

ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSOS DA ATENÇÃO BÁSICA¹

Annelita Almeida Oliveira Reiners*
 Franciely Marques Franco Seabra**
 Rosemeiry Capriata de Souza Azevedo***
 Mayara Rocha Siqueira Sudré****
 Sebastião Junior Henrique Duarte*****

RESUMO

O presente estudo é de caráter exploratório-descritivo e teve como objetivo verificar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos de uma unidade de Estratégia Saúde da Família do município de Cuiabá - MT. Participaram 54 usuários com hipertensão arterial sistêmica, a maioria do sexo feminino, de cor negra, idade entre 35 e 65 anos, analfabeta ou com até quatro anos de estudo e com ocupação fora de casa. Os dados foram coletados por meio de entrevista com a utilização um questionário e receberam tratamento descritivo. Os resultados mostraram que, dos 54 usuários pesquisados, nenhum adere totalmente ao tratamento anti-hipertensivo, 50% aderem parcialmente e 50% não aderem. A medida não farmacológica que os usuários de ambos os grupos menos seguem é a de realizar atividades físicas regularmente, seguida da de abandonar o fumo, controlar o estresse psicoemocional e reduzir o sal. Mais de um terço dos usuários pesquisados não conseguem tomar as medicações como prescritas pelo médico. Os desafios que os profissionais de saúde devem enfrentar para favorecer a adesão do usuário ao tratamento e ajudar aqueles que, mesmo com dificuldades, aderem parcialmente, estão relacionados à forma de tratar o usuário e sua família.

Palavras-chave: Adesão à medicação. Cooperação do Paciente. Hipertensão. Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2020 haverá cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento⁽¹⁾. O aumento da expectativa de vida acarretou e continuará ocasionando aumento das condições crônicas de saúde, que como se presume, será mundialmente a primeira causa de incapacidades das pessoas⁽²⁾.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica que se constitui em problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, por ser um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A doença é responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes Mellitus, por 50%

dos casos de insuficiência renal terminal⁽³⁾.

Segundo o Ministério da Saúde, o Brasil tem cerca de 17 milhões de pessoas com o diagnóstico de HAS, das quais 35% têm 40 anos ou mais, estimando-se, por outro lado, que 4% das crianças e adolescentes também sejam portadores⁽³⁾. No ano de 2006, na Região Centro-Oeste foram cadastrados no sistema 40,6% dos hipertensos, que em Cuiabá, no mesmo ano, foram registrados 51,6%⁽⁴⁾.

Por ser a HAS uma doença crônica, seu controle requer tratamento por toda a vida com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Os atuais agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS são eficazes em reduzir a pressão arterial, mas a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do pequeno percentual de controle da HAS nos pacientes⁽⁵⁾. Isso se constitui em um

desafio muito grande a ser enfrentado pelos profissionais da saúde no dia a dia de sua prática

¹Trabalho desenvolvido no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº. 1.802/08. Artigo Original.

*Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Graduação e Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMG. E-mail: reiners17@hotmail.com

**Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá, Mato Grosso. Preceptora PETAÚDE Cuiabá, MT. E-mail: francyeseabra@hotmail.com

***Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. E-mail: capriata@terra.com.br

****Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Faculdade de Enfermagem da UFMT. E-mail: maysrocha@yahoo.com.br

*****Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor da UFMT. Coordenador PETAÚDE Cuiabá, MT. E-mail: sjhd@usp.br

de assistência aos hipertensos.

É válido considerar a prevalência da não adesão ao tratamento como indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde⁽⁶⁾. Além disso, a adesão ao tratamento é essencial na assistência de enfermagem ao indivíduo hipertenso, pois com ela o profissional poderá desenvolver intervenções clínicas e educativas que se ajustem às reais necessidades dos usuários e às de grupos que tenham as mesmas dificuldades em aderir.

Para poderem atuar de maneira eficaz, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades desta população, os profissionais precisam conhecer os pacientes e identificar os que aderem e os que não aderem ao tratamento, bem como levantar os motivos pelos quais os hipertensos assistidos não estão seguindo o tratamento.

Neste sentido, desenvolvemos esta pesquisa com o objetivo de levantar a adesão ao tratamento de hipertensos de uma ESF do município de Cuiabá – MT e identificar as medidas às quais eles menos aderem.

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado Projeto de Educação por Meio do Trabalho para a Saúde desenvolvido no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC n.º 1.802/08.

METODOLOGIA

O estudo é de caráter exploratório-descritivo com abordagem quantitativa e foi realizado no município de Cuiabá – MT, no bairro Dr. Fábio I, na área de abrangência da USF Dr. Fábio I. Esse bairro é subdividido em seis microáreas, nas quais atua uma equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) responsável por 1.194 famílias, composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários e um secretário.

A pesquisa foi realizada com usuários assistidos pela ESF supramencionada que atenderam aos seguintes critérios: ser cadastrado e acompanhado pela equipe de Saúde da Família; ter diagnóstico de HAS registrado no prontuário; ter idade ≥ 18 anos; ser capaz de se comunicar verbalmente.

A escolha dos participantes da pesquisa foi realizada por meio de consulta à Ficha B, na qual obtivemos os dados de identificação e de domicílio dos hipertensos a serem pesquisados. No total, foram selecionados 60 usuários que atenderam aos critérios estabelecidos, mas seis deles não foram encontrados em seus domicílios nas três vezes em que foram procurados pela equipe de pesquisa e por isso não foram incluídos na amostra. Assim, a amostra final foi de 54 usuários. Todos concordaram em participar da pesquisa e se manifestaram isto assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2009, por meio de entrevistas. Foi utilizado um formulário com perguntas fechadas sobre a identificação dos participantes e sobre o tratamento e a forma de segui-lo, o qual foi testado e ajustado previamente com hipertensos que não fizeram parte da coleta de dados final.

Para verificar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico dos hipertensos pesquisados aplicamos a medida de adesão por meio do autorrelato. Esta forma de medir a adesão, embora possa sofrer os vieses da subjetividade e do esquecimento, ainda pode produzir bons resultados se os pesquisadores conduzirem a entrevista de modo não coercitivo e garantindo total sigilo e respeito aos usuários⁽⁷⁾. Assim, foram realizadas as seguintes perguntas aos usuários: “Quais tratamentos ou práticas terapêuticas foram recomendados ao(a) senhor(a) para tratar a pressão alta?”; “O (a) senhor(a) tem sido capaz de seguir as recomendações?”. Na sequência, perguntou-se ao usuário como seguia as medidas não farmacológicas de consumo de sal e de gordura, de realização de atividade física, de ingestão de álcool, de não uso de tabagismo e de controle do estresse com parâmetros definidos conforme estabelecido pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (V DBHA e VI DBHA)^(8,9). Desta forma definiu-se como adesão ao tratamento o usuário: ingerir menos de 4 colheres rasas de café/dia de sal; não ingerir gorduras ou fazê-lo ocasionalmente (uma vez por semana); não fumar ou ter abandonado o tabagismo; realizar atividade física regular com duração de no mínimo 30 minutos por dia;

controlar o estresse psicoemocional; e limitar o consumo de álcool a, no máximo, 30g/dia de etanol para homens (duas latas de 350ml ou uma garrafa de 650ml de cerveja, duas taças de 150ml ou uma de 300ml de vinho, duas doses de 50ml ou três doses de 30ml de bebida destilada para homens) e 15g/dia para mulheres (metade das quantidades permitidas para homens).

Para verificar se o usuário seguia o tratamento medicamentoso, foi confrontada a receita médica fornecida pelo usuário com a resposta que este deu ao lhe ser solicitado que explicasse como tomava as medicações. Caso o usuário não tivesse a receita, considerou-se que não aderira ao tratamento.

Neste sentido, o usuário que respondesse que estava conseguindo seguir o tratamento farmacológico e não farmacológico recomendado pelos profissionais de saúde para tratar a hipertensão, que estava tomando a medicação conforme prescrito pelo médico e que estava realizando 100% das recomendações não farmacológicas foi considerado como totalmente aderente.

Foi considerado como aderente parcial quando o usuário que respondesse que estava conseguindo seguir o tratamento ou as práticas terapêuticas recomendadas pelo profissional de saúde para tratar a hipertensão, que estivesse tomando a medicação conforme prescrito pelo médico e que estivesse realizando pelo menos 70% das recomendações não farmacológicas, ou seja, ao menos quatro dos seis itens investigados.

Por fim, foi considerado como não aderente ao tratamento o usuário que tivesse respondido não estar tomando a medicação conforme prescrito pelo médico e/ou não estar realizando pelo menos 70% das recomendações não farmacológicas.

Os dados obtidos na entrevista foram organizados em um banco de dados com o auxílio do programa Excel 2007, e os resultados foram apresentados na sua forma de frequência absoluta e relativa e analisados com base na literatura produzida sobre adesão de pessoas ao tratamento.

O estudo está inserido no projeto denominado “Análise da situação de saúde da população cuiabana assistida pelo projeto PETAÚDE”, que foi aprovado pelo Comitê de Ética do

Hospital Universitário Júlio Muller, com termo de aprovação n.º 693/2009/CEP/HUJM.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados de identificação coletados revelaram um grupo de usuários na sua maioria do sexo feminino (65%), com idade entre 35 e 65 anos (74%) e cor referida como negra (76%). A maior parte deles era constituída de pessoas analfabetas ou com até quatro anos de estudo (70,3%) e tinha como ocupação um trabalho fora de casa (40,7%) (Tabela 1).

Em sua maioria, esses resultados são compatíveis com as características sociodemográficas de hipertensos mais frequentemente relatadas nos estudos sobre incidência de HAS⁽⁹⁾ e são semelhantes aos achados de outras pesquisas⁽¹⁰⁻¹²⁾. Em relação ao sexo, a incidência de HAS em geral é maior em homens do que em mulheres até a quinta década de vida, e depois os índices se igualam. Neste estudo, mais mulheres do que homens eram portadores de HAS, resultado que corrobora que por outros estudos realizados com hipertensos⁽¹²⁻¹⁴⁾.

Ao lhes ser perguntado se estavam conseguindo seguir o tratamento como prescrito, dois usuários admitiram que não, trinta e quatro responderam que parcialmente e dezoito que sim; porém ao se confrontar suas respostas com cada item do tratamento pesquisado, de acordo com os critérios de adesão estabelecidos neste estudo, os resultados mostraram que nenhum dos 54 usuários investigados adere totalmente ao tratamento hipertensivo, vinte e sete (50%) aderem parcialmente e os outros 27 (50%) não aderem.

Esse resultado é diferente do encontrado em um estudo feito no município de Jequié – BA, no qual, de 35 hipertensos pesquisados, 58,7% acompanharam o tratamento e 41,3% o abandonaram⁽¹⁵⁾. Já em outra pesquisa realizada em São José do Rio Preto-SP, 86,93% dos 68 hipertensos investigados não aderiram ao tratamento⁽¹⁶⁾. A não adesão ao tratamento em uma amostra de 595 usuários hipertensos investigados em Blumenau - SC foi de 53,1%⁽⁶⁾.

Tabela 1: Distribuição dos usuários quanto às características sociodemográficas. Unidade de Saúde da Família Dr. Fábio I, Cuiabá, MT – 2009.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	35	74,8
Masculino	19	35,1
Faixa etária		
18 a 35 anos	6	11,1
35 a 65 anos	40	74,0
Acima de 65 anos	8	14,8
Escolaridade		
Analfabeto	11	20,3
Até 4 anos de estudo	27	50,0
Mais de 4 anos de estudo	16	29,6
Cor referida		
Branca	13	24,0
Negra	41	75,9
Situação ocupacional		
Aposentado	11	20,3
Do lar	21	38,8
Trabalho fora de casa	22	40,7

Na tabela 2 observou-se que a medida não farmacológica que tanto os usuários que aderem parcialmente quanto os que aderem menos seguem é a de realizar atividades físicas regularmente (86,9%). Em seguida, encontrou-se que eles têm dificuldade em abandonar o fumo (33,3%), controlar o estresse psicoemocional (29,5%) e reduzir o sal (25,9%). Tomar as medicações como prescritas pelo médico é uma medida não seguida por 33,3% dos usuários.

Assim como nesta pesquisa, estudos têm mostrado baixa adesão de hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Uma investigação realizada com 220 usuários hipertensos de uma policlínica constatou que 54% não praticavam atividade física ou o faziam raramente, 46% fumavam ou haviam fumado em determinados momentos da vida, 59% apresentavam algum transtorno emocional, e 64% diziam preparar a dieta com pouco sal.

Quando se investigou a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos (atividade física, etilismo, tabagismo e dieta hipossódica), constatou-se que, dos 123 participantes, 86,76% não aderiram ao tratamento farmacológico e 85,29% ao não farmacológico⁽¹⁶⁾. Da mesma forma, em outro estudo, dos 72 hipertensos pesquisados, a adesão ao tratamento não farmacológico foi baixa, especialmente em relação à dieta e atividade física⁽¹²⁾.

De acordo com os resultados apresentados, a ESF tem que lidar com dois grupos de hipertensos: os que aderem parcialmente ao tratamento e os que não aderem. Isso constitui um desafio para a equipe de saúde, uma vez que os usuários, por manejarem o regime terapêutico diferentemente, também têm necessidades distintas. Neste sentido, entende-se que determinadas ações devam fazer parte da

atenção prestada tanto aos usuários que não aderem ao tratamento quanto aos que a ele aderem parcialmente.

Tabela 2: Distribuição das medidas não farmacológicas e farmacológicas que os usuários não seguem. Unidade de saúde da Família Dr. Fábio I, Cuiabá, MT – 2009. n=54

Medidas	Adesão				TOTAL
	Usuário que adere		Usuário que não adere		
	n	%	n	%	
Dieta					
Sal	2	3,7	12	22,2	14 (25,9%)
Gordura	4	7,4	6	11,1	10 (18,5%)
Atividade Física	22	40,7	25	46,2	47 (86,9%)
Restrições					
Álcool	0	0,0	4	7,4	4 (7,4%)
Fumo	6	11,1	12	22,2	18 (33,3%)
Estresse	11	20,3	5	9,2	16 (29,5%)
Medicamentos	0	0,0	18	33,3	18 (33,3%)

A adesão ao tratamento reflete, ao menos em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde⁽⁶⁾. Assim sendo, é preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é, talvez, um dos maiores desafios que o profissional de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso⁽³⁾.

Deve-se entender que a adesão ao tratamento é um fenômeno que pode ser afetado ou influenciado por vários fatores relacionados com o usuário, o tratamento, a doença, os serviços e os profissionais de saúde, bem como com o meio social e cultural do usuário e sua família. A considerar tais influências, a atuação da equipe de saúde na adesão ao tratamento pode ser decisiva tanto na terapia farmacológica quanto na não-farmacológica.

Reconhecendo tais fatores, os profissionais de saúde devem centralizar suas ações na pessoa e sua família, considerando as suas condições de vida e saúde. Cumpre considerar também que, como seres sociais, estes têm suas expectativas, conhecimentos, interesses, valores e crenças, bem como experiências que devem ser valorizadas, por isso devem levar em consideração as individualidades, evitando

também estigmatizar aqueles com mais limitações quanto ao regime terapêutico proposto.

No domicílio, os usuários e suas famílias se sentem mais seguros e receptivos ao trabalho da equipe⁽¹⁷⁾; por isso é importante promover a participação ativa do usuário e sua família no tratamento e nos cuidados propostos, assumindo responsabilidade crescente à medida que adquirem confiança e vínculo com o profissional de saúde e também com o serviço. Neste sentido, é fundamental encorajar a pessoa a lidar com a doença, o tratamento e seus efeitos sobre a vida, valorizando cada etapa conquistada. A ação acolhedora do profissional respalda o paciente para novas atitudes e perspectivas quanto ao tratamento⁽¹⁸⁾.

É igualmente importante estimular a participação dos usuários em atividades de grupo. Nelas, eles podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, podem relacionar-se com a equipe de saúde de maneira distinta daquela a que estão acostumados no atendimento individual, construindo assim outros tipos de vínculo⁽¹⁸⁾.

Por fim, cabe ao serviço de saúde fazer a sua parte, realizando ações como, por exemplo, reduzir o tempo de espera para as consultas, oferecendo atividades que possam preencher este tempo, como palestras, recreações, informativos, entre outros. Esse serviço também poderia otimizar o tempo despendido para as consultas, pois sua duração influencia o comportamento do paciente⁽¹⁹⁾, e realizar uma consulta em que o usuário possa manifestar seus anseios e até ser encorajado e valorizado pelo profissional, com linguagem clara, objetiva e de fácil assimilação, aproximando-se da realidade do usuário. Sempre que possível, deverá fazer orientações escritas e até desenhos explicativos para as drogas prescritas, com controle das dosagens e horários de tomada no caso de o usuário não ser alfabetizado, e garantir acesso a todos os medicamentos⁽¹¹⁾.

CONCLUSÃO

O levantamento da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico de hipertensos cadastrados pela equipe do PETAÚDE mostrou que nenhum dos 54 usuários pesquisados adere totalmente ao tratamento hipertensivo, 27 (50%) o fazem parcialmente e 27 (50%) não aderem, revelando uma realidade semelhante à encontrada no Brasil e no mundo. Além disso, observou-se que a medida não farmacológica menos seguida, tanto pelos usuários que aderem parcialmente quanto pelos que não aderem, é a realização de

atividades físicas regulares, seguida das do abandono do fumo, controle do estresse psicoemocional e redução do sal. Mais de um terço dos usuários pesquisados não conseguem tomar as medicações como prescritas pelo médico.

O estudo apontou a fragilidade na adesão ao tratamento tanto farmacológico quanto não farmacológico por parte dos usuários pesquisados. Nenhum deles, segundo os critérios adotados, tem adesão total ao tratamento anti-hipertensivo estabelecido pelas diretrizes brasileiras, constituindo um desafio para os profissionais que prestam cuidado a pessoas com HAS a reversão desse quadro.

O estudo contribuiu para a formação dos alunos participantes do PETAÚDE, a partir do aprendizado baseado na problematização das necessidades da comunidade, considerando-se que a Estratégia Saúde da Família constitui o cenário de aprendizagem onde o projeto é desenvolvido. Outras contribuições foram a (re)organização das atividades assistenciais, educativas e gerenciais voltadas à população hipertensa.

Acredita-se que os resultados desta pesquisa poderão fornecer subsídios importantes para o planejamento de estratégias que visem a melhorias da qualidade da assistência aos usuários hipertensos, pois informação oportuna, apoio e monitoramento constante podem melhorar a adesão, o que reduzirá a carga das condições crônicas e proporcionará melhor qualidade de vida aos pacientes⁽¹⁾.

COMPLIANCE WITH TREATMENT OF HYPERTENSIVE PATIENTS AT BASIC HEALTH SERVICES

ABSTRACT

This exploratory and descriptive study aimed to verify the compliance to non-pharmacologic and pharmacologic treatment of hypertensive patients in a unit of Family Health Strategy program in the city of Cuiabá-MT- Brazil. Fifty-four users with arterial systemic hypertension took part in the study. They were mostly female, black, between 35 and 65 years of age, some illiterate, and some with four years or less of study and with a job away from home. Data was collected by means of interviews using a questionnaire and received descriptive treatment. The results showed that among the 54 users surveyed, none of them fully obeys the antihypertensive treatment, 50% adhere partially and 50% does not adhere. The non-pharmacological measure that the users of both groups less adopt is regular physical activity, followed by quitting smoking, controlling stress and salt reducing. More than a third of users surveyed are unable to take medications as prescribed by the doctor. The challenges that health professionals must face in order to improve the compliance with the treatment and help those who, even with difficulty, partially adhere, are related to how to treat them and their families.

Keywords: Medication Adherence. Patient Compliance. Hypertension. Primary Health Care.

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN DE LA ATENCIÓN BÁSICA

RESUMEN

El presente estudio es de carácter exploratorio-descriptivo, cuyo objetivo fue verificar la adhesión al tratamiento farmacológico y no-farmacológico de hipertensos de una unidad de la Estrategia Salud de la Familia en el municipio de Cuiabá-MT- Brazil. Participaron 54 usuarios con hipertensión arterial sistémica, la mayoría del sexo femenino, de color negro, edad entre 35 y 65 años, analfabeta o con hasta cuatro años de estudio y con ocupación fuera de casa. Los datos fueron recolectados a través de entrevista con la utilización de un cuestionario y recibieron tratamiento descriptivo. Los resultados mostraron que, de los 54 usuarios investigados, ninguno adhiere totalmente al tratamiento antihipertensivo, 50% adhiere parcialmente y 50% no adhiere. La medida no farmacológica que los usuarios de ambos grupos menos siguen es la de realizar actividades físicas regularmente, seguida del abandono del fumo, controlar el estrés psicoemocional y reducir la sal. Más de un tercio de los usuarios investigados no consigue tomar los medicamentos según lo prescrito por su médico. Los desafíos que los profesionales de salud deben enfrentar para favorecer la adhesión del usuario al tratamiento y ayudar a aquellos que, aun con dificultad, adhieren parcialmente, están relacionados con la forma de tratar al usuario y a su familia.

Palabras clave: Adhesión al Medicamento. Cooperación del Paciente. Hipertensión. Atención Primaria a la Salud.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, DF; 2003. Relatório Mundial.
2. Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV. Violência no trânsito: expressão de violência social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2005. p. 279-301.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília(DF); 2006.
4. Datasus. Secretaria Executiva do Ministério da Saúde: banco de dados. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/pop mt.def>>. [Acesso em: 2009 out 25].
5. Mion Jr D, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):55-8.
6. Santa Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de Estratégia Saúde da Família. Saúde Soc. 2010; 19(3):614-26.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de doenças sexualmente transmissíveis e Aids do Ministério da Saúde. Aderência ao tratamento anti-retrovirais em serviços públicos no estado de São Paulo. [Internet]. Acesso em: 2007 jan 17]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7BFA7B4302-7CF3-4481-A119-E66B3748C76B%7D/S%E9rie_Avalia%E7%E3o_1.pdf.
8. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. 2006. p. 1-48.
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95(1 supl.1):1-51.
10. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Jr D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biossociais conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta paul enferm. 2008; 21(1):59-65.
11. Franceli AB, Figueiredo AS, Fava SMCL. Hipertensão arterial: desafios e possibilidades na adesão do tratamento. Reme rev min Enferm. 2008;12(3):303-12.
12. Baldissera VDA, Carvalho MDB, Peloso SM. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):27-32.
13. Araujo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev Saúde Pública. 2007; 41(3):368-74.
14. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não-farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. Rev Rene. 2010; 11(1):76-85.
15. Mascarenhas CHM, Oliveira MML, Souza MS. Adesão ao tratamento de hipertensos do Bairro Joaquim Romão – Jequié/Ba. Rev Saúde Com Bahia. 2006;2(1):30-8.
16. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(2):201-6
17. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. Cienc Cuid Saude 2009; 8 (suplem.):11-22.
18. Silveira LMC, Ribeiro VM. Grupo de adesão ao tratamento: espaço “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Rev Interface Comunic Saúde. 2005 fev;9(16):91-104.
19. Giorgi DMA. Estratégias para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Rev Bras Hipertens. 2006;13(1):47-20.

Endereço para correspondência: Annelita Almeida Oliveira Reiners. Rua Zulmira Canavarros, 313 – Centro. CEP: 78005-200. Cuiabá, Mato Grosso.

Data de recebimento: 26/03/2012 **Data de aprovação:** 27/08/2012