



ARTIGO ORIGINAL

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS COM HIPERTENSÃO

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND ADHESION TO THE TREATMENT OF ELDERLY HYPERTENSION

PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE ANCIANOS CON HIPERTENSIÓN

Ana Larissa Gomes Machado¹, Ingrid Holanda Guedes², Kelliane de Moura Costa³, Fernanda Moura Borges⁴, Ana Zaira da Silva⁵, Neiva Francenely Cunha Vieira⁶

RESUMO

Objetivo: descrever o perfil clínico-epidemiológico e a adesão ao tratamento de idosos hipertensos. **Método:** estudo quantitativo, descritivo, realizado em duas unidades básicas de saúde com 145 idosos hipertensos que responderam ao questionário de adesão ao tratamento da hipertensão (QATHAS) mediante visita domiciliária. Utilizou-se estatística descritiva para a análise dos dados, a partir de tabelas e figura. **Resultados:** os achados assemelham-se a outros estudos com idosos hipertensos, destacando-se o predomínio do sexo feminino (68,3%), contudo, alguns dados peculiares foram observados, como não possuir um cuidador (58,6%) e elevada frequência do nível 90 na escala de adesão, demonstrando que o esquecimento da medicação ainda representa grande obstáculo para os idosos. **Conclusão:** a realização do estudo forneceu indicadores para o planejamento do cuidado de Enfermagem, evidenciando parâmetros clínicos que denunciam níveis insatisfatórios de adesão ao tratamento. **Descritores:** Saúde do Idoso; Hipertensão; Perfil de Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária; Atenção Primária em Saúde; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: to describe the clinical-epidemiological profile and adherence to the treatment of hypertensive elderly. **Method:** quantitative, descriptive study, carried out in two basic health units with 145 elderly hypertensives who answered the questionnaire of adherence to the treatment of hypertension (QATSAH) through a home visit. Descriptive statistics were used to analyze the data, from tables and figures. **Results:** the findings were similar to other studies with elderly hypertensive patients, with a predominance of females (68.3%); however, some peculiar data were observed, not to have a caregiver (58.6%) and a high frequency of level 90 on the adherence scale, demonstrating that forgetfulness of the medication still represents a major obstacle for the elderly. **Conclusion:** the study provided indicators for the planning of Nursing care, evidencing clinical parameters that denounce unsatisfactory levels of adherence to treatment. **Descriptors:** Health of the Elderly; Hypertension; Health Profile; Community Health Nursing; Primary Health Care; Health Education.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil clínico-epidemiológico y la adhesión al tratamiento de ancianos hipertensos. **Método:** estudio cuantitativo, descriptivo, realizado en dos unidades básicas de salud con 145 ancianos hipertensos que respondieron al cuestionario de adhesión al tratamiento de la hipertensión (QATHAS) mediante visita domiciliaria. Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de los datos, a partir de tablas y figura. **Resultados:** los hallazgos se asemejan a otros estudios con ancianos hipertensos, destacándose el predominio del sexo femenino (68,3%), sin embargo, algunos datos peculiares fueron observados, como no poseer un cuidador (58,6%) y elevada frecuencia del nivel 90 en la escala de adhesión, demostrando que el olvido de la medicación todavía representa un gran obstáculo para los ancianos. **Conclusión:** la realización del estudio proporcionó indicadores para la planificación del cuidado de Enfermería, evidenciando parámetros clínicos que denuncian niveles insatisfactorios de adhesión al tratamiento. **Descriptor:** Salud del Anciano; Hipertensión; Perfil de Salud; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación em Salud.

¹Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: analarissa2001@yahoo.com.br;

²Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: ingridhg19@hotmail.com;

³Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Secretaria Municipal de Saúde. Picos (PI), Brasil. E-mail: kellianecm@hotmail.com;

⁴Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Picos (PI), Brasil. E-mail: borges-fernanda1@hotmail.com; ⁵Enfermeira,

Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal do Piauí/UFPI. Picos (PI), Brasil. E-mail: anazaira18@hotmail.com;

⁶Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Universidade Federal do Ceará/UFC. Fortaleza (CE), Brasil. E-mail: neivafrancenely@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica de alta prevalência, baixas taxas de controle e está associada ao aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.¹⁻² Nos idosos, é o mais significativo fator de risco cardiovascular modificável e as alterações próprias do envelhecimento determinam aspectos diferenciais na pressão arterial (PA).²

A prevalência da HAS em idosos é superior a 60% e a persistência do indivíduo no tratamento é fundamental para reduzir a morbimortalidade cardiovascular. Observam-se, contudo, em alguns estudos, baixas taxas de adesão do idoso ao tratamento anti-hipertensivo.³

Baixas taxas de adesão ao tratamento, associadas ao aumento da idade e a fatores sociais desfavoráveis, como baixa escolaridade e renda, comprometem o manejo da doença e contribuem para a ocorrência de complicações da HAS. Essa doença está na gênese de muitas condições crônicas de saúde, o que a caracteriza como uma das maiores causadoras da redução da expectativa e qualidade de vida das pessoas.³

Ressalta-se, entretanto, que a capacidade de um idoso hipertenso aderir ao tratamento sofre influência de diferentes fatores, dentre os quais o sistema de saúde, nível socioeconômico, a relação profissional de saúde e paciente, além da compreensão que o idoso tem acerca da doença e de seu tratamento. Dessa forma, não se pode responsabilizar unicamente o paciente pelo seguimento medicamentoso ou não medicamentoso para o controle da HAS.⁴

Ao se considerar, então, que o tratamento da HAS requer a modificação de hábitos de vida e envolve aspectos relacionados à cultura, ao ambiente de saúde e às capacidades individuais, é precípuo conhecer o perfil das pessoas hipertensas a fim de reunir informações que irão favorecer a elaboração de um plano de cuidados adequado e direcionado às reais demandas da população.

OBJETIVO

- Descrever o perfil clínico-epidemiológico e a adesão ao tratamento de idosos hipertensos.

MÉTODO

Estudo quantitativo, descritivo, realizado em duas Unidades de Saúde da Família (USF) localizadas na área urbana do município de

Picos-PI, Brasil, escolhidas por sorteio. A população do estudo compôs-se por 300 idosos com HAS cadastrados no SIS-HIPERDIA (Sistema de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) e acompanhados pelas equipes de saúde das duas unidades sorteadas, com vistas ao melhor cuidado dessa clientela, a partir do estabelecimento de metas para atingir melhores taxas de adesão ao tratamento e prevenção de complicações da hipertensão.

Para o cálculo amostral, adotou-se fórmula para estudos com grupos, intervalo de 95% de confiança e acréscimo de 10% para perdas e recusas, resultando em uma amostra de 145 usuários.

Os critérios de inclusão adotados foram: idosos devidamente cadastrados e acompanhados nas unidades selecionadas, com diagnóstico médico de HAS e com condições para responder ao instrumento de coleta utilizado, mensurado a partir do minixame do estado mental. As características dos idosos foram obtidas a partir de consulta aos prontuários, bem como por informações colhidas junto à equipe de saúde. Foram excluídos os idosos não localizados nos endereços informados no cadastro.

Com o apoio dos agentes comunitários de saúde, os idosos foram identificados e, após a anuência para o estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados foi realizada, por meio de visitas domiciliárias, nos meses de janeiro a agosto de 2014.

Para a classificação da adesão, foi utilizado o Questionário de Adesão ao Tratamento da HAS (QATHAS). Esse instrumento foi elaborado e validado com hipertensos em Fortaleza, no Estado do Ceará, e se mostrou adequado para avaliar a adesão ao tratamento da HAS. Ele situa o respondente em uma escala de adesão, que varia de 60 a 110, pela qual o profissional de saúde saberá, com exatidão, em quais aspectos do tratamento o hipertenso deverá ser mais cuidadoso para ascender na escala.⁵

Ao responder ao QATHAS, não se obtém uma somatória de pontos ou escores. A resposta é um valor do parâmetro (θ), estimado para o desempenho daquele respondente, obtido mediante o uso de um software a partir do endereço eletrônico: www.qathas.com.br, no qual é possível digitar as respostas dos usuários.⁵ Os dados produzidos com o uso do QATHAS foram analisados pelo *software* estatístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS, versão 20.0.

Para a análise dos achados, foram alcançadas distribuições absolutas e percentuais, as quais foram apresentadas por meio de tabelas e gráficos.

Este estudo teve o projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará/UFC com parecer n.: 401.244.

RESULTADOS

A maioria dos participantes era do sexo feminino (68,3%); não alfabetizada (71,1%); não branca (74,5%); casada (55,2%); com filhos (90,3%) e não possuía cuidador (58,6%), como descrito na Tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos idosos, segundo características sociodemográficas. Picos (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	46	31,7
Feminino	99	68,3
Escolaridade		
Alfabetizado	42	28,9
Não alfabetizado	103	71,1
Raça		
Branca	37	25,5
Não branca	108	74,5
Estado civil		
Casados	80	55,2
Não casados	65	44,8
Possui filhos		
Sim	131	90,3
Não	14	9,7
Possui cuidador		
Sim	60	41,4
Não	85	58,6

Em relação às características clínicas, observa-se, na Tabela 2, que o parâmetro com maior alteração foi a medida da

circunferência abdominal, com média de 92,7 cm.

Tabela 2. Distribuição dos idosos, segundo características clínicas. Picos (PI), Brasil, 2014.

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
PAS*	137,1	23,2	100,0	220,0
PAD**	81,8	12,5	60,0	120,0
IMC**	25,9	3,9	13,8	34,8
Circunferência abdominal	92,7	13,2	41,0	115,0

*PAS: pressão arterial sistólica; **PAD: pressão arterial diastólica; *** IMC: índice de massa corpórea.

Sobre a adesão ao tratamento, verificou-se que o nível 90 foi o mais frequente, representando 47,6% da amostra, seguido da

porcentagem de 27,6% (40) referente ao nível 100 da classificação (Figura 1).

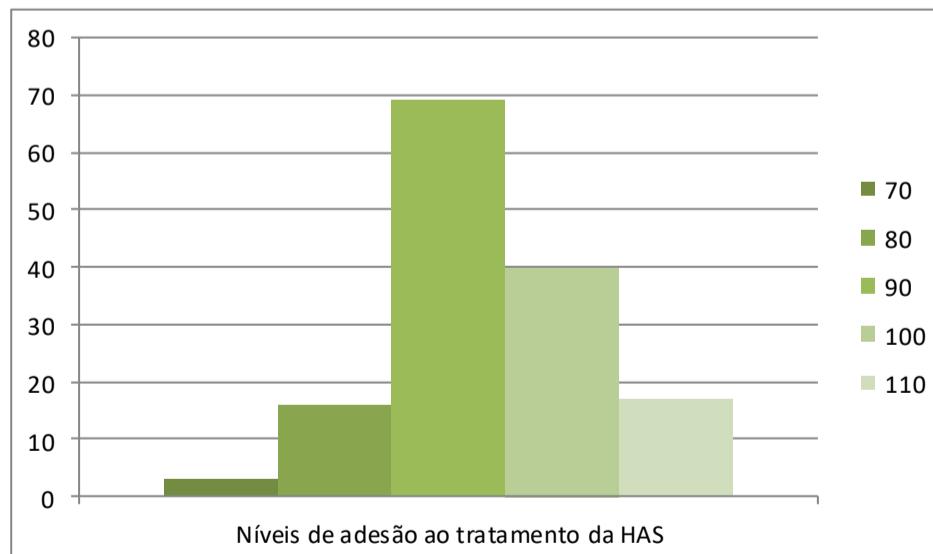


Figura 1. Distribuição dos idosos, segundo níveis de adesão ao tratamento. Picos (PI), Brasil, 2014.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

DISCUSSÃO

Foi prevalente, na amostra, o sexo feminino, com participantes não alfabetizados, não brancos, casados, com filhos e que não possuíam cuidador, corroborando com os achados de outros estudos.⁶⁻⁸

A análise das características socioeconômicas revelou que, na variável escolaridade, foi prevalente os não alfabetizados. Esse fator é relevante quando se considera que o tratamento da hipertensão requer, do idoso, a adoção de comportamentos que favoreçam o controle da pressão e evitem complicações cardiovasculares. Igualmente, os diferentes níveis de escolaridade apresentados podem influenciar nas respostas dos idosos quanto à adesão ao tratamento da HAS.⁹

Em outra investigação, a escolaridade esteve associada à adesão ao tratamento não farmacológico, especificamente à atividade física.⁷ As mudanças no estilo de vida são o cerne do tratamento da hipertensão e sua conquista ainda representa um grande desafio para as pessoas que convivem com a HAS e para os profissionais que buscam aplicar diferentes estratégias para motivar o hipertenso a mudar hábitos e a participar da gestão do cuidado.¹⁰

Indivíduos com baixa escolaridade podem apresentar menor desempenho no autocuidado, quer seja por não compreender as orientações do profissional de saúde ou não ter a habilidade de leitura para entender uma prescrição médica ou, ainda, por ter dificuldades para interpretá-la. Essas limitações do idoso com hipertensão significam discrepâncias entre a prescrição médica e o uso dos fármacos, pior controle da pressão arterial e fraco desempenho no autocuidado.¹¹

No tocante às variáveis clínicas, as médias dos valores pressóricos situaram-se na classificação pré-hipertensão.² O IMC teve uma média prevalente de 25,9, dentro dos valores recomendados para idosos, e a média da circunferência abdominal obtida foi de 92,7, considerada valor adequado para o sexo masculino, mas alterado para o sexo feminino.¹²⁻³

São achados relevantes, pois se trata de pessoas em acompanhamento na atenção primária que apresentam risco elevado para o desenvolvimento de complicações associadas à HAS.⁵

Os achados reforçam a necessidade de fortalecimento de ações no nível primário de

Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento...

atenção à saúde para o controle rigoroso dos valores de PA, IMC e CA. A melhoria no diagnóstico e tratamento da HAS é atribuída a um serviço de saúde, baseado na atenção básica, que deve promover um programa de educação permanente aos profissionais que atuam nesse cenário.¹⁴

No Brasil, os profissionais da atenção primária à saúde são fundamentais nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da pressão arterial. As modificações no estilo de vida dos hipertensos figuram como uma meta a ser pactuada entre usuário e profissional de saúde, levando em consideração os aspectos culturais, raciais, religiosos e sociais envolvidos.¹⁴⁻⁵

Adotar, como rotina nos atendimentos a idosos hipertensos, a determinação das medidas antropométricas auxilia na detecção precoce de riscos cardiovasculares e na elaboração do plano de cuidados individual a ser pactuado com o idoso para que ele alcance melhores resultados em saúde. Essa investigação é importante para estratificar o risco cardiovascular e selecionar os idosos, com maior probabilidade de complicações, que se beneficiarão de intervenções mais intensas.²

Acerca da localização dos idosos na escala de adesão ao tratamento da hipertensão, observou-se que os níveis 90 e 100 foram os que concentraram o maior número de respondentes, achado semelhante ao de outro estudo,⁶ no qual foi aplicado o QATHAS a 1000 respondentes. Verificou-se que o nível 90 foi o mais frequente, indicando que o esquecimento da tomada da medicação ainda é a principal dificuldade apresentada para aderir ao tratamento da HAS, seguida da redução do consumo de sal, gordura e doces. Esses resultados devem ser interpretados pelo profissional de saúde considerando os aspectos do cuidado que cada idoso deve melhorar para ascender ao nível da escala.

Observa-se que o tratamento farmacológico e a dieta foram os itens que mais contribuíram para o perfil apresentado pelos idosos deste estudo quanto à adesão ao tratamento. Esses itens são objetos de pesquisas congêneres, as quais demonstram a importância da correta tomada dos fármacos e da adoção de medidas dietéticas saudáveis para o controle ideal da PA.^{7,16}

Os resultados deste mostram que seguir o tratamento medicamentoso ainda é um desafio para os idosos hipertensos nas duas USF estudadas. Logo, eles não aderem ao tratamento de forma satisfatória, uma vez que a tomada do medicamento deve ser

contínua e independente dos sintomas. A baixa adesão aos medicamentos anti-hipertensivos é preocupante, pois há evidências crescentes de sua associação com complicações da HAS e custos médicos mais elevados.⁹

Outro ponto a se destacar é a dificuldade para a adoção de uma alimentação balanceada, pobre em gorduras e doces e rica em frutas e vegetais pelos idosos do estudo. Ensaio clínico randomizado, realizado com 144 hipertensos, mostrou que uma dieta saudável esteve associada a maiores reduções nos valores pressóricos.¹⁷ O excesso de peso associa-se à maior prevalência de HAS desde idades mais jovens.² Esse fator alia-se a padrões culturais que favorecem a aquisição e o consumo de alimentos com alto teor de gordura que têm um impacto relevante na elevação da pressão arterial.

Esses dados sinalizam que os níveis de adesão ao tratamento da hipertensão apresentados pelos idosos nesta investigação não são ideais, fazendo-se necessária a realização de intervenções educativas que possam discutir os pontos de maior fragilidade no tratamento junto aos idosos para que eles sejam sensibilizados a refletir sobre suas práticas e analisar, de forma crítica, as próprias condutas.

Para que tais comportamentos sejam atingidos por mais idosos hipertensos em tratamento, é importante prepará-los e empoderá-los para que autogerenciem a sua saúde. A esse fenômeno dá-se o nome de autocuidado apoiado, que significa reconhecer o papel central das pessoas na atenção à saúde.¹⁵

Esse conceito apoia-se no princípio de que as pessoas com condições crônicas de saúde conhecem tanto quanto ou mais de sua condição e necessidades do que os profissionais de saúde. Na autogestão do idoso hipertenso, verifica-se a importância do reconhecimento de como está o seu comportamento frente às condições de saúde para avaliar o dano potencial que poderá vir a ter.¹⁸

Dessa forma, o idoso hipertenso não é visto como o responsável exclusivo por sua saúde, mas reconhece sua condição e participa da elaboração e do monitoramento do plano de cuidado junto à equipe de saúde. É uma meta que deve ser buscada pelos idosos e pelos profissionais de saúde para o alcance de níveis satisfatórios de adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

Os dados apresentados indicam idosos com baixa escolaridade, características clínicas desfavoráveis e níveis insatisfatórios de adesão ao tratamento da hipertensão. Tais resultados indicam a necessidade de mudança de comportamento dos idosos hipertensos e de ações mais efetivas na atenção primária para o diagnóstico e o controle da doença.

Desse modo, o acompanhamento do risco cardiovascular dos idosos hipertensos, pelo enfermeiro na atenção primária, faz-se importante, assim como o uso de materiais educativos adequados à escolaridade dos idosos e do planejamento de metas individuais, a fim de que possam visualizar os avanços no tratamento.

Nesse sentido, o estudo sugere a realização de estratégias educativas que posicionem os idosos hipertensos no foco das ações de cuidado, reconhecendo-os como sujeitos autônomos e conhecedores de suas limitações e potencialidades. A adesão ao tratamento pode ser maior quando o hipertenso se sentir motivado e empoderado para refletir sobre a sua realidade e agir de forma judiciosa para transformá-la.

FINANCIAMENTO

Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico (CNPq) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI).

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, & Menezes PR. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet* [Internet]. 2011 May 9 [cited 2017 June 4];377(9781):1949-61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21561658>.
- Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7º Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 10];107(3 Supl 3):1-83.
- Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, & Lima NKC. Treatment Adherence and Blood Pressure Control in Older Individuals with Hypertension. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2012 Feb 24 [cited 2012 June 7];99(1):636-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/aop05112.pdf>

Machado ALG, Guedes IH, Costa KM et al.

4. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Souza ACC, & Silva DB. Content validation of the dimensions constituting non-adherence to treatment of arterial hypertension. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2013 Apr 4 [cited 2013 July 28];47(5):1077-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n5/pt_0080-6234-reeusp-47-05-1076.pdf.

5. Rodrigues MTP, Moreira TMM, & Andrade DF. Elaboration and validation of instrument to assess adherence to hypertension treatment. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2014 [cited 2014 July 27]; 48(2): 232-40. Available from:

<https://pdfs.semanticscholar.org/725a/5e96dd56057f7f023f78e8814dacfe2c053.pdf>.

6. Brasil. Ministério da Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Available from: <https://biavati.files.wordpress.com/2014/05/vigitel-2013.pdf>.

7. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, & Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc saude colet* [Internet]. 2013 [cited 2013 May 6];18(6):1763-72. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>.

8. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira ASS, Silva DB, & Santiago LM. Hypertensive patients with complications registered at Hiperdia in Fortaleza, Ceará: implications for nursing care. *J res: fund care online* [Internet]. 2013 Oct/Dec [cited 2015 May 28];5(4):556-65. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5091042.pdf>.

9. Krousel-Wood M, Joyce C, Holt EW, Levitan EB, Dornelles A, Webber LS, & Muntner P. Development and Evaluation of a Self-Report Tool to Predict Low Pharmacy Refill Adherence in Elderly Patients with Uncontrolled Hypertension. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2013 May 3 [cited 2013 June 30];33(8):798-811. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3729884/>.

10. Dias JAA, Oliveira RF, Castro ML, Nery PIG. Desafios vivenciados por clientes com hipertensão arterial para adesão ao tratamento dietético. *J Nurs UFPE on line* [Internet]. 2016 Oct [cited 2017 June 23];10(10):3825-32. Available from: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/8911>.

Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento...

11. Vieira LB, Cassiani SHB. Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. *Rev Bras Cardiol*. [Internet]. 2014 May-June [cited 2014 Aug 28]; 27(3): 195-202. Available from: http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/Art_181_Liliana_Vieira_Artigo_Original.pdf.

12. Ministério da Saúde (BR). *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bcad19.pdf>.

13. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* [Internet]. 2001 May 16 [cited 2017 May 15];285(19): 2486-97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.19.2486>.

14. Ministério da Saúde (BR). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.

15. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS);2012. Available from:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf.

16. Fava SMCL, Teraoka EC, Oliveira AS, Calixto AATF, Eid LP, & Veiga EV. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Rene* [Internet]. 2014 Mar/Apr [cited 2014 July 4];15(2):354-61. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1495/pdf>.

17. Epstein DE, Sherwood A, Smith PJ, Craighead L, Caccia C, Lin P, Babyak MA, Johnson JJ, Hinderliter A, & Blumenthal JA. Determinants and Consequences of Adherence to the DASH Diet in African American and White Adults with High Blood Pressure: Results from the ENCORE Trial. *Acad Nutr Diet* [Internet]. 2012 Nov [cited 2013 Feb 7];112(11):1763-73. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23000025>.

18. Balduino AFA, Mantovani MF, Lacerda MR, & Meier MJ. Conceptual analysis of self-management of hypertensive individuals. *Rev*

Machado ALG, Guedes IH, Costa KM et al.

Perfil clínico-epidemiológico e adesão ao tratamento...

Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [cited 2013 Apr 24];34(4):37-44. Available from: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchaEnfermagem/article/view/42867/28594>.

Submissão: 27/06/2017

Aceito: 16/10/2017

Publicado: 01/12/2017

Correspondência

Ana Larissa Gomes Machado
Rua Cícero Eduardo, 905
Bairro Junco
CEP: 64600-000 – Picos (PI), Brasil