

# ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO E DO DIABETES: COMPREENSÃO DE ELEMENTOS INTERVENIENTES SEGUNDO USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

**Adherence to treatment for hypertension and diabetes: understanding factors involved for users of a Primary Health Care Service**

Daniela Arruda Soares<sup>1</sup>, Camila e Silva Camelo Rodrigues<sup>2</sup>, Débora Ferreira Pereira<sup>3</sup>,  
Mayane Oliveira Rebouças da Silveira<sup>4</sup>, Jéssica Evangelista Oliveira<sup>5</sup>, Vânia de Santana Lima<sup>6</sup>

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo compreender os elementos intervenientes no processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde. Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com utilização de entrevista semiestruturada, realizado em um município do interior Baiano. A análise dos dados seguiu a modalidade categorial temática. Da análise dos 24 depoimentos, emergiram três categorias: 1. Elementos relacionados aos serviços de saúde; 2. Elementos relacionados aos indivíduos e ao seu estilo de vida e; 3. O medicamento como elemento central do tratamento. Tais elementos explicitam que o processo de adesão constitui-se um evento multifacetado e multideterminado, perpassando por fatores vinculados no tripé indivíduo, terapêutica e serviços de saúde, de modo que a sua compreensão deve estar alicerçada nessa visão paradigmática ampliada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes Mellitus; Hipertensão; Cooperação do paciente.

## ABSTRACT

This study aimed to understand the elements involved in the process of adherence to the treatment of hypertension and diabetes mellitus, according to users of a primary health care service. A qualitative study, descriptive and exploratory, using semi-structured interviews, conducted in an inland city of Bahia. Data analysis followed the thematic category method. The analysis of 24 interviews revealed three categories: 1-elements related to health services, 2-elements related to individuals and their lifestyle, and 3-medication as a central element of treatment. These elements clearly show that the adherence process is a multifaceted and multidimensional event, involving factors linked to the individual, therapy, and health services tripod, so that their understanding should be grounded in this expanded paradigmatic vision.

**KEYWORDS:** Diabetes Mellitus; Hypertension; Patient Compliance.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não-transmissíveis, entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes melli-

tus (DM), têm apresentado um aumento significativo nas últimas décadas, decorrentes da transição demográfica e epidemiológica e das mudanças nas condições de vida e saúde das sociedades modernas, sendo responsáveis pelo

<sup>1</sup> Daniela Arruda Soares, enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente da Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira. E-mail: dandani23@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Camila e Silva Camelo Rodrigues, enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira

<sup>3</sup> Débora Ferreira Pereira, enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira. Pós Graduada em Saúde Mental

<sup>4</sup> Mayane Oliveira Rebouças da Silveira, enfermeira pela Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira. Pós-graduanda em Auditoria de Sistemas e Serviços de Saúde pela Unigrad, campus de Vitória da Conquista - Ba

<sup>5</sup> Jéssica Evangelista Oliveira, graduanda em nutrição pela Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira

<sup>6</sup> Vânia de Santana Lima, farmacêutica pela Universidade Federal da Bahia, Campus Anísio Teixeira

elevado número de óbitos em todo o país.<sup>1</sup> Quando não tratadas adequadamente, podem acarretar graves consequências a alguns órgãos vitais, já que estão associadas a complicações crônicas incapacitantes que comprometem a qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos portadores, além de envolver somas vultosas no seu tratamento. Como entidades isoladas, estão entre as mais frequentes morbidades do adulto, constituindo-se como grave problema de saúde pública.<sup>2-5</sup>

Não obstante o grande esforço envidado pela comunidade científica no manejo dessas doenças, considera-se que um dos maiores desafios constitui-se no controle dessas morbidades, a fim de se obter a adesão dos hipertensos e diabéticos para garantir o sucesso terapêutico e, por conseguinte, o adiamento de complicações agudas e crônicas.

Em sentido estrito, entende-se por adesão a incorporação dos aconselhamentos dados pelo médico ao comportamento do indivíduo.<sup>5,6</sup> Contudo destaca-se que a adesão não se reduz a um ato de volição pessoal já que envolve uma gama de elementos voltados para o cotidiano das pessoas, bem como dos serviços de saúde.

Tal situação evidencia o caráter polissêmico e não consensual da adesão, pois se, por um lado, há uma vertente mais reducionista, que caracteriza a adesão como o comportamento do indivíduo em termos de tomar os medicamentos e comparecer às consultas médicas, por outro, existem conceituações mais ampliadas que consideram a adesão como um fenômeno complexo o qual envolve elementos pessoais, comportamentais e contextuais associados.<sup>7</sup>

Diversos são os determinantes intervenientes na adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes, entre os quais pode-se citar: fatores ligados ao paciente como as características pessoais, demográficas, conhecimentos sobre a doença e tratamento, valores, crenças, experiências vividas e expectativas; influências sociais, como suporte familiar, falta de recursos; fatores ligados à terapêutica como a complexidade do regime terapêutico e efeitos indesejáveis das drogas; e fatores relacionados aos serviços de saúde como dificuldades de relacionamento com a equipe multidisciplinar e desestruturação dos serviços de saúde.<sup>8-10</sup>

No que diz respeito aos aspectos subjetivos, destaca-se que o significado que os indivíduos têm da doença e do seu tratamento, o arcabouço de crenças e valores alicerçados em seus comportamentos e atitudes podem influenciar o processo de autocuidado e predizer um prognóstico de adesão.<sup>11-14</sup>

Por isso, tais aspectos merecem atenção e cuidado e, na atualidade, ainda carecem de maior inserção nas agendas

de pesquisa em saúde, no sentido de desvelar os elementos intervenientes no processo de adesão à terapêutica do Diabetes e da Hipertensão na perspectiva dos indivíduos que a possuem, com vistas à viabilização de ações preventivas e promocionais voltadas para as coletividades humanas portadoras desses agravos.

Face ao exposto, objetiva-se compreender os elementos intervenientes no processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde, de um município do interior baiano.

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa. A análise do objeto de estudo pautou-se no referencial da Adesão o qual representa o lugar ocupado pelo indivíduo no processo de produção e reprodução social, às concepções de saúde-doença e à organização dos serviços de saúde com vistas ao seguimento do tratamento, suplantando o ato de apenas ingerir o medicamento ou seguir as orientações médicas.<sup>15</sup>

A coleta dos dados foi realizada nos meses de outubro a dezembro de 2011, em uma Unidade de Saúde da Família (USF), locado em um município do interior Baiano. Tal município é considerado o principal polo regional na prestação de serviços nas áreas de saúde e educação, além de polarizar importante montante de empreendimentos no âmbito do agronegócio e construção civil na região sudoeste da Bahia.

Os sujeitos foram constituídos de usuários pertencentes à área de abrangência da USF mencionada, portadores de HAS e/ou DM e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: ser portador de queixas psiquiátricas, pacientes pediátricos, portadores de hipertensão ou diabetes gestacional e ser portador de outras doenças crônicas.

A amostra foi não probabilística, elegendo-se como técnica a amostragem por saturação, sendo que a interrupção da coleta foi analisada por, pelo menos, quatro pesquisadores do grupo até se obter um consenso sobre elas. Recorreu-se às entrevistas em profundidade, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. A entrevista semiestruturada seguiu um roteiro dividido em duas partes: a primeira contendo elementos relativos à caracterização dos sujeitos da pesquisa quanto a informações socio-demográficas e clínicas; e a segunda contendo as questões norteadoras que possibilitaram o alcance do objetivo proposto. O instrumento foi reproduzido após realização de um pré-teste com indivíduos que atenderem aos mesmos

critérios de inclusão e exclusão, mas que não fizeram parte da amostra, sendo oriundos de outra USF do município. Os sujeitos foram identificados pela terminologia “ENTREVISTADO”, seguido do numeral correspondente à ordem de realização das entrevistas a fim de preservar-se a identidade dos mesmos.

A análise dos dados deu-se por meio da técnica de análise de conteúdo conforme a modalidade categorial temática, segundo Bardin.<sup>16</sup> Dessa forma, o procedimento para a análise de dados seguiu as etapas de leitura flutuante de todas as entrevistas constituindo o *corpus*. Em seguida, foi feita a leitura exaustiva do material na busca de unidades ou núcleos de sentido, delineamento das categorias de análise que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo está organizado e, por fim, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/Jequié sob protocolo nº 118/2010, bem como todos os preceitos éticos relativos à pesquisa com seres humanos foram atendidos conforme resolução 196/96 do CNS-Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da totalidade dos sujeitos, 19 eram do sexo feminino e cinco do sexo masculino. Quanto à faixa etária, um estava entre 10 e 29 anos, cinco entre 30 a 49 e 18 acima dos 50 anos. Quanto ao estado civil, 17 eram casados, quatro solteiros e três viúvos. A maior parte não exercia atividade remunerada, sendo que apenas oito realizavam algum tipo de atividade remunerada. Em relação às morbidades, 15 possuíam DM e HAS, sete só possuíam HAS e dois só DM.

Da análise dos depoimentos, emergiram as três categorias temáticas que se seguem: Elementos relacionados aos serviços de saúde; Elementos relacionados aos indivíduos e ao seu estilo de vida; e O medicamento como elemento central no tratamento da doença.

### Elementos relacionados aos serviços de saúde

Quando questionados sobre o tratamento da hipertensão e/ou do diabetes, os sujeitos relataram dificuldades no processo de adesão ao tratamento relacionado a elementos vinculados aos serviços de saúde. Conforme Pierin<sup>9</sup>, a adesão ao tratamento depende de muitos fatores, entre eles as limitações dos serviços de saúde evidenciadas pelo despreparo dos profissionais e pela falta de resolutividade no atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

*“O pessoal é grosso, eles não atendem bem, e quando a gente vem marcar exame sai aí horas depois [...] E tem mais, eles perdem nossos exames, dia desses perderam o meu e eu tive que esperar mais um tempo pra fazer outro, em relação à medicação nem se fala, eu nem vou mais aí, vou direto na farmácia, né minha filha?”* (Entrevistado 12)

*“[...] Eu não sei nada porque uns falam uma coisa outros falam outra, a doutora me consulta, mede a pressão, agora mesmo ela disse que não podia fazer nada porque o exame tava com cinco mês, tem que ir com exame novo e agora só janeiro né, porque ela vai entrar de férias.”* (Entrevistado 25)

Pode-se depreender das falas acima que a forma como o profissional de saúde interage com os indivíduos com HAS e/ou DM é um interveniente negativo no processo de adesão ao tratamento, pois concorre para insatisfação com a assistência prestada e, por conseguinte, menor motivação para o seguimento das orientações e cuidados a serem dispensados.

Além disso, a falta de resolutividade no atendimento redundava em falta de credibilidade nos serviços e peregrinação dos indivíduos por outros serviços para conseguirem cumprir o regime terapêutico, tal como exposto abaixo.

*“O chato hoje em dia é que os postos não estão chegando na hora certa, pra fazer um exame mesmo, pra marcar, é dois ou três meses [...]. Tem que esperar. Mas é porque eu nunca precisei ir no hospital. Mas às vezes é melhor ir numa clínica e pagar.”* (Entrevistado 3)

*“[...] O mal é que falta remédio, mas acredito que isto seja um problema do governo, que não disponibiliza dinheiro... se você precisa de uma emergência você não tem, se você não tiver dinheiro você morre... na minha família mesmo morreu ali porque não tinha condições para arcar.”* (Entrevistado 13)

Parece claro também que, quando a necessidade dos casos transcende o nível da atenção básica, a articulação desse nível com a média e alta complexidade demonstra fragilidade, gerando dificuldades de acesso a esses serviços e baixa resolutividade.<sup>17</sup> Assim, as desigualdades de acesso a insumos e aos serviços de saúde concorrem para a redução da adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes frente aos sujeitos investigados.

Para além dos profissionais, a assiduidade do usuário aos serviços de saúde também pode estar comprometida devido a problemas relacionados ao horário de funcionamento dos serviços, a falha no acolhimento e na abordagem, tal como apontado em outro estudo.<sup>17</sup>

## Elementos relacionados ao indivíduo e ao seu estilo de vida

O tratamento da doença crônica depende de recursos vinculados aos serviços de saúde, mas também à mudança dos hábitos de vida tal como apontado abaixo pelos entrevistados, requerendo, portanto, que, no tratamento da hipertensão e do diabetes, sejam levadas em consideração as necessidades da clientela, sendo que as orientações dos profissionais precisam estar consoantes a elas.<sup>18</sup>

*“Sei que é devido eu fumar, café né, às vezes sal e gordura, tem tratamento que é direto.” (Entrevistado 1)*

*“Sobre o tratamento da pressão alta? Não posso comer sal, não posso comer gordura, comer fritura, essas coisas [...] minha comida tem que ser bem pouca gordura [...].” (Entrevistado 6)*

*“[...] o que eu comêço é que é muito perigoso, né. E que não posso comer gordura, não posso comer sal. Só. Eu sei que não posso comer muitas coisas. Eu deixei de comer muitas coisas. Comia queijo, gordura, todo tipo de gordura a gente não pode comer demais. Tem uns tipos de verdura que a gente não pode comer [...].” (Entrevistado 9)*

*“[...] não como sal, gordura [...] eu como mais é peixe e galinha, carne fresca [...] o café é só com adoçante, com açúcar não to comendo, bebida eu não to bebendo[...].” (Entrevistado 15)*

*“[...] sei que os médicos e minhas sobrinhas me falam, sabe, que não posso comer muito, tem que fazer exercício físico [...] não pode comer sal nem doce né! Gordura, essas coisas assim que eu não como mais [...].” (Entrevistado 25)*

Percebe-se que alguns entrevistados compreendem as medidas não farmacológicas vinculadas às mudanças no estilo de vida, incluindo o seguimento do regime dietético prescrito, a prática regular de exercícios físicos, a necessidade de cessação tabágica, da cafeína e do álcool enquanto componentes da adesão ao tratamento das entidades nosológicas em questão. Alimentação adequada, exercícios físicos e, principalmente, limitação do stresse caracterizam um estilo de vida que pode ser considerado como saudável e que vem sendo fortemente documentado e recomendado pela literatura com vistas ao controle das doenças em questão, devido ao seu baixo custo e grande efetividade em termos de medidas de saúde pública.<sup>12,19</sup> Contudo, em relação ao estresse, os entrevistados deste estudo não fizeram menção a esse elemento.

Ademais, na medida em que o indivíduo tem o entendimento desses fatores de risco modificáveis e que podem ser controlados por eles, pode-se evidenciar uma relação de independência e cooperação com o regime terapêutico. Estudo prévio apontou que indivíduos com maior conhecimento sobre a doença e tratamento apresentaram-se 3,6 vezes mais aderentes do que aqueles com um menor nível de conhecimento, tornando-se mais ativos no tratamento.<sup>20</sup> Complementarmente, ratifica-se que os indivíduos conscientes da importância do tratamento seguem mais corretamente recomendações terapêuticas.<sup>21</sup>

Destaca-se, ainda, que, se o indivíduo adotar um melhor posicionamento frente a sua saúde, porquanto consiga desenvolver um estilo de vida mais salubre, o efeito dos fatores de risco que desencadeiam a hipertensão e o diabetes pode ser atenuado.<sup>22</sup> Todavia entende-se que adotar um estilo de vida mais saudável depende de condições socioeconômicas<sup>23</sup>, culturais e ambientais, do nível de conhecimento e consciência dos danos potenciais que a doença pode acarretar e do empoderamento e incorporação desses elementos na vida quotidiana com vistas à efetivação do processo de mudança.

## O medicamento como elemento central no tratamento da doença

A percepção dos sujeitos deste estudo com HASE/ou DM acerca da sua doença/tratamento evidenciou que o exercício físico, a dieta, a cessação do tabagismo e a cafeína precisam de reformulação. Adicionalmente, o tratamento farmacológico também foi apontado como necessário para um bom controle das doenças. Esse último pareceu ganhar destaque nas falas que se seguem.

*“[...] só me falaram que a pressão alta faz passar mal né? É isso que eu sei que a pressão alta faz... eu tenho que tomar meus remédios direitinho por causa da pressão se subir né? Que nem agora, eu fiquei dois dias sem tomar o remédio porque tinha acabado... a pressão ficou alta me deu aquela tontura e eu cai(...) é por isso que eu falo, tem que se cuidar neh? Tem que se cuidar por causa disso [...].” (Entrevistado 12)*

*“[...] por enquanto eu... eu... eu estou leigo. Não sei sobre o tratamento, o que a doutora me falou foi o seguinte me falou que eu tenho só que tomar os remédios pro resto da vida [...].” (Entrevistado 13)*

*“Eu sei que o diabetes prejudica muito a gente e as vistas, se a gente não tomar o medicamento, a gente pode ficar cega e traz muita doença como problema de rins e leva à morte,*

*é o que eu sei.” (Entrevistado 16)*

*“Do tratamento a gente tem que ter cuidado assim: não pode ficar sem tomar o remédio, se não a pressão aumenta e a gente tem o derrame né, tem que controlar por causa do coração também né e é um bocado de coisa. Os remédios eu tomo direitinho, pra puder não dar o derrame [...]. Quanto mais a gente toma mais a minha pressão fica boa, ela fica de 12 por 8, 11 por 7 e fica boa, tomo os remédios direitinhos.” (Entrevistado 17)*

A valorização dos medicamentos em detrimento dos outros fatores intervenientes no processo de adesão possui raízes que são históricas, visto que os medicamentos produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas a doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade.<sup>24</sup> Não obstante o desenvolvimento da indústria farmacêutica, reduzindo a incidência de efeitos indesejáveis dos medicamentos, e o maior acesso dos indivíduos aos mesmos, seja nas unidades de saúde ou nas farmácias populares<sup>25</sup>, incrementam a sua valorização.

Resultados de um estudo qualitativo realizado em Juiz de Fora-MG coaduna com o exposto, pois evidenciou que mais da metade dos entrevistados associaram a adesão apenas ao tratamento medicamentoso.<sup>26</sup> Outro estudo realizado no interior paulista demonstrou que 82% dos indivíduos diabéticos investigados acreditavam que os medicamentos prescritos melhoram os sintomas e 83% acreditavam que eles protegem a saúde no futuro.<sup>27</sup> Isso pode ser explicado devido ao valor dado pelos pacientes à terapia farmacológica, bem como pela importância com que o mesmo figura no tratamento.

Mesmo comprovados os benefícios da atuação sobre o estilo de vida, é mais fácil para o médico prescrever anti-hipertensivos do que ensinar mudanças de hábitos e de comportamentos, enquanto, para os hipertensos e/ou diabéticos, é mais fácil tomar a medicação do que praticar exercícios, fazer dietas ou deixar de fumar.<sup>28,29</sup> Isso porque mudanças mais abrangentes no comportamento dos indivíduos, como as requeridas para a consecução do tratamento não farmacológico, perpassam por determinantes biológicos, socioculturais, antropológicos, econômicos e psicológicos.

Não obstante destaca-se que mesmo analisando a adesão ao tratamento farmacológico isoladamente, ele tem sido desencadeador de não adesão devido à complexidade de certas terapias farmacológicas representada pelo uso concomitante de múltiplos medicamentos, posologias e reações adversas muitas vezes difíceis de serem seguidas e toleradas pelos indivíduos, falta dos medicamentos em

muitos serviços de saúde e da impossibilidade dos indivíduos de adquiri-los.<sup>6,30</sup> Tal aspecto é evidenciado nas falas que se seguem.

*“O remédio a gente pega é gratuito, aí a gente toma tudo, o que é pra comprar a gente compra quando não tem no posto, o que não compra pega no posto.” (Entrevistado 17)*

*“Eu me sinto bem agora, teve uns remédios da pressão que não deram bem no começo, ficava com uma tosse o tempo todo, aí depois mudei e esse agora que eu tô usando tá dando bem[...].” (Entrevistado 20)*

*“[...] Meu tratamento eu tomo insulina pra diabetes tipo 2 duas vezes ao dia e, no caso da pressão né, eu tomo os comprimidos, 3 tipos de comprimido né! [...] Às vezes quando eu não acho os medicamentos tenho que comprar, mas é bem mais em conta[...].” (Entrevistado 23)*

A simplificação do tratamento medicamentoso em pacientes ambulatoriais e o controle da doença com a participação de farmacêuticos e enfermeiros demonstrou serem intervenções promissoras em duas metanálises conduzidas anteriormente.<sup>31,32</sup> Some-se a isso, a associação de distintas abordagens como automonitoramento, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, informações adequadas e acompanhamento por telefone que foram recursos também apontados em outro estudo.<sup>25</sup>

Por isso, é preciso salientar que o tratamento farmacológico constitui uma ferramenta poderosa para controlar a hipertensão e o diabetes, no entanto, não representa o único elemento que merece consideração por parte dos profissionais de saúde e muito menos de seguimento exclusivo entre os portadores de enfermidades crônicas.

## CONCLUSÃO

Elementos relacionados aos serviços de saúde, ao indivíduo e ao seu estilo de vida e a consideração do tratamento como central na terapêutica da hipertensão e da diabetes foram apontados pelos indivíduos neste estudo e analiticamente correlacionados como fatores intervenientes no processo de adesão.

Tais elementos explicitam que o processo de adesão constitui-se um evento multifacetado e multideterminado, perpassando por fatores vinculados no tripé indivíduo, terapêutica e serviços de saúde, de modo que a sua compreensão deve estar alicerçada nessa visão paradigmática ampliada.

Esse redimensionamento do conceito e da prática da adesão advoga o respeito às idiossincrasias de cada indi-

víduo, considerando sua dinâmica de vida e de relacionamentos familiares e sociais, suas crenças, opiniões, conhecimentos sobre a doença e o tratamento, na busca pela qualidade de vida e cidadania e no alcance de um equilíbrio entre as demandas subjetivas de cada indivíduo e as exigências clínicas do manejo da hipertensão e do diabetes e do seu tratamento. Além disso, ratifica a necessidade de prevenção e controle da hipertensão e do diabetes tendo, como fio condutor, a melhoria no processo de adesão ao tratamento dessas morbidades.

## REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Lancet*. 2011; 61:61-74.
- Guedes MVC, Araújo TL, Lopes MVO, Silva LF, Freitas MC, Almeida CF. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64(6):1038-42.
- Lessa I, Araújo MJ, Magalhães L, Almeida Filho N, Aquino E, Costa MCR. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular modificáveis na população adulta de Salvador (BA), Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2004; 16(2):131-7.
- Pedrosa RP, Drager LF. Hipertensão arterial sistêmica. *Rev Bras Med*. 2008; 65(12):74-84.
- Castro MS, Fuchs FD. Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle. *Rev Bras Hipertens*. 2008; 15(1):25-7.
- Pierin AMG, Strelec MAAM, Mion JR. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. *Hipertensão arterial: uma proposta para cuidar*. São Paulo: Manole; 2004.
- Monteiro MF, Sobral Filho I, Sales CS, Tamaki EM. Adesão às medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica: o comportamento do hipertenso. *Cogitare Enferm*. 2007; 12(2):157-63.
- Sarquis LMM, Del' Acqua MCQ, Gallani MCBJ, Moreira RM, Bocchi SCM, Tase TH, *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev Esc Enferm USP*. 1998; 32(4):335-53.
- Pierin AMG, Mion Júnior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP*. 2001; 35(1):11-8.
- Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Fuchs FD. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
- Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):635-42.
- Faé AB, Oliveira ERA, Silva LT, Cadê NV, Mezadri VA. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Enferm UERJ*. 2006; 14(1):32-6.
- Pires CGS, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(Supl 2): 2257-67.
- Soares, DA, Sadigursky, D. Caracterização das relações interpessoais entre o enfermeiro e a pessoa com diabetes. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010; 45(7):263-9.
- Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão; não adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(Supl 2):2299-306.
- Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2002.
- Coutinho FHP, Sousa IMC. Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011; 35(2):397-411.
- Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública*. 2003; 37(5):635-42.
- Romero BCM, Juarez LG. Estilos de vida: Experiencias con la adherencia al tratamiento no farmacológico en diabetes mellitus. *Index Enferm*. 2006; 15(52-53):16-9.
- Hungerbuhler P, Bovet P, Shamlaye C, Burnand B, Waeber B. Compliance with medication among outpatients with uncontrolled hypertension in the Seychelles. *Bull World Health Organ*. 1995; 73(4):437-42.

21. Araújo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(2):259-72. [Citado 2013 jan. 13]. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/pdf/v8n2a11.pdf](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/pdf/v8n2a11.pdf)>.
22. Castro VD, Car MR. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições, reações. *Rev Esc Enferm USP.* 2000; 34(2):145-53.
23. Brito RS, Santos DLA. Atitudes de cuidados desempenhadas por homens hipertensos e diabéticos com relação à sua saúde. *Rev Pesq Cuid Fundam online.* 2012; 4(1):2676-85.
24. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 13(Supl.):793-802.
25. Halfoun VLRC, Mattos DS, Laurêdo ALB, Selórico CF, Ferreira JM, Albuquerque MPS. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. *Rev APS.* 2012; 15(1):14-20.
26. Oliveira EAF, Almeida AB, Souza EECM, Paula NCS, Pereira ER, Moreira RO, *et al.* Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev APS.* 2011; 14(3):319-26.
27. Gimenes HL, Zanetti ML, Haas VJ. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latinoam Enferm.* 2009; 1(1):41-7.
28. Lessa I. Doenças crônicas não transmissíveis. In: Lessa I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças não transmissíveis. São Paulo: Hucitec; 1998.
29. Soares DA, Sadigursky D, Soares I. Competência Interpessoal no cuidado de pessoas com diabetes: percepção de enfermeiros. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(4):677-83.
30. Loro MM, Kitzmann TS, Rosanelli CS, Kolankiewicz ACB, Poli G, Stumm EMF. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em portadores de hipertensão arterial de uma Unidade de Saúde. *Rev Enferm UFPE on line.* 2010; 4(4):1595-603.
31. Schroeder K, Fahey T, Ebrahin S. Intervention for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. *Cochrane Review.* In: *The Cochrane Library*, n°4; 2007.
32. Fahey T, Schroeder K, Ebrahin S. Interventions use to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Review.* In: *The Cochrane Library*, n°4; 2006.

---

Submissão: outubro/2012

Aprovação: junho/2013

---