



Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica

Factors related to adherence to treatment for systemic hypertension

Factores relacionados a la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial sistémica

Silvana Maria Coelho Leite Fava¹, Eliana Cavalari Teraoka², Amanda dos Santos Oliveira², Amanda Aparecida Teixeira Ferreira Calixto², Letícia Palota Eid², Eugênia Velludo Veiga²

Objetivou-se buscar as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Adotou-se método da revisão integrativa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, LILACS, com as palavras chave: *hypertension, compliance, non compliance, adherence, non adherence, patient compliance*, no período entre 2004-2008, artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, com o uso de instrumento validado e a análise de conteúdo. Selecionou-se 28 estudos, 64,3% com nível de evidência VI. Identificaram-se como fatores relacionados à adesão ao tratamento: custos do tratamento, atividades educacionais, gênero, relação médico-paciente, aspectos fisiológicos, comportamentais, terapêutica medicamentosa, frequência às consultas e estilo de vida. Sugere-se o uso de estratégias combinadas, para aumentar a adesão ao tratamento dos indivíduos. Lacunas apontam para a valorização das relações dialógicas para práticas em saúde integradas e mais eficazes.

Descritores: Cooperação do Paciente; Adesão à Medicação; Hipertensão; Fidelidade a Diretrizes.

This study aimed to seek the evidence available in the literature regarding the factors related to adherence to treatment for systemic hypertension. It used the method of integrative review in the databases MEDLINE, CINAHL, and LILACS, using the keywords: *hypertension, compliance, non-compliance, adherence, non-adherence, patient compliance*, in the period 2004-2008, and articles in Portuguese, English and Spanish, with the use of a validated instrument and content analysis. 28 studies were selected, 64.3% of which had level of evidence VI. The following were identified as factors related to adherence to treatment: treatment costs, educational activities, sex, physician-patient relationship, physiological and behavioral aspects, drug therapy, attending checkups and lifestyle. The use of combined strategies is suggested in order to increase the individuals' adherence to the treatment. Gaps point to the valorization of dialogic relationships for integrated and more efficacious health practices.

Descriptors: Patient Compliance; Medication Adherence; Hypertension; Guideline Adherence.

El objetivo fue buscar las evidencias disponibles en la literatura acerca de los factores relacionados con la adherencia al tratamiento de la hipertensión. Se adoptó el método de revisión integradora en las bases de datos: MEDLINE, CINAHL y LILACS, con las palabras clave: *hypertension, compliance, non compliance, adherence, non adherence, patient compliance*, de 2004-2008 en portugués, inglés y español, con el instrumento validado y análisis de contenido. Se encontraron 28 estudios: 64,3% con nivel de evidencia VI. Se observaron los siguientes factores relacionados a la adhesión al tratamiento: costos del tratamiento, actividades educativas, género, relación médico paciente, aspectos fisiológicos y conductuales, tratamiento medicamentoso, frecuencia de consulta y forma de vida. Se sugiere uso de estrategias combinadas para intensificar la adhesión al tratamiento de los individuos. Brechas señalan para valoración de las relaciones dialógicas para prácticas en salud integral y más eficaz.

Descriptores: Cooperación del Paciente; Cumplimiento de la Medicación; Hipertensión; Adhesión a Directriz.

¹Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil.

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Eugênia Velludo Veiga

Av. Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, SP, Brasil. CEP: 14040-902. E-mail: evveiga@eerp.usp.br

Introdução

A preocupação com a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) deve-se à expressiva prevalência da doença, ao caráter assintomático e crônico da doença; às graves complicações decorrentes dos níveis pressóricos elevados⁽¹⁾; às incapacidades permanentes; às aposentadorias precoces e ao alto custo do tratamento e internações hospitalares, tanto para a pessoa com HAS, como para o sistema de saúde e seguridade social⁽²⁻³⁾.

A adesão ao tratamento da HAS corresponde ao grau de concordância entre a prescrição e orientação médica e a conduta de comportamento do cliente, o que se constitui em grande desafio⁽⁴⁾; trata-se de um processo complexo e as decisões dos pacientes sobre como gerenciar a tomada dos seus medicamentos estão provavelmente baseadas em considerações econômicas, físicas, psicológicas e sociais⁽⁵⁾.

É um processo sujeito à influência de múltiplos fatores que podem determinar o comportamento do cliente em relação às recomendações ao tratamento da HAS. Estes fatores estão relacionados à pessoa, como as condições pessoais e sociais; relacionadas à doença, sua cronicidade e seu caráter assintomático; às características do esquema terapêutico: custo, número de doses e efeitos adversos dos medicamentos; ao relacionamento cliente e profissional de saúde, e as dificuldades de acesso ao sistema de saúde⁽⁴⁻⁷⁾.

As múltiplas dimensões envolvidas na adesão ao tratamento nos permitem reconhecer que o acompanhamento regular das pessoas com HAS, motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, ainda constitui um dos grandes desafios para a equipe de saúde e, principalmente para a enfermagem.

Neste aspecto, a consulta de enfermagem representa importante instrumento de estímulo para a adesão e para o acompanhamento de pessoas com HAS, pois a escuta qualificada possibilita a abertura ao diálogo, esclarecimento das dúvidas, preocupações

e os motivos que impedem que as pessoas estejam prontas para a mudança. Ao compreender estas razões, o enfermeiro pode ajudar a descobrir os potenciais benefícios da mudança de estilo de vida sob o ponto de vista do paciente⁽⁸⁾, o que possibilita pactuar com eles metas e planos de como seguir o cuidado⁽⁹⁾.

Diante a complexidade da temática, esse estudo objetivou buscar e analisar as evidências científicas sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS, no período de 2004 a 2008.

Método

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pelo método da revisão integrativa⁽¹⁰⁾. Foram realizadas as seguintes etapas: seleção da questão da pesquisa, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, categorização e avaliação dos artigos incluídos na revisão, interpretação e apresentação dos resultados, a fim de responder a seguinte questão norteadora: “Quais as evidências disponíveis na literatura sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento da HAS?” A busca de dados foi realizada em agosto de 2009. Para realizar a seleção dos estudos, utilizou-se bases de dados importantes no contexto da saúde e disponíveis online: MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line*), CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Os critérios de inclusão foram: artigos publicados e disponíveis gratuitamente *online* nos idiomas português, inglês e espanhol, com textos na íntegra, no período compreendido de 2004 a 2008, em adultos maiores de 18 anos, com as palavras chave: *hypertension, compliance, non compliance, adherence, non adherence, patient compliance* e que mencionavam os fatores relacionados à adesão ao tratamento. Realizou-se uma avaliação dos artigos por quatro revisores, sendo posteriormente comparados os resultados, a fim de certificar que os artigos atendiam aos critérios de inclusão.

Os critérios de exclusão utilizados foram:

artigos repetidos nas bases de dados consultadas, sendo estes computados apenas uma vez para análise; os que não apresentavam texto na íntegra; os que abordavam a temática da adesão ao tratamento, mas não mencionavam os fatores para a adesão; os que objetivavam comparar fármacos, que apresentavam vantagens de determinado tratamento farmacológico e aqueles que buscavam avaliar a eficácia dos marcadores biológicos.

Foram encontrados 1178 artigos nas três bases de dados, com o cruzamento das palavras chave “hypertension and compliance”; “hypertension and non compliance”; “hypertension and non-compliance”; “hypertension and adherence”; “hypertension and non adherence”; “hypertension and non-adherence”; “hypertension and patient compliance”, sendo 790 na base de dados MEDLINE, 231 no CINAHL e 157 na LILACS, destes, 1110 estavam disponíveis na íntegra para acesso gratuito e 68 artigos da LILACS foram excluídos, pois não tinham acesso livre para consulta.

Em uma primeira análise, por meio da leitura do título e dos resumos dos 1110 artigos, foram selecionados 199 artigos, sendo excluídos 911 artigos (56 do LILACS, 657 do MEDLINE e 198 do CINAHL), devido ao tema e repetição nas bases de dados, e; em uma segunda análise, pela leitura dos artigos na íntegra, foram selecionados 28 artigos que responderam a pergunta norteadora da pesquisa, dos quais, 22 (78,6%) foram selecionados da base de dados MEDLINE e 6 (21,4%) da CINAHL.

Para a coleta de dados utilizou-se instrumento elaborado e validado⁽¹⁰⁾, que contempla a identificação do artigo, características metodológicas, avaliação do rigor metodológico, intervenções mensuradas, resultados encontrados e conclusão e/ou considerações.

Para a análise dos níveis de evidência⁽¹¹⁾ dos estudos, adotaram-se os seguintes critérios: nível I: resultantes de estudo controlado ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados, nível II, resultantes de ensaio clínico controlado

randomizado bem delineado; nível III resultante de ensaio clínico bem delineado sem randomização, nível IV, provenientes de estudo de caso controle ou coorte bem delineado, nível V, evidências originárias de revisões sistemáticas de estudos descritivo e qualitativo, nível de evidência VI, provenientes de estudos descritivos e qualitativo, nível VII, evidências oriundas de opinião de autoridades/e ou relatório de comitês de especialistas.

Após a leitura, foram realizadas as três etapas propostas pela autora, quais sejam: Pré-análise: nesta etapa foi realizada a leitura flutuante dos artigos; Exploração do material: as informações contidas no material foram codificadas, ou seja, recortou-se o texto buscando classificar os referidos recortes nas categorias temáticas; Tratamento dos resultados e interpretação: os dados foram extraídos e analisados pela estatística descritiva e pela análise de conteúdo⁽¹²⁾, e agrupados, na forma com que os fatores relacionados à adesão ao tratamento eram apresentados e concebidos, de modo a constituírem as categorias temáticas. As categorias temáticas relacionaram-se tanto aos objetivos, como aos resultados dos estudos.

Resultados

Dos 28 estudos analisados, 21 (75%) foram desenvolvidos nos Estados Unidos; 5 (17,8%) no Canadá e 2 (7,1%) no Brasil; 26 (92,8%) artigos foram publicados em inglês.

Quanto à metodologia dos estudos, 27 (96,4%) foram desenvolvidos com abordagem quantitativa e 1 (3,6%) qualitativo. Dentre os estudos quantitativos, 23 (85,1%) apresentaram delineamento não experimental, 2 (7,1%) experimental e 2 (7,1%) quase experimental. As amostras foram por conveniência em 18 (66,6%) estudos e randomizada em 9 (33,3%). Em relação ao estudo com abordagem qualitativa, o referencial teórico não foi mencionado, e o seu método de estudo foi a técnica do grupo focal e a análise de conteúdo.

Os artigos foram publicados predominantemente-

mente em 2007, 21 (75%); 5 (17,7%) em 2008, a maioria, 26 (92,8%) foi publicado em revistas de outras áreas de saúde, e que não eram de enfermagem. A graduação dos autores foi descrita apenas em apenas 2 (7,14%) estudos.

Quanto ao nível de evidência⁽¹³⁾ dos estudos, identificaram-se 18 (64,3%) com nível de evidência VI, provenientes de estudos descritivos e qualitativo, seguido por 5 (17,8%) com nível II, resultantes de ensaio clínico controlado randomizado bem delineado; 4 (14,3%) com nível IV, provenientes de estudo de caso controle ou coorte bem delineado e 1 (3,6%) com nível III resultante de ensaio clínico bem delineado sem randomização.

Os objetivos dos estudos foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: estratégias para avaliação da adesão ao tratamento em 8 (28,6%); relação entre adesão ao tratamento e controle da pressão arterial (PA), em 5 (17,8%); fatores dificultadores para a adesão em 4 (14,3%); fatores facilitadores para adesão em 3 (10,7%); custos do tratamento em 3 (10,7%); a adesão ao tratamento relacionada à frequência às consultas médicas em 3 (10,7%); adesão ao tratamento farmacológico em 2 (7,1%); adesão e nível de escolaridade em 1 (3,6%); adesão e gênero em 2 (7,1%) estudos.

Em relação à variável dependente investigada, 18 (66,6%) adotaram a adesão ao tratamento; 4 (14,8%) os níveis de PA; 3 (11,1%) essas duas variáveis de forma simultânea e 2 (7,4%) os níveis de PA e o uso da medicação.

As variáveis independentes adotadas nos estudos foram, 7 (25,9%) utilizaram o emprego de estratégias educacionais para aumentar a adesão; 5 (18,5%) as características demográficas dos indivíduos; 2 (7,4%) os níveis de PA; 2 (7,4%) a crença sobre a doença; e nos outros estudos: relação entre a idade, o sexo, uso de escala de medida de adesão, os efeitos adversos dos medicamentos, uso de mensagem para o paciente via celular, uso de monitorização sanguínea do medicamento, avaliação do conhecimento e do comportamento em relação à

doença, custos dos medicamentos e a frequência de retorno às consultas médicas.

Os resultados dos estudos foram agrupados nas seguintes categorias temáticas: adesão e controle da PA; adesão e uso dos medicamentos; adesão e escolaridade; adesão e frequência às consultas médicas; adesão e gênero; adesão e estratégias utilizadas; fatores dificultadores ou facilitadores que interferiram na adesão; uso de anti-hipertensivos e controle da PA e os custos do tratamento.

A categoria custos do tratamento foi discutida em 3 (11,1%) estudos, sendo que em dois, o baixo custo do medicamento contribuiu para a adesão⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. A adesão e controle da PA foram objeto de 4 (14,8%) estudos, dos quais em três, não houveram relação estatística entre adesão e o controle da PA.

O uso de anti-hipertensivo relacionou-se ao controle da PA em 1 (3,7%) estudo; e a associação entre adesão e uso do medicamento foi abordada em 2 (7,4%) estudos, sendo que a classe dos diuréticos foi responsável pela menor adesão.

A adesão ao tratamento associou-se com diferentes variáveis, dentre elas, houve relação positiva com a escolaridade em 1 (3,6%) estudo, o qual revelou que quanto maior a escolaridade maior a adesão; quanto ao gênero, 2 (7,4%) estudos revelaram que no sexo masculino a adesão ao tratamento foi maior; a frequência às consultas médicas, favoreceu a adesão em 2 (7,4%) estudos e em 1 (3,6%) estudo não interferiu no controle dos níveis pressóricos. Também foi apontado que quanto maior o tempo do tratamento menor é a taxa de adesão⁽¹⁶⁾.

Em relação às estratégias adotadas para avaliar a adesão ao tratamento, 8 (29,6%) estudos a utilizaram, sendo elas: uso de marcador plasmático; atividades educacionais sobre a patologia, a alimentação saudável, a realização de atividade física e os fatores de risco modificáveis da doença. Verificou-se que, quatro estudos, abordaram a importância do suporte social e as orientações sobre o uso correto dos medicamentos, sendo que estas estratégias se mostraram eficazes; os outros quatro estudos

utilizaram as estratégias de orientação através do uso do telefone, do suporte da enfermagem, orientações por meio de vídeo e folhetos e a contagem de pílulas através da monitorização eletrônica, porém, estas estratégias não se mostraram efetivas para elevar a taxa de adesão ao tratamento da HAS.

A estratégia do suporte da enfermagem para aumentar a adesão não se mostrou efetiva no estudo randomizado⁽¹⁷⁾, em que o grupo intervenção recebeu o acompanhamento e suporte da enfermagem, o monitoramento eletrônico de contagem dos medicamentos e a mensuração dos níveis de PA durante seis meses de estudo, enquanto que o grupo controle recebeu o monitoramento eletrônico de contagem dos medicamentos e a mensuração da PA.

Para a avaliação do uso dos medicamentos, uma estratégia eficaz utilizada foi o uso do marcador plasmático, porém, diante da alta complexidade do método, associado ao seu alto custo e efeito colateral, como o ganho de peso, estes fatores poderiam dificultar sua utilização como um método de avaliação rotineira da adesão⁽¹⁸⁾.

Entre os fatores facilitadores para a adesão ao tratamento identificaram-se: o conhecimento sobre a HAS, a prática do autocuidado e o suporte social, os quais foram citados em 3 (10,7%) estudos. Os fatores dificultadores para a adesão foram apresentados em 3 (10,7%) estudos e relacionaram-se às mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida, descrença na doença, efeitos colaterais dos medicamentos, não controle da PA e a um evento ambiental catastrófico ocorrido no período.

Os fatores limitantes dos estudos analisados relacionaram-se aos critérios de definição da amostra, tais como tamanho insuficiente, amostras específicas que dificultam generalizar a aplicação dos resultados para outros cenários, amostras de conveniência e viés na seleção da amostra. Também se verificou que 13 (46,4%) estudos apresentaram fatores de confusão entre as variáveis estudadas, tais como: não considerar o fenômeno da hipertensão do jaleco branco; auto relato sobre o estilo de vida e a

adesão; obtenção de dados por fontes secundárias; aplicação do instrumento de coleta de dados não ser diretamente dirigida à pessoa, e sim à um familiar; não acompanhamento do sujeito com HAS a longo prazo para avaliação da adesão; as taxas de adesão auto-relatadas, o que poderia super estimá-la em relação à monitorização eletrônica, utilização da média da PA dos últimos anos, bem como a mensuração da medida da PA com técnica não padronizada.

As recomendações dos estudos apontam para a necessidade de compreender as necessidades dos clientes, ter conhecimento sobre as atuais diretrizes de tratamento da HAS, implementar o tratamento integral, estimular o autocuidado nos clientes, e favorecer o acesso aos medicamentos.

Os estudos sugerem para a avaliação da adesão ao tratamento: uso de medidas confiáveis para sua avaliação; realização de estudos longitudinais; não mensurá-la de acordo com a assiduidade às consultas médicas e não associá-la apenas com os níveis pressóricos controlados.

Dentre as recomendações para aumentar a adesão ao tratamento, os autores salientaram que nenhuma intervenção sozinha mostrou-se eficaz; e sugeriram a combinação de várias estratégias: informação adequada, aconselhamento, auto monitoramento, uso de lembretes, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, acompanhamento por telefone e outras formas cabíveis para cada caso⁽¹⁹⁾.

Os estudos analisados concluíram que foram muitos os fatores que influenciaram na adesão dos indivíduos ao tratamento, entre os quais: custos, efeitos colaterais e quantidade dos medicamentos; tipo de relacionamento entre o profissional de saúde e o cliente; fatores sociais, comportamentais e culturais envolvidos; gênero; assiduidade às consultas médicas; estilo de vida; presença ou não de atividades e programas educativos.

Discussão

Pode-se inferir que os objetivos dos estudos

priorizaram a utilização de estratégias para avaliação da adesão ao tratamento da HAS; a relação entre a adesão e o controle da PA e investigação de fatores que dificultam a adesão ao tratamento.

A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso é uma das dificuldades do profissional de saúde, seja pela ausência de instrumentos adequados para a validação das medidas terapêuticas, uma vez que a garantia da fidedignidade e da confiabilidade dos resultados obtidos são pontos cruciais neste processo⁽²⁰⁾.

Assim, alguns autores⁽¹⁶⁾ apontam que a adesão ao tratamento da HAS não pode ser medida apenas pelo controle dos níveis pressóricos, pois há outras variáveis como, dosagem, classes farmacológicas, presença de comorbidades, fatores emocionais que também corroboram para o controle inefetivo dos níveis pressóricos.

Deste modo, recomenda-se para a avaliação da adesão ao tratamento, a ocorrência de hospitalização e comorbidades; os indicadores diretos, por meio de marcadores biológicos de urina ou sangue, à perda de peso; os indicadores indiretos, como contagem de pílulas; os relatos subjetivos de pacientes ou de outras pessoas; a utilização da rede de saúde, como o comparecimento às consultas e uso de serviços preventivos⁽²¹⁾.

Dentre os fatores relacionados à não adesão ao tratamento medicamentoso destacam-se o custo do medicamento, e a dificuldade de acesso ao sistema público⁽²²⁾, os quais constituem aspecto relevante no planejamento das políticas públicas e na assistência à saúde. O acesso aos medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante no seguimento do tratamento prescrito⁽²³⁾.

A identificação de fatores determinantes da não adesão do indivíduo ao tratamento é de suma importância na aplicação da estratégia terapêutica e na obtenção de resultados satisfatórios para o alcance da adesão⁽²²⁾.

No que concerne aos fatores que facilitam a

adesão ao tratamento destacam-se o conhecimento sobre a HAS, a prática do autocuidado e o suporte social. Ressalta-se assim, o papel crucial da consulta de enfermagem para a adesão, como estratégia centrada na educação em saúde que proporciona a implementação dos cuidados pelos usuários⁽²⁴⁾.

Por meio de reflexão crítica, o enfermeiro pode relacionar a teoria ao contexto da prática e, assim, propor momentos de diálogo com o usuário em que fique evidentes as necessidades de autocuidado, bem como as potencialidades do sujeito⁽²⁴⁾.

A melhoria da adesão ao tratamento pode ser alcançada se a implementação dos cuidados estiver fundamentada com as necessidades e grau de risco da pessoa e da sua capacidade de adesão e motivação para o autocuidado em cada consulta⁽⁹⁾.

Assim, a adesão ao tratamento não se restringe apenas na prescrição de um medicamento ou de condutas. Este seguimento depende muito mais do fato da prática clínica estar desfocada dos profissionais de saúde e centrada na pessoa, princípio basilar da medicina de família e comunidade⁽²⁵⁾.

Conclusão

A adesão ao tratamento da HAS, tanto para as pessoas com HAS, como para os profissionais de saúde, configura-se em um desafio, isto porque, nesse processo, diferentes dimensões estão comprometidas, em decorrência dos fatores relacionados à pessoa, aos serviços de saúde, à doença, ao tratamento, para as quais merecem um olhar diferenciado e a atuação com resolutividade de uma equipe multiprofissional. Essas dimensões permeiam a experiência de vida e a subjetividade no processo de adoecer e influenciam o modo singular de pensar, de agir e de buscar o tratamento e a cura nos sistemas de saúde.

Os estudos analisados apontam que as estratégias educacionais quando conjugadas, e a valorização da relação do profissional de saúde e cliente são ações decisivas para aumentar a adesão ao tratamento pelo indivíduo com HAS.

Porém, a avaliação da adesão ao tratamento pela frequência às consultas clínicas ou pelo controle dos níveis pressóricos dos indivíduos, não se apresentou como estratégia útil.

Diante ao exposto, as lacunas apontam para o importante papel dos profissionais de saúde aliado ao empoderamento da pessoa com HAS para potencializar a adesão ao tratamento. As ações desses profissionais devem privilegiar a relação dialógica e não prescritiva; valorizar e considerar as pessoas com HAS como dotadas de singularidades e potencialidades, sendo necessário investigar o seu contexto histórico, social e cultural para proporcionar cuidados à saúde integrados e que atendam as necessidades individuais.

As limitações deste estudo referem-se ao período de busca dos artigos publicados durante quatro anos, a consulta em apenas três bases de dados e a utilização de palavras chave. Sugere-se a realização de estudos com maior abrangência no período de busca de publicação dos artigos, ampliação no número de bases e o uso de descritores indexados.

Agradecimentos

Agradecemos a Profa Dra Maria Suely Nogueira pela idealização e motivação do trabalho desenvolvido e ao Grupo de Pesquisa: Oficina de Projetos em Esfigmomanometria da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela oportunidade de aprendizado em grupo.

Colaborações

Fava SMCL, Teraoka EC e Veiga EV, contribuíram para a concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Oliveira AS, Calixto AATF e Eid LP contribuíram para a concepção do trabalho, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do artigo.

Referências

1. Fortes AN, Lopes MVO. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* 2004; 13(1):26-34.
2. Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens.* 2006; 13(1):51-4.
3. Marinker M, Shaw J. Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice. *BMJ.* 2003; 326(7385):348-9.
4. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2003; 8(3):775-82.
5. Krousel-Wood M, Thomas S, Muntner P, Morisky D. Medication adherence: a key factor in achieving blood pressure control and good clinical outcomes in hypertensive patients. *Curr Opin Cardiol.* 2004; 19(4):357-62.
6. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med.* 2005; 353(5):487-97.
7. Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J. Patient adherence to treatment: three decades of research a comprehensive review. *J Clin Pharm Ther.* 2001; 26(5):331-45.
8. Zuckoff A. "Why won't my patients do what's good for them?" Motivational interviewing and treatment adherence. *Surg Obes Relat Dis.* 2012; 8(5):514-21.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
10. Whittemore R, Knafk K. A revisão integrativa: metodologia atualizada. *J Adv Nurs.* 2005; 52(5): 546-53.
11. Ursi ES, Galvão CM. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(1):124-31.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

13. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. Evidence-based practice in nursing and healthcare: a guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005. p.3-24.
14. Taira DA, Wong KS, Tamas FF, Chung RS. Copayment level and compliance with antihypertensive medication: analysis and policy implications for managed care. *Am J Manag Care*. 2006; 12(11):678-83.
15. Buabeng KO, Matowe L, Plange-Rhule J. Unaffordable drug prices: a major cause of non-compliance with hypertension medication in Ghana. *J Pharm Pharmaceut Sci*. 2004; 7(3):350-2.
16. Shah ND, Steiner ME, Vermeulen LC, Fleming LA, Cory PR. The role of medication adherence as a determinant of blood pressure control in a managed care population. *Dis Manage Health Outcomes*. 2007; 15(4):249-56.
17. Schroeder K, Fahey T, Hollinghurst S, Peters TJ. Nurse-led adherence support in hypertension: a randomized controlled trial. *Fam Pract*. 2005; 22(2):144-51.
18. Braam RL, Uum SHMV, Lenders JWM, Thien T. Bromide as marker for drug adherence in hypertensive patients. *Br J Clin Pharmacol*. 2008; 39(5):733-6.
19. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. [periódico na Internet]. 2008 [cited 2008 oct 8]; 16(2): [10 p]. Available from: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab000011.html>
20. Borba AKOT, Marques APO, Leal MCC, Ramos RSPS, Guerra ACCG, Caldas TM. Adherence to drug therapy in diabetic elderly. *Rev Rene*. 2013; 14(2):394-404.
21. Almeida HO, Versiani ER, Dias AR, Novaes MRCC, Trindade EMV. Adesão a tratamentos entre idosos. *Comun Ciênc Saúde*. 2007; 18(1):57-67.
22. Santos ZMSA, Lima HP, Oliveira FB, Vieira JS, Frota NM, Nascimento JC. User's adherence to hypertensive drug therapy. *Rev Rene*. 2013; 14(1):11-22.
23. Paniz VMV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24:267-80.
24. Felipe GF, Moreira TMM, Silva LF, Oliveira ASS. Consulta de enfermagem ao usuário hipertenso acompanhado na atenção básica. *Rev Rene*. 2011; 12(2):287-94.
25. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Sociedade Brasileira de Clínica Médica. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Hansenologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. Aderência a tratamento medicamentoso. [Internet]. 2009 [citado 2010 jun 8]; 8(2): [cerca de 11p]. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/02-Aderencia.pdf