamento farmacológico anti-hipertensivo: parâmetros para o cuidado clínico de Enfermagem [dissertação]. Fortaleza: Mestrado em Cuidados Clínicos, Universidade Estadual do Ceará; 2007. 128f.
2. Landim MP, Oliveira CJ, Abreu RNDC, Moreira TMM, Vasconcelos SMM. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de Unidade da Estratégia Saúde da Família. Rev APS. 2011 Abr/Jun; 14(2): 132-8.
3. Vasconcelos FF, Araujo TL, Moreira TMM, Lopes MVO. Associação entre diagnósticos de enfermagem e variáveis sociais/clínicas em pacientes hipertensos. Acta Paul Enferm. 2007; 20(3): 326-32.
4. Oliveira CJ. Revisão do diagnóstico de enfermagem “Falta de Adesão” em pessoas com hipertensão arterial [tese]. Fortaleza: Doutorado em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2011. 246f.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasi-

- leira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rev Hipertens. 2010 Jan/Mar; 13(1).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
8. Oliveira CJ, Silva MJ, Almeida PC, Moreira TMM. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. Arq Bras Ciênc Saúde. 2008; 33(3): 162-7.
9. Costa FBC, Oliveira CJ, Araujo TL. Intervenções de enfermagem a portadores de hipertensão arterial: análise documental. Rev Enferm UERJ. 2008; 16: 74-9.
10. Lucena AF. Mapeamento dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva [tese]. São Paulo: Doutorado em Ciências, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2006. 193f.
11. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010. 456p.
12. Bersusa AAS. Validação do diagnóstico Alteração da Perfusão Tissular Periférica nos pacientes com vasculopatia periférica de membros inferiores [dissertação]. São Paulo: Mestrado em Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998. 197f.
13. Silva VM, Oliveira TC, Damasceno MMC, Araujo TL. Languages of the nursing process in the dissertations and theses. A bibliographical study. Online Braz J Nurs. 2006; 5(2). [Citado 10 mar. 2011]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/328/72>
14. Chaves ECL, Carvalho EC, Rossi LA. Validação de diagnósticos de enfermagem: tipos, modelos e componentes validados. Rev Eletrônica Enferm. 2008; 10(2): 513-20. [Citado 10 mar. 2011]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revistas/v10/n2/v10n1a22.htm>
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Teste o seu coração. 2011. [Citado 10 mar. 2011]. Disponível em: <http://prevencao.cardiol.br/testes/>
16. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Pastor R, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial. Aten Primaria. 1997; 19: 372-5.
17. Alfonso LM, Vea HDB, Ábalo JAG. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev Cub Salud Publica. 2008; 34(1). [Citado 10 mar. 2011]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm
18. Brasil. Resolução No 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Bioética. 1996; 4(2):25-32.
19. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2011; 16(sup.1): 1389-400.
20. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. Rev Eletrônica Enferm. 2006; 8(2): 259-72. [Citado 10 mar. 2011]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm.
21. Guedes NG, Costa FBC, Moreira RP, Chaves ES, Araujo TL. Crises hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(2): 181-8.
22. Pierin AMG, Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Ortega K, Mion Jr D. Variáveis biopsicossociais e atitudes frente ao tratamento influenciam a hipertensão complicada. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(5): 648-54.
23. Moreira OC, Oliveira RAR, Andrade Neto F, Amorim W, Oliveira CEP, Doimo LA et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. Rev Bras Educ Fís Esporte. 2011 Jul/Set; 25(3): 397-406.
24. Tacon KCB, Santos HCO, Cunha LC, Castro EC. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. Rev Bras Clin Med. 2011; 9(1): 25-9.
25. Paz EPA, Souza MHN, Guimarães RM, Pavani GF,

- Correa HFS, Carvalho PM et al. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. *Invest Educ Enferm*. 2011; 29(3).
26. Dourado CS, Macêdo-Costa KNF, Oliveira JS, Leadebal ODCP, Silva GRF. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, estado da Paraíba. *Acta Sci*. 2011; 33(1): 9-17.
27. Castro AP, Scatena MCM. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. *Rev Latinoam Enferm*. 2004 Nov/Dez; 12(6): 859-65.
28. Duarte MTC, Cyrino AP, Crequeira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 15(5): 2603-10.
29. Lima HP, Santos ZMSA, Nascimento JC, Caetano JA. Adesão do usuário hipertenso ao tratamento e a interface com o saber sobre o agravo. *Rev Rene*. 2010; 11(2): 170-8.
30. Pacheco GS, Santos I, Bregman R. Características de clientes com doença renal crônica: Evidências para o ensino do autocuidado. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(3): 434-9.
31. Carreira L, Marcon SS. Cotidiano e trabalho: Concepções de indivíduos portadores de insuficiência renal crônica e seus familiares. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(6): 823-31.
32. Maciel ICF, Araujo TL. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial em Fortaleza. *Rev Latinoam Enferm*. 2003; 11(2): 207-14.
33. Milagres KR. Portadores de hipertensão arterial: fatores relativos à adesão ao trabalho de educação em saúde. [dissertação]. Barbacena: Mestrado em Educação e Sociedade, Universidade Presidente Antônio Carlos; 2008. 89f.
34. Giroto E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR. [dissertação]. Londrina: Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina; 2008. 191f.
35. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Pelloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. *Rev Gaúcha Enferm*. 2009; 30(1): 27-32.
36. Guedes NG, Lopes MVO. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. *Rev Gaúcha Enferm*. 2010; 31(2): 367-74.
37. Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. *Rev Saúde Com*. 2006; 2(1): 30-8.

Submissão: agosto/2012

Aprovação: outubro/2012
