



ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

ADHERENCE TO ARTERIAL HYPERTENSION TREATMENT IN THE PRIMARY HEALTH CARE CONTEXT: AN INTEGRATIVE REVIEW

ADHESIÓN AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CONTEXTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: REVISIÓN INTEGRADORA

André Almeida de Moura¹, Simone de Godoy², Sílvia Helena Tognoli³, Isabel Amélia Costa Mendes⁴

ABSTRACT

Objective: to analyze the knowledge produced on adherence to arterial hypertension treatment in the primary health care context. **Method:** an integrative literature review was undertaken, using the electronic databases LILACS, MEDLINE and EMBASE, with a view to answering the guiding question <<What evidence exists in the literature about the adherence to arterial hypertension treatment in the primary health care context? >> **Results:** 32 articles were selected, mainly studies produced in the United States, published in 2012, randomized clinical trials, and mainly studies aimed at analyzing the impact of health education actions on adherence. **Conclusion:** a gap needs to be completed regarding the need for research on arterial hypertension treatment adherence among primary health care patients, showing health education as an important tool in treatment adherence. **Descriptors:** Primary Health Care, Hypertension, Patient Compliance, Public Health, Health Centers.

RESUMO

Objetivo: analisar o conhecimento produzido acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde. **Método:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, utilizando-se as bases de dados eletrônicas LILACS, MEDLINE e EMBASE, com finalidade de responder a questão norteadora << Quais as evidências na literatura acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, tendo em vista o contexto da atenção primária à saúde? >> **Resultados:** 32 artigos foram selecionados, com a predominância de trabalhos produzidos nos Estados Unidos, publicados no ano de 2012, ensaios clínicos randomizados, e, principalmente, pesquisas cujo objetivo era analisar o impacto das ações de educação em saúde com relação à adesão. **Conclusão:** há uma lacuna a ser preenchida quanto à necessidade de investigações sobre a adesão aos tratamentos da hipertensão arterial do paciente na atenção primária, que mostram a educação em saúde como ferramenta importante na adesão ao tratamento. **Descritores:** Atenção Primária à Saúde, Hipertensão, Cooperação do Paciente, Saúde Pública, Centros de Saúde.

RESUMEN

Objetivo: analizar el conocimiento producido respecto a la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en el contexto de la atención primaria de salud. **Método:** se trata de una revisión integradora de la literatura, utilizándose las bases de datos electrónicas LILACS, MEDLINE y EMBASE, con objeto de responder a la pregunta orientadora <<¿Cuáles las evidencias en la literatura acerca de la adhesión al tratamiento de la hipertensión arterial en el contexto de la atención primaria de salud?>> **Resultados:** 32 artículos fueron seleccionados, con predominancia de trabajos producidos en Estados Unidos, publicados en 2012, ensayos clínicos aleatorizados, y principalmente investigaciones con objeto de analizar el impacto de las acciones de educación en salud respecto a la adhesión. **Conclusión:** hay un vacío a ser cubierto respecto a la necesidad de investigaciones sobre la adhesión a los tratamiento de la hipertensión arterial del paciente en la atención primaria, que muestran la educación en salud como herramienta importante en la adhesión al tratamiento. **Descriptores:** Atención Primaria de Salud, Hipertensión, Cooperación del Paciente, Salud Pública, Centros de Salud.

¹Enfermeiro, Mestre em Enfermagem, Programa de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: andalmo@usp.br; ²Enfermeira, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: sig@eerp.usp.br; ³Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Programa de Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: sitognoli@yahoo.com.br; ⁴Enfermeira, Professora Titular, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/EERP/USP. Centro Colaborador da OMS para o desenvolvimento da pesquisa em Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), Brasil. E-mail: iamendes@usp.br

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu princípios para nortear a atenção primária nos serviços de saúde, entre eles destacamos: resgate de valores éticos, da dignidade humana, promoção e proteção à saúde, participação social, autogestão da saúde pelo paciente, financiamento sustentável baseado na qualidade, entre outros.¹

O conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) difundido pela OMS é o de atenção essencial à saúde baseada nos avanços tecnológicos e métodos práticos, com embasamento científico comprovado, socialmente aceitável, universalmente acessível aos indivíduos, família e comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter, em cada estágio do seu desenvolvimento, promovendo a autoconfiança e autodeterminação dos usuários da APS. Ela integra o sistema de saúde do país enquanto primeiro nível de contato da população com o sistema nacional de saúde, levando a saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo-se no primeiro elemento de um processo contínuo de atenção à saúde.²

A diversidade das interpretações da abrangência e escopo da atenção primária, sua complexidade conceitual e a evolução da sua implementação levaram a diferentes termos são utilizados para nomear a APS. Fato esse, que ocorre tanto na literatura nacional quanto internacional.³

Em um texto recente, a OMS apresenta aspectos relevantes da atenção primária à saúde desde a declaração de Alma Ata até o cenário atual, destacando o papel da pesquisa na APS a fim de assegurar quantidade e qualidade aos serviços.⁴

A hipertensão arterial é uma doença de fácil diagnóstico e o seu controle pode ser efetivo com tratamentos farmacológicos e não farmacológicos prescritos. Apesar dos avanços no tratamento farmacológico da hipertensão arterial e o aumento do acesso dos hipertensos aos serviços de saúde, a não adesão ao tratamento continua sendo um grande desafio para a APS, assim como o controle dos fatores de risco associados a ela.⁵⁻⁷

Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) um dos focos das ações na atenção primária, necessita-se que os profissionais presentes nela pautem suas ações em diretrizes e consensos existentes sobre tal patologia. Estudo brasileiro mostrou que o

número de profissionais que seguem as diretrizes relacionadas à HAS é pequeno, entretanto, aqueles que as utilizam corretamente na atenção básica possibilitam a prevenção e a adoção de estilos de vida mais saudáveis, assim como estratégias para evitar o surgimento da hipertensão, bem como sua detecção precoce, além de minimizar danos, agravos, riscos e gastos.⁸

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial é definida como sendo o cumprimento da prescrição médica, medicamentosa ou não, com objetivo de alcançar os resultados esperados em relação ao tratamento prescrito.⁹

Vários são os fatores intervenientes no processo de adesão ao tratamento da hipertensão arterial: o paciente, a doença, o tratamento, a relação profissional-paciente, fatores culturais e os relacionados às instituições e sistemas de saúde. Dessa maneira, para atingir níveis desejáveis de adesão ao tratamento da hipertensão arterial são necessárias múltiplas ações que considerem os fatores acima descritos.¹⁰

Há evidências na literatura apontando que quanto maiores os níveis de adesão, menores são as complicações geradas, fato este que modifica o perfil da morbimortalidade da doença e justifica os esforços para obtenção da melhor adesão ao tratamento proposto.¹⁰⁻¹¹

É importante ao profissional o desenvolvimento de estudos que o possibilitem conhecer a realidade onde atua e traçar estratégias de intervenção que tenham êxito, para que possam ser reproduzidas a um maior número de hipertensos, visto que o número de artigos sobre adesão de hipertensos na atenção primária ainda é escasso.¹²⁻¹⁴

Destacamos também o direcionamento de programas e políticas públicas para o cuidado ao paciente hipertenso, através de uma rede de informação, caracterizando a população-alvo e viabilizando ações a esse grupo de pacientes.¹²

Diante do exposto, o objetivo desse trabalho foi analisar o conhecimento produzido acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial no contexto da atenção primária à saúde.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, caracterizada como sendo a revisão cujo foco possa ser a metodologia, a teoria ou os resultados de estudos diversos em que os desenhos de pesquisas são variados.¹⁵

O desenvolvimento da presente revisão percorreu seis passos, a saber: seleção da questão norteadora; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura; definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados e; por último, a apresentação da revisão com síntese do conhecimento produzido.¹⁶⁻¹⁷

A pergunta norteadora utilizada foi: Quais são as evidências na literatura acerca da adesão ao tratamento da hipertensão arterial, tendo em vista o contexto da atenção primária à saúde?

Os artigos foram selecionados utilizando-se as bases de dados eletrônicas LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), National Library of Medicine (MEDLINE) e Biomedical Database (EMBASE).

Foram utilizados descritores controlados do DeCS (Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Cooperação do paciente), Emtree e MeSH (Hypertension; Primary Health Care; Patient compliance) e não controlados (adherence, adesão e atenção básica) com a finalidade de obter maior número de artigos possíveis para responder à pergunta norteadora.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: artigos publicados em inglês, português e espanhol; publicados no período de 2008 a 2012; em que os participantes fossem pacientes hipertensos com idade superior a 18 anos. Os critérios de exclusão foram: artigos que incluíram pacientes com outras patologias e doenças hipertensivas que não a hipertensão arterial sistêmica (hipertensão pulmonar, hipertensão ocular, pré-eclâmpsia etc.).

Em uma análise inicial foram obtidos 427 estudos. Destes, foi feita a leitura dos

resumos classificando-os de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e retirando-se 60 artigos repetidos. Assim, foram selecionados 32 artigos que sofreram leitura exaustiva e profunda. Para a coleta dos dados foi utilizado instrumento adaptado do construído por Ursi (2005), o que possibilitou classificar os artigos quanto ao(s) autor(es), país da pesquisa, ano, periódico, tipo e objetivo do estudo.¹⁸

Em seguida, os resultados dos artigos foram classificados de acordo com seus níveis de evidência, em nível I (Evidência proveniente revisão sistemática, metanálise ou diretrizes de todos os ensaios clínicos randomizados controlados, II (Evidência obtida através de um ou mais ensaio clínico randomizado controlado bem delineado), III (Evidência decorrente de estudos controlados sem randomização), IV (Evidência de estudos bem desenhados de caso-controle ou coorte), V (Evidência proveniente de uma revisão sistemática de estudos qualitativos e descritivos), VI (Evidência de um único estudo descritivo ou qualitativo) até o nível VII (Evidência proveniente da opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas).¹⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à base de dados de origem, do total de 32 artigos, dois eram da EMBASE, quatro do LILACS e 26 da MEDLINE. A seguir é apresentada a classificação dos artigos de acordo com suas características e nível de evidência (Figura 1).

Estudos	País da pesquisa/ coleta dos dados	Ano	Periódico	Tipo de estudo	Nível de evidência
EMBASE					
20	EUA	2012	Journal of General Internal Medicine	Qualitativo	VI
21	EUA	2009	Pharmacoepidemiology and Drug Safety	Descritivo	VI
LILACS					
22	Brasil	2012	Revista de Saúde Pública	Descritivo	VI
7	Brasil	2012	Revista de Nutrição	Quali- quantitativo	VI
23	Brasil	2011	Physis: revista de saúde coletiva	Qualitativo	VI
24	Brasil	2010	Cadernos de Saúde Pública	Descritivo	VI
MEDLINE					
25	Brasil	2012	Journal of the American Pharmacists Association	Ensaio clínico não randomizado	III
26	EUA	2012	Patient Education and Counseling	Descritivo	VI
27	Brasil	2012	Arquivos Brasileiros de Cardiologia	Descritivo	VI
28	EUA	2012	Annals of Family Medicine	Ensaio clínico randomizado	II
29	EUA	2012	The Journal of Clinical Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
30	Espanha	2012	Medicina Clinica	Descritivo	VI
31	EUA	2012	Journal of the American Board of Family Medicine	Qualitativo	VI
32	Reino Unido	2012	British Journal of Health Psychology	Descritivo	VI
33	Brasil	2011	Biomed Central Public Health	Ensaio clínico randomizado	II
34	Alemanha	2011	Patient Education and Counseling	Qualitativo	VI
12	Brasil	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Descritivo	VI
35	Espanha	2011	Gaceta Sanitária	Ensaio clínico randomizado	II
36	Turquia	2011	Journal of Clinical Nursing	Ensaio clinico randomizado	II
37	EUA	2011	Journal of Behavior Medicine	Coorte	IV
38	EUA	2010	The Journal of Clinical Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
39	Brasil	2010	Ciência & Saúde Coletiva	Qualitativo	VI
40	EUA	2010	Pharmacotherapy	Ensaio clínico randomizado	II
41	EUA	2009	Annals of Internal Medicine	Ensaio clinico randomizado	II
42	EUA	2009	Hypertension	Descritivo	VI
43	EUA	2009	Journal of General Internal Medicine	Descritivo	VI
44	Espanha	2009	Atención Primaria	Ensaio clinico randomizado	II
45	Paquistão	2009	Annals of Internal Medicine	Ensaio clínico randomizado	II
46	Alemanha	2009	Journal of Evaluation in Clinical Practice	Descritivo	VI
47	EUA	2009	American Heart Journal	Ensaio clínico randomizado	II
48	EUA	2008	American Journal of Hypertension	Ensaio clínico randomizado	II
49	EUA	2008	Patient Education and Counseling	Ensaio clínico randomizado	II

Figura 1. Caracterização dos estudos segundo local da coleta dos dados, ano de publicação, periódico, delineamento e nível de evidência.

Mesmo com o grande número de artigos encontrados em uma primeira busca (427), após refinamentos, observamos que o número reduz drasticamente para apenas 32 artigos, o que demonstra uma lacuna importante nesse contexto, e que a APS constitui um campo

muito rico para o desenvolvimento das pesquisas com relação à adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

Verifica-se que a temática desperta interesse de investigação em diversos países e que, mediante os resultados encontrados, as

ações no campo da saúde pública podem ser melhor direcionadas ou revistas.

Outro aspecto relevante é que os estudos com maior nível de evidência encontrados, nível II de evidência, em sua grande maioria 8 (25%) tem como objetivo avaliar as ações de educação em saúde com a população hipertensa e sua relação com a adesão ao tratamento. Diante dos resultados encontramos a informação de que ela constitui uma ferramenta que promove a adesão tanto ao tratamento farmacológico como não farmacológico.

Houve predominância de estudos desenvolvidos nos Estados Unidos 15 (46,87%), seguido do Brasil com 9 (28,13%), Espanha 3 (9,37%), Alemanha 2 (6,25%) e o Reino Unido, Paquistão e Turquia com um artigo cada.

Talvez o número expressivo de estudos norte-americanos possa ser um reflexo da epidemiologia da doença no país, visto que a hipertensão acomete cerca de 65 milhões de americanos e, aproximadamente, metade desses indivíduos estão com pressão com valores abaixo de 140/90 mmHg.⁵⁰ Estudos apontam que nos Estados Unidos o controle da pressão arterial é ainda menor chegando apenas a 27,5% da população hipertensa.⁵¹

No Brasil, o número de hipertensos é sempre subestimado visto que muitos hipertensos desconhecem seu diagnóstico. Além disso, mesmo com considerável número de estudos de prevalência de hipertensão, não há possibilidade de comparação devido aos diversos critérios e métodos empregados na coleta dos dados.⁵² O grande número de estudos nacionais desenvolvidos pode ser decorrente do crescimento e fortalecimento da atenção primária no país, visto que cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública.⁵³

Em relação ao ano de publicação, os artigos estão mais concentrados nos anos de 2012, com 11 (37,38%), 2011 com 7 (21,88%), 2009

com 8 (25%), 2010 com 4 (12,5%) e o ano de 2008 com 2 (6,25%) artigos.

Quanto aos periódicos, no cenário brasileiro, cinco dos trinta e dois artigos (15,63%) são de periódicos da área de saúde pública, enquanto nos periódicos internacionais há uma distribuição entre as áreas de cardiologia 1 (3,13%), farmacologia 3 (9,37%), clínica 6 (18,75%), comportamentos e educação do paciente 5 (15,63%), e periódicos específicos sobre hipertensão 4 (12,5%).

Os periódicos que apresentaram maior número de publicações foram: Patient Education and Counseling com três (9,37%) publicações, com duas (6,25%) publicações o Journal of General Internal Medicine, Ciência & Saúde Coletiva, Annals of Internal Medicine, The Journal of Clinical Hypertension, respectivamente. Os demais apresentaram apenas uma (3,13%) publicação.

Os delineamentos de pesquisa encontrados foram: 13 (40,62%) ensaios clínicos randomizados, 11 (35,48%) eram descritivos, cinco (15,63%) foram estudos qualitativos, um (3,13 %) ensaio clínico não randomizado, um (3,13%) estudo qualiquantitativo, e um (3,13%) de coorte.

Em relação à força de evidência, 17 (53,12%) artigos foram classificados com nível de evidência VI, 13 (40,62%) artigos com nível de evidência II, um (3,13%) artigo com nível de evidência III e um (3,13%) artigo com nível de IV.

Os artigos revelaram que os estudos foram desenvolvidos nos mais diversos contextos da atenção primária, como: unidades básicas de saúde, centros de medicina social e da família, unidades do programa de saúde da família e outros centros ligados à atenção primária. Além disso, os artigos foram agrupados de acordo com os objetivos dos estudos. A Figura 2 apresenta a distribuição dos artigos em relação a 5 categorias de objetivos identificados.

Objetivos	Estudos	n	%
Avaliar/analisar o impacto das ações de educação em saúde/comportamental com a adesão	7, 23, 25, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 47, 49	12	37,5
Avaliar a adesão do tratamento da hipertensão de um determinado grupo de indivíduos, e fatores associados	12, 21, 24, 27, 30, 42	6	18,75
Avaliar a relação entre profissional de saúde/ paciente na adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico	26, 28, 29, 31, 38, 43	6	18,75
Compreender entendimentos, cultura, comportamentos acerca da adesão ao tratamento	20, 32, 33, 34, 39	5	15,63
Analisar instrumentos que avaliem ou promovam a adesão ao tratamento da hipertensão	22, 46, 48	3	9,37
Total		32	100

Figura 2. Distribuição dos artigos conforme os objetivos das pesquisas.

A educação em saúde para promover a adesão do paciente ao tratamento farmacológico e não farmacológico foi o foco de 12 (37,5%) estudos analisados. Há uma

diversidade de ações educativas realizadas com a finalidade de avaliar a adesão após as intervenções. Além disso, os profissionais que desenvolveram são de classes diferentes:

médicos, enfermeiros, nutricionistas e farmacêuticos.

Todos os estudos referentes às ações educativas apresentam resultados positivos com relação à adesão e controle da pressão arterial, demonstrando que estas foram ferramentas/estratégias importantes para o aumento da adesão ao tratamento.

Estudos recentes sobre a temática também confirmam que o uso da educação em saúde de forma planejada e com metodologia sistemática promove ações de adesão ao tratamento e promoção da saúde e também para o autocuidado. Além disso, o uso de tecnologias como os novos dispositivos de contagem de medicamentos e, até mesmo, ferramentas educativas (*tablets*, consultas gravadas) são utilizadas no intuito de aumentar a relação médico/paciente ou avaliar a adesão ao tratamento de forma mais precisa.⁵⁴⁻⁵⁸

Avaliar a adesão de um grupo e seus fatores associados, assim como o objetivo de avaliar a relação entre profissional de saúde/paciente apresentaram cada um 6 (18,75%) artigos.

A despeito desse contexto, cabe destacar uma revisão sobre estudos epidemiológicos relacionados à hipertensão no país, realizada em 2006 que, dentre os resultados, apontam como fatores associados à hipertensão: sexo masculino, idade, excesso de peso, história familiar da HAS, etnia negra, baixa escolaridade, uso abusivo do álcool e baixa renda.⁵⁹

É preciso conhecer a população hipertensa com a qual se trabalha, identificar a adesão aos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos e também conhecer os fatores associados à não adesão. Em relação às características dos pacientes menos aderentes, as associações mais importantes trazidas pelos artigos em relação à adesão foram que: pacientes menos aderentes são negros e têm menor conhecimento sobre a doença;²¹ consomem mais sal;²⁷ são dislipidêmicos e referiram consumo elevado de álcool;³⁰ terem tratamento anterior, falta de conhecimento sobre a prática de exercícios físicos e ausência de antecedentes familiares;¹² com a idade média maior e menor tempo de tratamento²⁴ e que não utilizam de um tratamento intensificado.⁴²

Os seis artigos que abordam a relação profissional de saúde/paciente, descrevem vários fatores que contribuem para que essa relação se estabeleça ou não de forma efetiva, a saber: a relação de confiança entre paciente/médico promove aumento na adoção de hábitos saudáveis de vida;²⁶ quanto maior o número de visitas realizadas por profissionais

de saúde capacitados, menores são os valores de pressão arterial encontrados;²⁸ a comunicação é ponto importante para o sucesso da adesão à terapêutica e a presença de treinadores auxiliam a compreender as barreiras que possam surgir na relação médico/paciente;³¹ estabelecer horários e encorajar o paciente a questionar-se sobre suas dúvidas melhoram o gerenciamento do cuidado ao paciente hipertenso uma vez que, pacientes não aderentes se sentem mais desconfortáveis a fazer suas perguntas aos médicos, relatam maior estresse durante as visitas médicas e expressam mais sintomas depressivos;³⁸ estudo apontou que os negros foram indivíduos que obtiveram a visão menos positiva frente às visitas médicas e que não relataram boas experiências de comunicação durante as consultas médicas quando comparadas a outras etnias;⁴³ a inércia clínica pode refletir significativamente nos aspectos do controle da hipertensão a ponto dos pacientes não apresentarem melhora dos valores de pressão arterial.²⁹

A relação profissional de saúde/paciente configura-se como parte crucial para que o paciente consiga aderir ao tratamento. Destaca-se o papel da equipe multiprofissional que é composta por diversos profissionais que atuam junto ao paciente hipertenso e promove intervenções que visam mudanças nos hábitos de vida do paciente, bem como a adesão ao tratamento prescrito.⁵³ Outro aspecto relevante é a educação permanente dos profissionais. Ela deve ser constante para prestar sempre um melhor atendimento ao paciente.⁶⁰⁻⁶¹

Cinco estudos sobre a compreensão do paciente sobre seu tratamento retrataram fielmente a percepção do hipertenso. Nesse sentido, a concepção de saúde, assim como da hipertensão arterial estão vinculadas às vivências e às experiências pessoais de cada indivíduo, suas crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos, e afetam, diretamente, o modo como enfrentam a doença e o tratamento.⁶²

Nas outras três publicações foi verificada a adequação de questionários que avaliam a adesão ao tratamento. Os questionários analisados foram: Brief Medication Questionnaire (BMQ) e Teste de Morisky-Green (TMG);²² TMG e Medication Adherence Report Scale (MARS-5)⁴⁶ e o instrumento de aconselhamento motivacional (MINT)⁴⁸. Os resultados apontam que o TMG não apresentou desempenho desejado em nenhum dos estudos, assim como MARS-5. Já os instrumentos BMQ e MINT tiveram o uso indicado.

Mesmo que possam ser utilizados instrumentos distintos para medir ou promover a adesão ao tratamento da hipertensão, não há instrumentos que contemplem todas as dimensões necessárias e cujos resultados possam ser comparados. Sendo assim, é preciso desenvolver pesquisas que visem elaborar e validar questionários direcionados aos hipertensos, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e a demanda pelos serviços de saúde dessa população.⁶³

CONCLUSÃO

A revisão demonstra que há uma lacuna a ser preenchida quanto à necessidade de investigações sobre a adesão aos tratamentos da hipertensão arterial do paciente na atenção primária, bem como de prevalência da doença e as razões para não adesão aos tratamentos propostos.

As publicações analisadas apontam para a educação em saúde como ferramenta que colabora no aumento da adesão e desenvolvidos pelos diversos profissionais que estejam envolvidos no cuidado ao paciente hipertenso.

Além disso, a relação profissional/paciente tem que se embasar em uma relação de confiança que permita uma compreensão clara do paciente sobre o tratamento fármaco e não fármaco proposto, e que considere a compreensão do paciente em relação à hipertensão e ao tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Starfield, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2002.
2. World Health Organization. Primary health care. Geneva: Who; 1978.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Atenção Primária e promoção da Saúde. CONASS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
4. World Health Organization. The world health report 2013: research for universal coverage. Geneva: Who; 2013.
5. Al-GelBan KS, Khan MY, Al-Khaldi YM, Mahfouz AA, Abdelmoneim I, Daffalla A, et al. Adherence of primary health care physicians to hypertension management guidelines in the Aseer Region of Saudi Arabia. Saudi J Kidney Dis Transpl [Internet]. 2011 Sept [cited 2014 May 23];22(5):941-48. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21912023>
6. Leung LB, Busch AM, Nottage SL, Arellano N, Gliberman E, Busch NJ, et al. Approach to

antihypertensive adherence: a feasibility study on the use of student health coaches for uninsured hypertensive adults. Behav Med [Internet]. 2012 Jan [cited 2014 May 23];38(1):19-27. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22356599>

7. Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, Ribeirô SMR, Dias CMGC; Mitre SM, et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Rev Nutr [Internet]. 2012 Mar-Apr [cited 2014 May 23]; 25 (2): 271- 82. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v25n2/09.pdf>

8. Lima SML, Portela MC, Koster I, Escosteguy CC, Ferreira VMB, Brito C, et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad Saúde Pública [Internet]. 2009 Sept [cited 2014 May 23];6(6):25(9):2001-11. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/14.pdf>

9. Car MR, Pierin AMG, Aquino VLA. Estudos sobre a influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. Rev Esc Enferm USP. 1991;25(3): 259 -69.

10. Nobre F. Fatores envolvidos e consequências da não adesão ao tratamento. In: Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento - o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica; 2013. p. 87 - 96.

11. Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2004.

12. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira, LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em unidades básicas de saúde localizadas na região oeste da cidade de São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2012 [cited 2014 May 23];16(Suppl 1):S1389-1400. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a74v16s1.pdf>

13. Waidman MAP, Radovanovic CAT, Estevam MC, Marcon SS. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2012 May-June [cited 2014 May 23]; 65(3) 445-53. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a08.pdf>

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Diretoria da Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: hipertensão arterial sistêmica para o SUS. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2006

15. Whittemore R. Combining evidence in nursing research: methods and implications.

Nurs Res [Internet]. 2005 Jan-Feb [cited 2014 May 23];54(1):56-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15695940>

16. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto-enferm [Internet]. Oct-Dec 2008 [cited 2014 May 23];17(4):758-64. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>

17. Souza MT, Silva, MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein [Internet]. 2010 Jan-Mar [cited 2014 May 23];8(1):102-6. Available from: http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1134-Einsteinv8n1_p102-106_port.pdf

18. Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Mestrado em Enfermagem Fundamental - Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto; 2005.

19. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.

20. Bokhour BG, Cohn ES, Cortés DE, Solomon JL, Fix GM, Elwy AR, et al. The role of patient's explanatory models and daily-lived experience in hypertension self-management. J Gen Intern Med [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 May 23];27(12):1626-34. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3509311/pdf/11606_2012_Article_2141.pdf

21. Turner BJ, Hollenbeak C, Weiner MG, Ten Have T, Roberts C. Barriers to adherence and hypertension control in a racially diverse representative sample of elderly primary care patients. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2009 Aug [cited 2014 May 23];18(8):672-81. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pds.1766/pdf>

22. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaires para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Públ [Internet] 2012 Apr [cited 2014 May 23];46(2):279-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3357.pdf>

23. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Araújo RMA. Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: desistindo os nós da

lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família. Physis [Internet]. 2011 [cited 2014 May 23];21(1):87-112. Available from:

<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a05.pdf>

24. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública [Internet]. 2010 Dec [cited 2014 May 23];26(12):2389-98. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/17.pdf>

25. Aguiar PM, Balisa-Rocha BJ, Brito GC, Lyra Jr DP. Pharmaceutical care program for elderly patients with uncontrolled hypertension. J Am Pharm Assoc [Internet]. 2012 Jul-Aug [cited 2014 May 23]; 52(4):515-8. Available from: <http://japha.org/article.aspx?articleid=1217903>

26. Jones DE, Carson KA, Bleich SN, Cooper LA. Patient trust in physicians and adoption of lifestyle behaviors to control high blood pressure. Patient Educ Couns [Internet]. 2012 Oct [cited 2014 May 23];89(1):57-62. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462260/pdf/nihms393323.pdf>

27. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E; Moriguti JC, Nogueira CB; Nobre F; Ueta J. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 May 23];99(1):636-41. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v99n1/aop05112.pdf>

28. Margolius D, Bodenheimer T, Bennett H, Wong J, Ngo V, Padilla G, et al. Health coaching to improve hypertension treatment in a low-income, minority population. Ann Fam Med [Internet]. 2012 May-Jun [cited 2014 May 23];10(3):199-205. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3354968/pdf/0100199.pdf>

29. Huebschmann AG1, Mizrahi T, Soenksen A, Beaty BL, Denberg TD. Reducing clinical inertia in hypertension treatment: a pragmatic randomized controlled trial. J Clin Hypertens [Internet]. 2012 May [cited 2014 May 23]; 14(5): 322-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3340617/pdf/nihms355626.pdf>

30. Caro JLL, Roca GCR, Moreno FJA, Díaz MAP, Banegas Banegas JR, Alsina DG, et al. Control de la presión en la población hipertensa española asistida en atención primaria. Estudio PRESCAP 2010. Med Clin [Internet]. 2012 Dec [cited 2014 May 23];

15(139): 653-61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775311011298>

31. Margolius D, Wong J, Goldman ML, Rouse-Iniguez J, Bodenheimer T. Delegating responsibility from clinicians to nonprofessional personnel: the example of hypertension control. *J Am Board Fam Med* [Internet]. 2012 Mar-Apr [cited 2014 May 23];25(2):209-15. Available from: <http://www.jabfm.org/content/25/2/209.full.pdf+html>

32. Quine L, Steadman L, Thompson S, Rutter DR. Adherence to anti-hypertensive medication: proposing and testing a conceptual model. *Br J Health Psychol* [Internet]. 2012 Feb [cited 2014 May 23];17(1): 202-19. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8287.2011.02034.x/pdf>

33. Ribeiro AG, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Ribeiro AQ, Castro FAF, Suárez-Varela MM, et al. Non-pharmacological treatment of hypertension in primary health care: a comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. *BMC Public Health* [Internet]. 2011 Aug [cited 2014 May 23]; 11(637). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3171370/pdf/1471-2458-11-637.pdf>

34. Marx G, Witte N, Himmel W, Kühnel S, Simmenroth-Nayda A, Koschack J. Accpeting the unacceptable: medication adherence and different types of action patterns amog patient with high blood pressure. *Patient Educ Counsel* [Internet]. 2011 Dec [cited 2014 May 23];85(3):468-74. Available from: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(11\)00199-6/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(11)00199-6/pdf)

35. Guirado EA, Ribeira EP, Huergo VP, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 Jan-Feb [cited 2014 May 23]; 25(1):62-7. Available from: [http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/knowledge-and-adherence-to-antihypertensive/S0213-9111\(10\)00285-2/](http://www.gacetasanitaria.org/en/linkresolver/knowledge-and-adherence-to-antihypertensive/S0213-9111(10)00285-2/)

36. Hacıhasanoğlu R, Gözümlü S. The effect patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs* [Internet]. 2011 Mar [cited 2014 May 23];20(6):692-705. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03534.x/pdf>

37. Roumie CL, Greevy R, Wallston KA, Elasy TA, Kaltenbach L, Kotter K, et al. Patient

centered primary care is associated with patient hypertension medication adherence. *J Behav Med* [Internet]. 2011 Aug [cited 2014 May 23];34(4):244-53. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F10865-010-9304-6>

38. Martin MY, Kohler C, Kim YI, Kratt P, Schoenberger YM, Litaker MS. Taking less than prescribed: medication nonadherence and provider-patient relationships in lower-income, rural minority adults with hypertension. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2010 Sept [cited 2014 May 23];12(9):706-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241438/pdf/nihms334107.pdf>

39. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, lyda M. Motivos do abandono do seguimento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 Aug [cited 2014 May 23];15(5):2603-10. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a34.pdf>

40. Carter BL, Doucette WR, Franciscus CL, Ardery G, Kluesner KM, Chrischilles EA. Deterioration in BP Control Following Discontinuation of a physician/pharmacist collaborative intervention. *Pharmacotherapy* [Internet]. 2010 Mar [cited 2014 May 23];30(3):228-35. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882166/pdf/nihms192656.pdf>

41. Bosworth HB1, Olsen MK, Grubber JM, Neary AM, Orr MM, Powers BJ, et al. Two self-management interventions to improve hypertension control: a randomized trial. *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 Nov [cited 2014 May 23]; 151(7):687-95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892337/pdf/nihms210499.pdf>

42. Rose AJ1, Berlowitz DR, Manze M, Orner MB, Kressin NR. Intensifying therapy for hypertension despite suboptimal adherence. *Hypertension* [Internet]. 2009 Sept [cited 2014 May 23]; 54(3):524-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2739677/pdf/nihms131365.pdf>

43. Cené CW, Roter D, Carson KA, Miller ER, Cooper LA. The effect of patient race and blood pressure control on patient-physician communication. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2009 Sept [cited 2014 May 23]; 24(9):1057-64. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2726885/pdf/11606_2009_Article_1051.pdf

44. Márquez Contreras EM, Claros NM, Guillén VG, Pablos JLM, Von Wichman MF, Martínez

JJC, et al. Intervención no farmacológica como estrategia para favorecer el control de la hipertension arterial y mejorar el cumplimiento antihipertensivo. Atención Primaria [Internet]. 2009 Sept [cited 2014 May 23]; 41(9):501-10. Available from: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servle_t?_f=10&pident_articulo=13140411&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=87&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v41n09a13140411pdf001.pdf

45. Jafar TH, Hatcher J, Poulter N, Islam M, Hashmi S, Qadri Z, et al. Community-based interventions to promote blood pressure control in developing country. Ann Intern Med [Internet]. 2009 Nov [cited 2014 May 23];151(9):593-601. Available from: <http://annals.org/article.aspx?articleid=745111>

46. Van de Steeg N, Sielk M, Pentzek M, Bakx C, Altiner A. Drug-adherence questionnaires not valid for patients taking blood-pressure-lowering drugs in a primary health care setting. J Eval Clin Pract [Internet]. 2009 June [cited 2014 May 23];15(3):468-73. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2753.2008.01038.x/pdf>

47. Bosworth HB1, Olsen MK, Dudley T, Orr M, Goldstein MK, Datta SK, et al. Patient education and provider decision support to control blood pressure in primary care: a cluster randomized trial. Am Heart J [Internet]. 2009 Mar [cited 2014 May 23];157(3):450-6. Available from: [http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703\(08\)00977-0/pdf](http://www.ahjonline.com/article/S0002-8703(08)00977-0/pdf)

48. Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, et al. A practice-based trial motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. Am J Hypertens [Internet]. 2008 Oct [cited 2014 May 23]; 21(10):1137-43. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3747638/pdf/nihms-504819.pdf>

49. Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, et al. Take control of your blood pressure (TCYB): a multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. Patient Educ Couns [Internet]. 2008 Mar [cited 2014 May 23];709(3):338-47. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276731/pdf/nihms-42019.pdf>

50. Farley TA, Dalal MA, Mostashari F, Frieden TR. Deaths preventable in the U. S. by improvements in use of clinical preventive

services. Am J Prev Med [Internet]. 2010 June [cited 2014 May 23]; 38(6):600-9. Available from:

[http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(10\)00207-2/pdf](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(10)00207-2/pdf)

51. Oigman W. Conceito e formas de avaliação da adesão nas diversas doenças crônicas. In: Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento - o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica; 2013. p. 23 - 34.

52. Mota DM, Costa Filho FF, Oliveira, GBF, Avezum Júnior A. Panorama das doenças crônicas e degenerativas no Brasil e no mundo. In: Nobre F, Mion Júnior D. Adesão ao tratamento - o grande desafio das doenças crônicas e da hipertensão arterial. São Paulo: Leitura Médica; 2013. p. 3 - 22.

53. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Rev Brasil Hipert [Internet]. 2010 Jan-Mar [cited 2014 May 23]; 17(1):1-65. Available from:

http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf

54. Oliveira TL, Miranda LP, Fernandes PS, Caldeira AP. Eficácia da educação em saúde no tratamento da hipertensão arterial. Acta paul enferm [Internet]. 2013 [cited 2014 May 23]; 26(2):179-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a12.pdf>

55. Moura AA, Godoy S, Mendes, IAC, Tognoli SH. Hipertensão arterial: uso de tecnologia educacional na adesão ao tratamento. ConTIC-saúde - Congresso tecnologia e humanização na comunicação em saúde; 2013 Agosto 05-07, Ribeirão Preto, Brasil. ConTIC-saúde - Programa científico e resumos. Ribeirão Preto: EERP; 2013.

56. Santos MVR, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DAGC, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagens. Rev Bras de Clín Méd [Internet]. 2013 Jan-Mar [cited 2014 May 23];11(1):55-61. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>

57. Achury-Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichán [Internet] 2013 Sept-Dec. [cited 2014 May 23];13(3):363-372. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a05.pdf>

58. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar. Invest Educ Enferm [Internet]. 2011 Oct-Nov [cited 2014 May 23];29(3):381-90. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v29n3/v29n3a06.pdf>
59. Neder MM, Borges AAN. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? Rev bras Hiper. 2006; 13(2):126-33.
60. Otrenti E, Mira VL, Bucchi SM, Borges-Andrade JE. Avaliação de processos educativos formais para profissionais da saúde. Invest Educ Enferm. [Internet]. 2014 Jan-Apr [cited 2014 May 23]; 32(1):104-11. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v32n1/v32n1a12.pdf>
61. Medeiros HP, Assunção APF, Barbosa CR, Elizabeth Teixeira, Tavares IC, Sabóia VM. Práticas e tecnologias educacionais no cotidiano de enfermeiros da estratégia saúde da família. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 Nov [cited 2014 May 12];7(11):6329-35. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/4185/pdf_3849
62. Péres DS, Magna JM, Viana LA. Portador da hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. Rev Saúde Públ [Internet]. 2003 [cited 2014 May 23];37(5):635-42. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/31640/33526>
63. Borges JWP, Moreira TMM, Rodrigues MTP, Oliveira CJ. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. Rev esc Enferm USP [Internet]. 2012 Apr [cited 2014 May 23];46(2):487-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a30v46n2.pdf>

Submissão: 21/10/2014

Aceito: 11/02/2015

Publicado: 01/04/2015

Correspondência

André Almeida de Moura
Universidade de São Paulo
Rua Arthur Bernardes, 150, Ap. 902
Bairro Martins
CEP 38400-368 – Uberlândia (MG), Brasil