



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
UNIDADE ACADÊMICA DE MEDICINA**

**MARIA JULIANA DE LIMA MEDEIROS  
MURILO FLORENTINO DINIZ JÚNIOR**

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ANTI-  
HIPERTENSIVO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
REVISÃO INTEGRATIVA**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**MARIA JULIANA DE LIMA MEDEIROS  
MURILO FLORENTINO DINIZ JÚNIOR**

**ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ANTI-  
HIPERTENSIVO NA ATENÇÃO BÁSICA:  
REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado para obtenção do grau de médico(a) no Curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de Campina Grande.

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisetti Corina Gomes Brandão**

**CAMPINA GRANDE – PB**

**2017**

**Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial do HUAC - UFCG**

M488a

Medeiros, Maria Juliana de Lima.

Adesão ao Tratamento Farmacológico Anti-hipertensivo na Atenção Básica: revisão integrativa / Maria Juliana de Lima Medeiros, Murilo Florentino Diniz Júnior. – Campina Grande, 2017.

40f.; il.; qd.; tab.

Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Unidade Acadêmica de Medicina, Curso de Medicina, Campina Grande, 2017.

Orientadora: Gisetti Corina Gomes Brandão, Dra.

1.Adesão à Medicação. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Anti-hipertensivos. 4.Hipertensão. I.Título. II.Diniz Junior, Murilo Florentino.

BSHUAC/CCBS/UFCG

CDU 616.12-008.331.1:615.014.2(043.3)



ANEXO VI

Ata da Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)

Às 10:40 horas do dia 13/09/2017, nas dependências do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, Paraíba, realizou-se a defesa do TCC intitulado:

Adesão ao tratamento psicológico anti-hipertensão na Atenção Básica: Revisão integrativa

de autoria do(s) aluno(s):

Mariana Juliana de Lima Medeiros  
Murilo Florentino Diniz Junior

sendo orientados por:

Gisete Corina Gomes Brandão

E Co orientador:

Estiveram presentes, os seguintes componentes da Banca Examinadora:

Ana Fabiana de Melo Rocha Feres  
Regene Maria de Sousa Bastos

Iniciados os trabalhos, o Presidente da Banca Examinadora, Professor(a) Orientador(a) sorteou o aluno:

Murilo Florentino Diniz Junior  
passando a palavra ao mesmo para iniciar a apresentação, que teve 30 minutos para fazê-lo. A apresentação durou 25' minutos, após a qual foi iniciada a discussão e arguição pela Banca Examinadora. A seguir, os discentes retiraram-se da sala para que fosse atribuída a nota. Como resultado, a Banca resolveu Aprovar o trabalho, conferindo a nota final de 10,0. Não havendo mais nada a tratar, deu-se por encerrada a sessão e lavrada a presente ata que vai assinada por quem de direito.

Campina Grande, 13/ setembro / 2017.

Orientador

Gisete Corina Gomes Brandão

Titular 1

Ana Fabiana de Melo Rocha Feres

Titular 2

Regene Maria de Sousa Bastos

Suplente

*Dedicamos esta revisão a todos os profissionais que trabalham para a construção de um SUS melhor e de uma saúde mais democratizada.*

## **AGRADECIMENTOS**

Aos nossos pais e familiares, que nos apoiaram e incentivaram diariamente durante a nossa caminhada.

Aos mestres, em especial à Prof.<sup>a</sup> Dra. Gisetti, pela atenção e dedicação durante a orientação para a realização deste trabalho.

Aos amigos que nos acompanharam no decorrer do curso, por dividirem conosco as alegrias e o aprendizado vivenciados.

Aos pacientes, pelas lições valiosas que contribuíram para o crescimento pessoal e a construção de nossa identidade como profissionais da saúde.

## RESUMO

A saúde pública brasileira vem se estruturando em torno SUS e de investimentos na Atenção Básica, aumentando a disponibilidade de serviços de saúde e de profissionais, a atenção farmacêutica e a distribuição gratuita de medicamentos. Dentre as doenças crônicas não transmissíveis mais abordadas, destaca-se a hipertensão arterial sistêmica como a de maior prevalência. Contudo, se observa uma baixa adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo, fenômeno complexo e multideterminado que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas. A identificação de fatores relacionados ao cumprimento do tratamento é fundamental para o aprimoramento dos cuidados em saúde. Este estudo objetivou identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na Atenção Básica e analisar individualmente cada fator identificado. A pesquisa consiste em uma Revisão Integrativa da Literatura sobre estudos originais publicados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016, visando obter resposta para a pergunta norteadora: o que a literatura traz sobre os fatores relacionados à adesão à terapia medicamentosa para hipertensão na Atenção Básica? Os estudos foram pesquisados nos bancos de dados eletrônicos MEDLINE, LILACS, BDNF, IBICS e SciELO, com os seguintes descritores: adesão à medicação, atenção primária à saúde, anti-hipertensivos, hipertensão. Dentre os fatores que aumentam a prevalência de adesão na população, encontrou-se: idade maior que 60 anos, etnia branca, moradia compartilhada, presença de comorbidades, comparecimento às consultas, conhecimento sobre HAS e seu tratamento, utilização de menor número de medicações, bom relacionamento com a equipe de saúde e capacidade da mesma orientar bem os usuários. Gênero, escolaridade e renda apresentaram associação tanto com aumento quanto com diminuição de adesão. A amostra obtida permitiu um maior conhecimento sobre dados da literatura nos últimos cinco anos, porém, os estudos encontrados foram escassos, o que indica que o tema ainda não recebe a devida importância, apesar da relevância demonstrada nesta revisão.

**Palavras-chave:** Adesão à Medicação. Atenção Primária à Saúde. Anti-hipertensivos. Hipertensão.

## ABSTRACT

Brazilian public healthcare has been organizing around SUS and Primary Healthcare investments, increasing availability of health services and professionals, pharmaceutical care and free distribution of drugs. Among the most commonly approached non-transmissible chronic diseases, hypertension stands out as the most prevalent. However, there is a low adherence to antihypertensive drug treatment, a complex and multidetermined phenomenon that can have personal, social and economic consequences. Therefore, the identification of factors related to compliance with treatment is fundamental for the improvement of health care. This study aimed to identify the factors that influence adherence to antihypertensive drug treatment in Primary Care and individually analyze each one. This research consists of an Integrative Review of Literature on original studies published in the period from January 2006 to December 2016, aiming to answer the guiding question: what literature brings about the factors related to adherence to drug therapy for hypertension in primary healthcare? The studies were searched in the electronic databases MEDLINE, LILACS, BDNF, IBICS and SciELO, with the following descriptors: medication adherence, primary healthcare, antihypertensive agents, hypertension. Among the factors that increase the prevalence of adherence in the population, the following stand out: being older than 60 years, Caucasian, not living alone, presence of comorbidities, attendance at consultations, knowledge about hypertension and its treatment, use fewer medications, good relationship with the patient care team and its ability to guide patients well. Gender, level of education and family income showed association with both increase and decrease of adherence. The sample obtained brought more knowledge about literature data in the last five years, however, the studies found were scarce, indicating that the theme is not yet given due importance, despite the relevance shown in this review.

**Keywords:** Medication Adherence. Primary Healthcare. Antihypertensive Agents. Hypertension.



## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1 – MEDICAMENTOS ANTI-HIPERTENSIVOS OFERTADOS NO SUS NA ATENÇÃO BÁSICA .....</b>	<b>18</b>
<b>QUADRO 2 – CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>QUADRO 3 – ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO E FATORES SOCIOECONÔMICOS RELACIONADOS.....</b>	<b>28</b>
<b>QUADRO 4 – FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO MAIS CITADOS NOS ARTIGOS .....</b>	<b>31</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
BDENF	Bases de Dados de Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPA	Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
MRPA	Monitorização Residencial da Pressão Arterial
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>14</b>
4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA .....	14
4.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	17
4.3 ADESÃO AO TRATAMENTO .....	18
<b>5 METODOLOGIA .....</b>	<b>21</b>
5.1 DESENHO DE ESTUDO .....	21
5.2 ETAPAS DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS .....	22
5.3 ESTRATÉGIA PARA SÍNTESE DAS INFORMAÇÕES .....	24
5.4 ESTRATÉGIA PARA ELABORAÇÃO DESCRITIVA DAS INFORMAÇÕES .....	24
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>25</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>
<b>APÊNDICE – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE DADOS COLETADOS .....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Na história recente do Brasil, a saúde pública vem se estruturando em torno de um Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei nº 8.080, de 1990, e garantido pela Constituição Federal de 1988, de modo a expandir o acesso a serviços de saúde. Segundo dados da Organização Pan-americana de Saúde (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008), há uma cobertura quase que completa da Atenção Básica (AB) em todo o país, o que possibilitou ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção, assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, fatores fundamentais para a melhoria da resposta ao tratamento dos pacientes, principalmente aqueles com doenças crônicas não transmissíveis. Essa maior disponibilidade de serviços de saúde e de profissionais, junto à expansão da atenção farmacêutica e à distribuição gratuita de medicamentos, tem levado à diminuição de hospitalizações. Além disso, com a informatização de sistemas de saúde, observa-se uma maior eficácia organizacional e epidemiológica. Dentre as dificuldades nesses quase trinta anos de implementação do SUS, destaca-se a exclusão social, a falta de equipamentos tecnológicos e alguns serviços especializados. (CAMARGO-BORGES; JAPUR, 2008; SILVA et al., 2013)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, apresentando-se como a doença crônica de maior prevalência na atualidade e, em especial, nos mais idosos, já que aumenta progressivamente com a idade (BRASIL, 2013). Estima-se que mais de 15 milhões de brasileiros têm HAS, sendo aproximadamente 12 milhões de usuários do SUS, abrangendo entre 22 e 44% dos adultos, numa média de 32%, chegando a mais de 50% dos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% daqueles com mais de 70 anos (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016). Além disso, a falta de adesão ao tratamento é uma das causas mais importantes da alta prevalência de hipertensos e diabéticos sem controle da doença (RIBEIRO et al., 2011).

Neste contexto, a adesão ao tratamento também é uma questão a ser discutida, uma vez que se verificam desigualdades regionais, sociais e de gênero na utilização de medicamentos, especialmente os de uso contínuo. Ainda que a

Atenção Básica tenha aumentado o acesso dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis aos serviços de saúde e à utilização de medicamentos, observa-se uma baixa adesão ao tratamento, mantendo alta prevalência de fatores de risco e complicações em doenças como HAS e Diabetes *Mellitus* (DM) (SILVA et al., 2013; RIBEIRO et al., 2011).

A Organização Mundial de Saúde define adesão como: “o quanto o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações acordadas com um profissional de saúde”. Retira-se desta definição que o conceito de adesão não se circunscreve apenas a desvios no plano de tratamento, mas a comportamentos como faltar às consultas, esquecer-se de tomar a medicação prescrita, exceder a dosagem prescrita, ingeri-la em horário alternativo, não conhecer o nome dos fármacos que usa, terminar o tratamento antes do prazo recomendado, entre outros aspectos; mas também com a manutenção de práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais de saúde como comer adequadamente, fazer exercício físico suficiente, não abusar de bebidas alcoólicas, abster-se de fumar, evitar o estresse. A não adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, além de trazer consequências pessoais, sociais e econômicas. Estudos sugerem que a melhora na adesão diminui consultas de emergência e internações, reduz custos médicos e promove o bem estar do paciente (SCHMITT JÚNIOR; LINDNER; HELENA, 2013).

## 2 JUSTIFICATIVA

As mudanças de comportamentos necessárias para a efetividade do tratamento e sua manutenção, no caso da Hipertensão Arterial Sistêmica, são desafiadoras para usuários e serviços de saúde. Estudos que identifiquem as prevalências de adesão às diferentes modalidades de tratamento e os grupos populacionais mais vulneráveis à não adesão são importantes para direcionar ações individuais e coletivas de atenção à saúde (GIROTTTO et al., 2013). No Brasil, as informações relacionadas a essa questão são escassas, pois poucos estudos analisaram a adesão dos pacientes hipertensos no contexto assistencial (TAVARES et al., 2013; SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010).

É necessário subsidiar melhor análise do quadro para que haja o estabelecimento de estratégias que diminuam barreiras socioeconômicas, como trabalho, qualificação profissional e poder aquisitivo, melhorem o acesso a consultas e medicamentos, bem como identifiquem grupos de pessoas com maior risco de não adesão, de modo a promover práticas clínicas e políticas públicas mais adequadas.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar os fatores que influenciam a adesão ao tratamento farmacológico para Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar quais são os fatores mais frequentes relacionados à questão da adesão ao tratamento farmacológico no âmbito da Atenção Básica;
- Analisar individualmente cada fator identificado.

## 4 REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial, frequentemente assintomática, que se caracteriza por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial. Está associada a alterações estruturais e funcionais em órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, o que eleva o risco de eventos cardiovasculares (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016). É um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo sua prevalência global estimada de 26 a 30% (FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014). Na Alemanha, a HAS acomete 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido de Espanha e Itália, com 40% e 38% da população hipertensa, respectivamente. Já na América Latina, afeta mais de um terço da população geral e no Brasil tem prevalência de 22 a 44% (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; BRASIL, 2013).

No Brasil, a frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013). Sua prevalência aumenta também na população com menor escolaridade e no sexo feminino (25,4%) em relação ao masculino (19,5%) (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; BRASIL, 2012).

A HAS é o principal fator de risco isolado para mortalidade no mundo, sendo responsável por 13% dos óbitos preveníveis, o que representa aproximadamente 7,6 milhões de mortes (BRASIL, 2013; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013). É o principal fator de risco para Doenças Cardiovasculares (DCV), levando a mais de 800 mil internações anuais pelo SUS e sendo a principal causa de consulta na atenção primária e em todos os níveis de atenção à saúde (SANTOS et al, 2013; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014).

O risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante com a elevação da PA, dobrando a cada 20 mmHg de Pressão Arterial Sistólica (PAS) e a cada 10 mmHg de Pressão Arterial Diastólica (PAD) (BRASIL, 2013). Contudo, embora a relação entre HAS e maior risco cardiovascular esteja bem definida,



estudos apontam que apenas cerca de 60% dos hipertensos fazem tratamento, e destes 25 a 39% não apresentam PA controlada (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013).

Nesse sentido é importante uma maior vigilância para um diagnóstico precoce. O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética de pelo menos três medidas da PA no consultório, em dias diferentes e com intervalo mínimo de uma semana entre elas, com valor maior ou igual a 140/90 mmHg. Outros métodos utilizados no diagnóstico da HAS são a Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA) e a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) (BRASIL, 2013).

A MRPA consiste na obtenção de três medições da PA pela manhã, antes da primeira refeição e da tomada da medicação, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, sendo diagnosticada HAS quando apresenta média dessas medições com valor maior ou igual a 135/85 mmHg. Já a MAPA se baseia no registro indireto e intermitente da PA durante 24 horas ou mais, enquanto o usuário realiza suas atividades diárias, sendo consideradas anormais as médias de PA de 24 horas maior ou igual a 130/80 mmHg, durante a vigília maior ou igual a 135/85 e maior ou igual a 120/70 no período do sono (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016).

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, a PA pode ser classificada em: normal quando menor ou igual a 120/80 mmHg; pré-hipertensão quando a PAS se encontra de 121 a 139 mmHg e a PAD entre 81 e 89; HAS estágio 1 quando apresenta PAS de 140 a 159 mmHg e PAD de 90 a 99 mmHg; HAS estágio 2 quando PAS e PAD variam respectivamente de 160 a 179 mmHg e de 100 a 109 mmHg; e HAS estágio 3 quando apresenta valor de PA maior ou igual a 180/110 mmHg (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016).

Uma vez diagnosticada é importante que se realize o manejo terapêutico adequado, com mudanças no estilo de vida e uso contínuo de medicamentos, visando à manutenção de níveis pressóricos controlados, para que haja redução da morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares e melhora na qualidade de vida dos usuários (SANTOS et al, 2013; BRASIL, 2013; FERREIRA; BARRETO; GIATTI, 2014).

Existem também as medidas não farmacológicas, que são parte fundamental no controle da HAS, devendo acompanhar o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013). Elas envolvem medidas dietéticas, cessação do tabagismo, redução do consumo de bebidas alcoólicas, prática regular de atividade física, além da substituição do uso de anticoncepcionais orais por outros métodos contraceptivos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; GIROTTO et al, 2013).

Revisão sistemática de estudos, que avaliou intervenções não farmacológicas em pacientes hipertensos, revelou redução de PAS de 4,47 mmHg e PAD de 1,10 mmHg, em até doze meses após adoção dessas medidas (MALACHIAS et al, 2016).

O tratamento medicamentoso para pacientes com HAS estágio 1 e que tenham risco cardiovascular baixo ou moderado, pode ser instituído inicialmente em monoterapia, escolhendo-se um medicamento com base nas características individuais do usuário e do fármaco. Estudos apontam que as classes de anti-hipertensivos atualmente consideradas preferenciais em monoterapia são os diuréticos tiazídicos, os inibidores da enzima conversora de angiotensina, os bloqueadores de canais de cálcio e os bloqueadores dos receptores da angiotensina (MALACHIAS et al, 2016).

Aqueles com HAS estágio 1 que apresentam alto risco cardiovascular, ou com DCV associada e aqueles com HAS estágio 2 ou 3 devem iniciar a terapia com uso de combinação de fármacos, devendo-se evitar medicações com mesmo mecanismo de ação (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016).

Caso as metas pressóricas não sejam atingidas, pode-se aumentar a dose do fármaco ou combinação inicial, e caso não se consiga o controle da PA mesmo nas doses máximas preconizadas, deve-se substituir a droga ou ainda acrescentar mais um anti-hipertensivo de classe diferente (BRASIL, 2013; MALACHIAS et al, 2016).

## 4.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem importante papel na redução do impacto das DCV na população brasileira, uma vez que sua conformação e processo de trabalho favorece o desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Através da sistematização da assistência e organização do atendimento, o hipertenso tem acesso a todos os serviços abrangidos pela ESF, desde a medida da PA até o encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012; BRASIL, 2013).

No intuito de reduzir o impacto das DCV na população brasileira, o Ministério da Saúde (MS) criou em 2002 um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, denominado HiperDia. Este programa constitui um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos que visa a melhorar o monitoramento e suporte desses pacientes, e gerar informações para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

Essas estratégias devem ser desenvolvidas por todos os profissionais da equipe de saúde e a abordagem ao usuário com HAS deve ser multiprofissional e interdisciplinar. Portanto, é necessário que haja a avaliação de cada profissional e posteriormente, em conjunto com familiares e comunidade, sejam definidas as metas de acompanhamento e desenvolvidas as ações necessárias para promoção e prevenção da saúde, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011; BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o MS preconiza que sejam estimuladas as modificações de estilo de vida, fundamentais no plano terapêutico, havendo um contínuo processo de educação em saúde estabelecido entre o usuário e a equipe. Em relação ao tratamento medicamentoso da HAS, o Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente, através da Atenção Básica, drogas anti-hipertensivas de diversas classes, que estão listadas no QUADRO 1 (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

## QUADRO 1 – Medicamentos anti-hipertensivos ofertados no SUS na Atenção Básica

<b>Classe terapêutica</b>	<b>Drogas</b>
<b>Diuréticos</b>	Hidroclorotiazida Furosemida Espironolactona
<b>Inibidores Adrenérgicos</b>	Atenolol Succinato de Metoprolol Carvedilol Propranolol
<b>Vasodilatadores diretos</b>	Hidralazina
<b>Bloqueadores de canais de cálcio</b>	Verapamil Anlodipino
<b>Inibidores da enzima conversora de angiotensina</b>	Captopril Enalapril
<b>Bloqueadores do receptor AT1 da angiotensina II</b>	Losartana

Fonte: BRASIL, 2017

### 4.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão insuficiente ao tratamento medicamentoso tem sido demonstrada como uma das principais responsáveis pelos baixos índices de controle da hipertensão, representando um risco significativo para eventos cardiovasculares (BASTOS-BARBOSA et al, 2012; BEN; NEUMANN, 2012).

Embora não haja consenso quanto à definição, considera-se adesão como o grau de concordância entre o comportamento do indivíduo e as orientações médicas ou ainda como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, obedecendo a horários, doses e tempo de tratamento (BARROS; ROCHA; SANTA-HELENA, 2008; BEN; NEUMANN, 2012; TAVARES et al, 2013).

A adesão ao tratamento medicamentoso é um fenômeno complexo e multideterminado, influenciado por vários fatores, que incluem aspectos socioeconômicos, características intrínsecas ao indivíduo, fatores relacionados à doença ou ao esquema terapêutico e questões referentes à relação entre o usuário e a equipe de saúde (PRATA et al, 2012; SILVA et al, 2013).

Estudos mostram baixos índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, variando de 40% a 50%, e essa taxa diminui ainda mais quando se avalia as mudanças no estilo de vida (GIROTTTO et al, 2013; SANTOS et al, 2013).

Essa falta de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do usuário, trazendo consequências pessoais e socioeconômicas, uma vez que pacientes não aderentes apresentam risco quatro vezes maior para eventos cardiovasculares agudos e três vezes maior para síndrome coronária aguda (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; TAVARES et al, 2013). Não existe metodologia padronizada para a avaliação da adesão, sendo utilizados vários métodos, o que torna complicada a comparação de dados de diferentes estudos (BASTOS-BARBOSA et al, 2012; BEN; NEUMANN, 2012).

Métodos diretos como ensaios biológicos ou a mensuração sérica do nível do fármaco são de alto custo e difícil acesso, sendo restritos ao ambiente de pesquisa, e apesar de sua precisão não são isentos de erro (BASTOS-BARBOSA et al, 2012; SANTOS et al, 2013).

Já os métodos indiretos são simples e de baixo custo e, quando utilizados de forma padronizada e sistemática, podem ser úteis na prática clínica (SANTOS et al, 2013). Dentre eles pode-se destacar o autorrelato, a avaliação pelo médico, o diário do paciente, a contagem de comprimidos, a monitorização eletrônica da medicação, a resposta clínica e a entrevista clínica (SANTOS et al, 2013; FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Os instrumentos mais utilizados são baseados na entrevista clínica que consiste na realização de questionários aos pacientes e incluem o Teste de Haynes e Sackett, o Teste de Morisky-Green, o *Brief Medication Questionnaire*, o Questionário de Adesão a Medicamentos – Qualiaids e a Escala de Adesão aos Medicamentos de Morisky. Apesar da baixa sensibilidade, estes testes apresentam

baixo custo e fácil aplicação em grandes populações (BASTOS-BARBOSA *et al*, 2012; BEN; NEUMANN, 2012; FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 DESENHO DE ESTUDO

Essa pesquisa consiste em uma Revisão Integrativa da Literatura, que permite, através da análise dos resultados e das conclusões dos artigos estudados, atingir o objetivo proposto pelo pesquisador contribuindo direta ou indiretamente para as intervenções na área de saúde especificamente na adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na Atenção Básica.

A elaboração da Revisão Integrativa teve por base a metodologia proposta por Whittemore e Knalfl (2005), prevendo as seguintes etapas: identificação do tema e escolha da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; seleção dos artigos; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; organização do material em formato de quadro; análise e discussão dos dados e apresentação dos resultados.

A busca dos artigos sobre os fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na AB foi realizada nos bancos de dados eletrônicos *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Bases de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências de Saúde (IBECS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), publicados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016.

Inicialmente determinou-se uma temática significativa, os objetivos e palavras-chaves, a fim de fazer o levantamento para elaboração da revisão integrativa, que foi realizada entre os meses de abril e maio de 2017, visando obter resposta para a seguinte questão norteadora: o que a literatura traz sobre os fatores relacionados à adesão à terapia medicamentosa para hipertensão na atenção básica?

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos publicados no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2016;

- Estudos publicados na íntegra disponíveis para consulta nos bancos de dados supracitados;
- Publicações nos idiomas inglês, português e espanhol;
- Estudos com objetivo principal ou secundário de analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na Atenção Básica.

Foram utilizados os seguintes critérios de exclusão:

- Publicações na forma de Relatos de Caso, Anais de Congresso e *Abstracts*, Respostas ou Comentários de artigos originais;
- Artigos em duplicidade durante a pesquisa nos bancos de dados utilizados.

Nessa revisão integrativa de literatura, a busca nas bases de dados eletrônicas ocorreu por meio dos descritores relacionados ao objetivo principal: adesão à medicação, atenção primária à saúde, anti-hipertensivos, hipertensão (*medication adherence, primary health care, antihypertensive agents, hypertension; cumplimiento de la medicación, atención primaria de salud, anti-hipertensivos, hipertensión*).

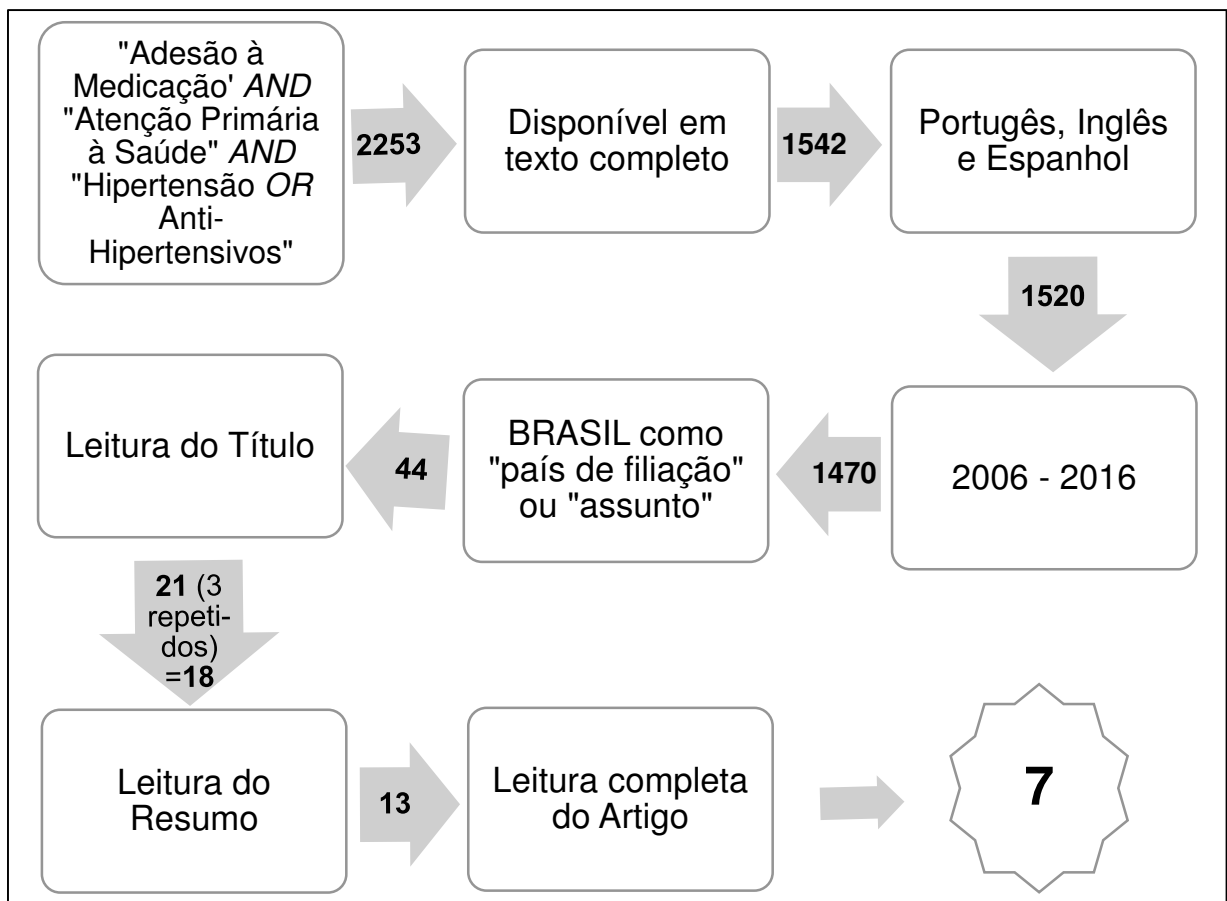
## 5.2 ETAPAS DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS

A pesquisa na BVS teve como eixo norteador os descritores selecionados: adesão à medicação, atenção primária à saúde, hipertensão e anti-hipertensivos. Cruzaram-se os três descritores em português, espanhol e inglês, separando-os pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, e após essa etapa foi obtido 2253 estudos, dos quais 1542 apresentaram texto completo disponível. Em um segundo momento, ao filtrar pelo idioma (inglês, português e espanhol), ficaram 1520 artigos. Em seguida, selecionou-se pelo período de publicação: janeiro de 2006 e dezembro de 2016, diminuindo a amostra para 1470 estudos. No quarto momento foram separados trabalhos relacionados ao Brasil através dos filtros “país de filiação” ou “país/região como assunto” emergindo 44 artigos. Realizou-se então a leitura dos títulos dos artigos, e 21 estudos foram selecionados por se adequarem à pergunta



norteadora deste estudo, sendo que três deles apareciam duas vezes, totalizando 18 trabalhos. A seguir, fez-se a leitura dos resumos dos artigos, excluindo-se quatro por não terem sido realizados na Atenção Básica e um por ser uma Revisão Integrativa. Dos 13 estudos selecionados para leitura do texto completo, excluiu-se seis por não analisarem os fatores relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, a amostra final para compor esta Revisão Integrativa se constituiu de 7 artigos (FIGURA).

**FIGURA – Fluxograma relativo às etapas de seleção dos artigos na plataforma BVS**



FONTE: Dos autores.

### 5.3 ESTRATÉGIA PARA SÍNTESE DAS INFORMAÇÕES

Todos os trabalhos que satisfizeram os critérios de seleção foram lidos na íntegra em conjunto pelos autores e examinados com o intuito de preencher um formulário para registro dos dados coletados (APÊNDICE). Assim, os textos foram organizados com as informações desejadas: título do artigo, autor, ano de publicação, formação profissional do autor, instituição de origem, idioma de publicação e a amostra de usuários hipertensos.

### 5.4 ESTRATÉGIA PARA ELABORAÇÃO DESCRITIVA DAS INFORMAÇÕES

Realizou-se a avaliação minuciosa do conteúdo, separando-os em categorias temáticas e, assim, os resultados foram interpretados e analisados para a formulação detalhada desta revisão.

Após a coleta e seleção qualitativa dos dados dos artigos, os mesmos foram implantados em uma planilha do Microsoft Office Excel e então foi realizada a análise descritiva.

Esse estudo utilizou artigos disponíveis em bases de dados indexadas e de domínio público sendo assim não necessitou de autorização de Comitê de Ética em Pesquisa.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao estudar a amostra de sete artigos que compõe essa revisão integrativa, observou-se que os mesmos se situam em um recorte de tempo de cinco anos, de 2012 a 2016, tendo sido publicados dois artigos por ano em 2013 e 2015. Por se tratar de um fenômeno multifatorial, é difícil avaliar a adesão em estudos epidemiológicos (NOGUEIRA et al, 2010). Apesar de a HAS ter um impacto socioeconômico importante, sendo uma das principais enfermidades tratadas na atenção básica, e a adesão estar intimamente relacionada a sucesso terapêutico e redução da morbimortalidade, nota-se que não existem estudos suficientes sobre a temática.

Todos os artigos da amostra foram construídos junto a coautores, estes constituindo número de dois a cinco por estudo. Analisando-se a formação profissional do autor, constatou-se que todos os artigos foram publicados por enfermeiros. Quatro autores apresentavam título acadêmico de Doutor. Esse dado pode indicar que há maior preocupação dos profissionais de enfermagem com essa temática.

Quanto à instituição de origem, quatro artigos estão vinculados a universidades públicas brasileiras, dois estão vinculados a instituições privadas de ensino superior e um está correlacionado a uma fundação de amparo à pesquisa. Foram realizados dois estudos nas regiões Sudeste, Nordeste e Sul do Brasil, e um na região Centro-Oeste. Nenhum estudo da amostra obtida foi realizado na região Norte. Esse resultado se equipara com outros estudos, uma vez que a produção científica do nosso país não é homogênea, variando conforme a concentração geográfica das instituições de ensino superior e pós-graduação (MOURA et al, 2011).

Com relação ao idioma e país de origem, os sete artigos foram publicados em português e foram desenvolvidos no Brasil, conforme QUADRO 2.

A amostra de hipertensos dos sete artigos que compõem essa revisão integrativa constituiu-se de 1.684 usuários. O percentual de adesão desses usuários hipertensos, com excessão da população estudada no artigo número 7, apresentou média de 37,3% de adesão ao tratamento, que variou de 29,3% a 51,6%, como

**QUADRO 2 – Caracterização dos artigos selecionados**

<b>Nº</b>	<b>Título</b>	<b>Autor/ Ano</b>	<b>Formação do autor</b>	<b>Instituição de origem</b>	<b>Idioma</b>
<b>1</b>	Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos	Aiolfi et al, 2015	Enfermeiro	Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul	Português
<b>2</b>	Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados	Barreto et al, 2015	Enfermeiro/ Doutorando	Universidade Estadual de Maringá	Português
<b>3</b>	Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo em unidade básica de saúde	Demoner; Ramos; Pereira, 2012	Enfermeiro	Centro Universitário de Maringá	Português
<b>4</b>	Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica	Martins et al, 2014	Enfermeiro/ Mestre	Universidade Estadual de Montes Claros	Português
<b>5</b>	Validação clínica do diagnóstico de enfermagem "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial	Oliveira et al, 2013	Enfermeiro/ Doutor	Universidade Federal do Ceará	Português
<b>6</b>	Cronicidade e doença assintomática influenciam o controle dos hipertensos em tratamento na atenção básica	Pierin et al, 2016	Enfermeiro/ Doutor	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo	Português
<b>7</b>	Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso	Santos; Marques; Carvalho, 2013	Enfermeiro/ Doutor	Universidade de Fortaleza	Português

FONTE: Dos autores.

pode ser verificado no QUADRO 3. Um estudo realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) no município de Sacramento, Minas Gerais, encontrou um índice de adesão de 38,1% (MAGNABOSCO et al, 2015), já em outro realizado em UBSs de Blumenau, Santa Catarina, foi observado um índice de 46,9% (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010). Na atenção primária à saúde de Antônio Prado, Rio Grande do Sul, constatou-se que 65,7% dos usuários aderiam ao tratamento farmacológico (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013). A heterogeneidade desses resultados pode estar relacionada a distribuição da HAS e diferenças socioeconômicas, assim como aos diversos métodos utilizados para estimar a adesão.

Analisando a amostra de hipertensos e a percentagem de adesão destes, pode-se correlacionar a adesão aos aspectos socioeconômicos da população. A maioria dos artigos mostrou que a maior adesão se encontra na camada mais velha da população, sendo os maiores de 60 anos os mais aderentes ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo. Esse dado está de acordo com a literatura, que demonstra uma maior adesão ao tratamento medicamentoso entre os usuários idosos (GIROTTTO et al, 2013). Magnabosco et al. (2015) encontraram que pessoas de 20 a 59 anos apresentam risco 2,51 vezes maior a não adesão à terapia farmacológica. Isso pode ser justificado pela característica assintomática da doença, que pode levar a uma despreocupação nos mais jovens quanto ao controle da HAS. Soma-se a isso o fato de que o aumento da idade está ligado à maior prevalência de comorbidades, levando a uma maior atenção do usuário com sua saúde (GIROTTTO et al, 2013; MAGNABOSCO et al, 2015).

Com relação ao gênero, os artigos 1 e 4 encontraram maior índice de adesão ao tratamento no sexo masculino, enquanto os artigos 2 e 3 verificaram maior adesão no sexo feminino. Na literatura, observa-se maior taxa de adesão no gênero feminino, o que pode ser explicado por historicamente as mulheres apresentarem maior percepção da saúde e autocuidado. É sabido que existe uma busca maior por assistência médica por este segmento populacional, que comparece mais às consultas relacionadas à saúde reprodutiva e participa das consultas pediátricas dos filhos (NOGUEIRA et al, 2010; MAGNABOSCO et al, 2015).

**QUADRO 3 – Adesão ao tratamento farmacológico e fatores socioeconômicos relacionados**

Artigo	Amostra de Hipertensos	Adesão (%)	Fatores associados à maior adesão ao tratamento farmacológico								
			Idade	Gênero	Escolaridade	Renda	Estrutura Familiar	Etnia	Ocupação	Convênio Particular	Moradia Própria
1	124	31,5	≥ 71 anos	Masculino	Não Letrado	> 01 salário mínimo	Mora acompanhado	-	-	-	-
2	422	42,65	≥ 60 anos	Feminino	> 08 anos	> 03 salários mínimos	Com cônjuge	Branca	-	Sim	-
3	150	36,0	> 60 anos	Feminino	Não letrado	< 01 salário mínimo	Casado/ Sem filhos	-	Sem trabalho	-	Própria
4	140	29,3	< 50 anos	Masculino	Ensino Fundamental	< 01 salário mínimo	Casado/ < 5 pessoas	Branca	Com atividade profissional	-	Não própria
5	128	51,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6	290	33,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
7	400	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

FONTE: Dos autores.

Dos sete artigos da amostra, os estudos 1 e 3 apontaram associação entre baixa escolaridade e maior adesão à terapia medicamentosa, enquanto que os artigos 2 e 4 a associaram a maiores níveis de escolaridade, concordando com a literatura que demonstra que quanto maior o grau de instrução, maior o nível de adesão ao tratamento (CUNHA et al, 2012; MAGNABOSCO et al, 2015). A explicação pode ter relação com a capacidade de compreender o esquema terapêutico e as recomendações médicas. O baixo nível de escolaridade pode contribuir para a ocorrência de complicações da hipertensão, como apontam dados do Ministério da Saúde que observaram uma prevalência de complicações hipertensivas 40% menor em indivíduos com nível superior em relação àqueles com menos de 10 anos de estudo (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; VITOR et al, 2011; CUNHA et al, 2012).

Os artigos 3 e 4 da amostra encontraram maior adesão ao tratamento farmacológico na população de renda menor que um salário mínimo, enquanto 1 e 2 identificaram maiores índices de adesão associados a rendas familiares maiores. Na literatura, observa-se associação entre menor adesão ao tratamento medicamentoso e nível econômico mais baixo (MAGNABOSCO et al, 2015), que reforçado por aspectos culturais e educacionais, restringe o poder de compra da medicação e dificulta a manutenção de hábitos de vida saudáveis.

Outro dado obtido refere-se a usuários hipertensos que moram com acompanhantes e/ou são casados, estes apresentam uma maior adesão ao tratamento farmacológico prescrito em relação aos que moram sozinhos. Estudos demonstram que a convivência com companheiros em união estável ou o envolvimento de um membro da família facilita processo de adesão ao tratamento medicamentoso, promovendo melhora no convívio social e apoio no autocuidado (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; VITOR et al, 2011).

Os estudos 2 e 4 avaliaram a adesão ao tratamento medicamentoso segundo a etnia, observando maiores índices de aderência na etnia branca, que concorda com estudo realizado em unidades básicas de saúde no município de Sacramento, Minas Gerais, no qual houve uma adesão de 39,8% na população branca e 32,1% na população não branca (MAGNABOSCO et al, 2015).

O artigo 2 observou que usuários que não possuem convênio de saúde particular possuem chance 1,3 vezes maior de não aderirem ao tratamento

medicamentoso, concordando com o resultado obtido em outro estudo (MAGNABOSCO et al, 2015).

Com relação à ocupação e à moradia, os artigos 3 e 4 divergiram nos resultados encontrados. Enquanto o artigo 3 associou maiores índices de adesão à terapia aos usuários com moradia própria e sem ocupação laboral, o estudo 4 observou diminuição da adesão nesses indivíduos.

Outros fatores que influenciam o usuário hipertenso a aderir ao seu tratamento farmacológico proposto e assumem grau de importância em citações nos sete artigos da amostra desse trabalho podem ser divididos em: “fatores relativos ao usuário”, que seriam aqueles que se relacionam com o indivíduo, sua saúde, sua percepção e suas escolhas; e “fatores relativos ao processo de trabalho em saúde”, relacionados ao sistema de saúde, aos profissionais que acompanham o usuário e às opções de tratamento propostas e disponíveis, conforme a QUADRO 4.

Dentre os “fatores relativos ao usuário” a auto-avaliação da saúde pelo usuário como boa foi associada, no artigo 1, com o aumento da adesão à terapia medicamentosa. Já no artigo 6, os pacientes que referiam “não sentir nada” apresentaram menores índices de adesão.

Em relação à presença de comorbidades, houve associação desse fator ao aumento da adesão ao tratamento farmacológico. O artigo 1 encontrou maior adesão nas pessoas que possuíam 3 ou mais patologias diagnosticadas. O artigo 2 também demonstrou maior adesão na presença de comorbidades, assim como o artigo 3, que justifica esse resultado pelo fato de que a presença de outra doença crônica pode despertar maior preocupação com a saúde e qualidade de vida, aumentando a adesão do usuário. É importante destacar que indivíduos que apresentam outras comorbidades podem também receber maior atenção dos profissionais e serviços de saúde, melhorando os índices de adesão à terapia medicamentosa (GIROTTTO et al, 2013).

O maior tempo de diagnóstico da HAS foi um fator associado à diminuição da adesão ao tratamento farmacológico nos estudos 2 e 4. Esse achado se contrapõe a um estudo que relata menor adesão nos usuários que apresentam o diagnóstico de HAS há no máximo três anos (MAGNABOSCO et al, 2015).



**QUADRO 4 – Fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico mais citados nos artigos**

<b>Fatores relativos ao usuário</b>	<b>Artigos</b>	<b>Fatores relativos ao processo de trabalho em saúde</b>	<b>Artigos</b>
Auto avaliação da saúde	1, 6	Relação com a equipe de saúde	5, 6, 7
Presença de comorbidades	1, 2, 3	Tempo de espera na UBS	6, 7
Tempo de diagnóstico	2, 4	Falta de médico na equipe	6, 7
Frequência às consultas	2, 3, 4	Capacidade de orientação da equipe	3, 5, 7
Conhecimento sobre a doença	5, 6, 7	Número de medicações utilizadas	1, 2, 6
Conhecimento sobre o tratamento	3, 5, 6	Efeitos adversos das medicações	5, 6
Duração do tratamento	4, 5		

FONTE: Dos autores.

No que tange à frequência às consultas, o artigo 4 encontrou maior taxa de adesão ao tratamento farmacológico nos usuários que compareciam às consultas com maior assiduidade, assim como o artigo 2, que comenta que essas consultas frequentes proporcionam melhor monitoramento dos níveis pressóricos e maior acesso às informações, trazendo motivação individual. Esses dados estão de acordo com a literatura vigente, o que parece indicar que a maior preocupação dos hipertensos com seu estado de saúde, bem como o acesso aos serviços de saúde, geram maior conhecimento sobre sua condição. Observa-se, inclusive, o aumento da adesão próximo ao período das consultas médicas, mostrando a importância desse ato no processo de tratamento (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010; GIROTTO et al, 2013; SANTOS et al, 2013; MAGNABOSCO et al, 2015).

No estudo 3, observou-se que os pacientes que não compareceram a consultas no período de seis meses aderiram mais do que aqueles que procuraram

atendimento, entretanto, os pacientes que estavam cadastrados no programa HiperDia apresentaram maior índice de adesão à terapia medicamentosa. Essa participação no programa pode sugerir interesse em aderir ao tratamento, refletindo uma prioridade do usuário.

A falta de conhecimento sobre a HAS nos estudos 5, 6 e 7, e o desconhecimento sobre o tratamento da HAS, citado nos artigos 3, 5 e 6, associou-se a menores índices de adesão. Estudos trazem a natureza assintomática da HAS como sendo um fator importante para o não seguimento à terapia (FREITAS et al, 2012; GIROTTTO et al, 2013; MAGNABOSCO et al, 2015). Esse dado revela a necessidade de esclarecimento sobre a doença e sua história natural, através da equipe de saúde, levando ao entendimento da necessidade de mudanças comportamentais continuadas que permitam o cumprimento das medidas terapêuticas.

Outro fator importante encontrado foi a duração do tratamento, que os artigos 4 e 5 trazem como sendo inversamente proporcional à adesão. Os mesmos concordam com a literatura, que afirma que quanto maior o tempo de tratamento, menor o uso sistemático das medicações, principalmente em pacientes idosos (MOURA et al, 2011; PINHO; PIERIN, 2013).

No grupo dos “fatores relativos ao processo de trabalho em saúde”, boa relação com a equipe de saúde foi citada nos artigos 5, 6 e 7 como sendo um fator que influencia positivamente a adesão ao tratamento farmacológico da HAS no âmbito da atenção básica. A efetividade da participação da equipe, de forma sistemática e integralizada, envolve a atenção ao aspecto psicoemocional, o fornecimento de orientação e a elucidação de dúvidas dos usuários, repercutindo na adesão ao tratamento. O estudo 5 aborda como pontos importantes dessa relação o uso de linguagem popular, a demonstração de respeito pelas crenças do paciente e o atendimento acolhedor. O artigo 7, por sua vez, ressalta a liberdade para verbalização, o atendimento resolutivo e humano, a abolição do autoritarismo e a escuta ativa como desencadeadores de maior confiança entre o paciente e equipe.

Moraes, Bertolozzi e Hino (2011), afirmam que a boa relação da equipe de saúde com o usuário possibilita ao profissional propor projetos terapêuticos individualizados facilitando sua adesão ao tratamento. Isto contribui para promover a

autonomia do usuário e o seu poder de decisão sobre o processo saúde-doença. Portanto, para minimizar os gastos dos serviços públicos, especialmente os de média e alta complexidade, e para melhorar a qualidade de vida das pessoas, é necessário planejamento da equipe. As estratégias utilizadas por essas refletem diretamente na demanda dos serviços e nas condições de saúde dos usuários (GIROTTI et al, 2013).

Tempo de espera na UBS foi outro fator comentado na amostra, nos artigos 6 e 7, como associado a índices de adesão: quanto mais rápido o atendimento, maior a adesão do usuário hipertenso. O artigo 7 frisa que a redução de filas e tempo de espera é uma das quatro marcas da Política Nacional de Humanização e traz como pontos determinantes na melhora da adesão ao tratamento, em ordem de importância, redução no tempo na sala de espera da UBS, rapidez no atendimento e cobrança na pontualidade dos médicos (BRASIL, 2006).

Esses mesmos artigos ressaltam ainda que a falta de médico na UBS dificulta a adesão ao tratamento farmacológico, uma vez que esse fator leva a uma descontinuidade no acompanhamento do usuário hipertenso, já que o médico consiste em figura central na estratégia da abordagem à hipertensão.

A capacidade de orientação da equipe foi ressaltada nos artigos 3, 5 e 7. No artigo 3, um dos fatores associados à baixa adesão foi a falta de compreensão do paciente às recomendações da equipe de saúde, que podem não estar sendo transmitidas em uma linguagem compreensível. No artigo 7 o fornecimento de orientações pela equipe foi dado como favorável à adesão ao tratamento. Foram apontados, como problemas citados pelos usuários, a falta de acolhimento, paciência e diálogo da equipe, indicando deficiência no atendimento humanizado.

Em geral, as abordagens educativas existentes nas UBS, além de irregulares, têm enfoque na cura e na prevenção de doença, por meio de orientações prescritivas engessadas, desenvolvendo uma interação com o usuário em nível desigual. Cabe à equipe de saúde uma maior sensibilidade para educar e incentivar o usuário, orientando-lhe com clareza sobre sua condição de maneira a construir a autonomia e capacita-lo para tomada de decisões consciente (MORAES; BERTOLOZZI; HINO, 2011; MOURA et al, 2011).

A quantidade de medicamentos tomados diariamente foi correlacionada com a adesão nos artigos 1, 2 e 6. Os artigos 2 e 6 concordam que o uso de muitas medicações causa menor adesão dos usuários ao tratamento. Dado semelhante foi observado por Dourado et al, 2011, que ressaltam a dificuldade dos pacientes em manejarem múltiplas medicações, além de possuírem recursos financeiros insuficientes para obtenção das medicações que não são distribuídas gratuitamente na atenção básica. Já o artigo 1 encontrou associação do uso de múltiplas medicações com maior adesão, estando de acordo com outros estudos (SANTA-HELENA; NEMES; ELUF NETO, 2010; GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2013; MAGNABOSCO et al, 2015). Esse achado poderia ser explicado pelo fato de pacientes que utilizam grande número de medicações receberem, em geral, mais atenção da equipe e da família por apresentarem saúde mais comprometida.

Quanto ao impacto dos efeitos adversos dos medicamentos na adesão à terapia anti-hipertensiva, os artigos 5 e 6 concordam com a literatura ao encontrar dificuldade no seguimento do tratamento associada à presença desses efeitos (DOURADO et al, 2011; SANTOS et al, 2013; MAGNABOSCO et al, 2015).

Além dos fatores que influenciam na adesão ao tratamento citados em quadros, o artigo 7 traz, isoladamente, que receitas médicas ilegíveis prejudicam o entendimento e adesão do paciente, fazendo referência a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde que determina que as receitas e prescrições terapêuticas devem conter escrita impressa, datilografada ou em caligrafia legível (BRASIL, 2011). Bastos-Barbosa et al (2012) também relatam que a maioria dos pacientes estudados tinha adesão prejudicada por dificuldades com o entendimento dos receituários prescritos, sugerindo o uso de prescrições eletrônicas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa cumpriu com os objetivos propostos ao identificar e analisar os fatores relacionados à adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo na Atenção Básica através da caracterização da amostra de sete artigos encontrada. Dentre os fatores que aumentam a prevalência de adesão na população, destacam-se: idade maior que 60 anos, etnia branca, moradia compartilhada, presença de comorbidades, comparecimento às consultas, conhecimento sobre HAS e seu tratamento, utilização de menor número de medicações, bom relacionamento com a equipe de saúde e capacidade da mesma orientar bem os usuários. Gênero, escolaridade e renda apresentaram associação igual com aumento e diminuição de adesão.

A amostra obtida permitiu um maior conhecimento sobre dados da literatura nos últimos cinco anos, porém, os estudos encontrados foram escassos, o que indica que o tema ainda não recebe a devida importância, apesar da relevância demonstrada nesta revisão. A região Norte do país não foi contemplada na amostra, o que restringe a parcela da população brasileira estudada nos artigos, podendo alterar os resultados obtidos, visto a distribuição geográfica da HAS no Brasil. Outra limitação desta análise encontra-se nos diferentes métodos para avaliação da adesão utilizados nos estudos selecionados, que podem comprometer a comparação entre os seus resultados. Um exemplo é o fato de que alguns artigos delimita apenas a camada mais velha da população como objeto de estudo.

Espera-se que os resultados obtidos nesta revisão possam orientar a produção de novos estudos abordando a temática e subsidiar a implementação de estratégias na assistência à HAS, além de orientar mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde da Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

AIOLFI, C.R. et al. **Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos.** Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, v. 18, n. 2, p.397-404, 2015.

BARRETO, M.S. et al. **Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 68, n. 1, p.60-67, 2015.

BARROS, A.C.M.; ROCHA, M.B.; SANTA-HELENA, E.T. **Adesão ao tratamento e satisfação com o serviço entre pessoas com diabetes *mellitus* atendidas no PSF em Blumenau.** Arquivos Catarinenses de Medicina, v. 37, n. 1, p.54-62, 2008.

BASTOS-BARBOSA, R.G. et al. **Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão.** Arq Bras Cardiol, v. 99, n. 1, p.636-641, 2012.

BEN, A.J.; NEUMANN, C.R.; MENGUE, S.S. **Teste de Morisky-Green e *Brief Medication Questionnaire* para avaliar adesão a medicamentos.** Rev Saúde Pública, v. 46, n. 2, p.279-89, 2012.

BRASIL. **Carta dos direitos dos usuários da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006

\_\_\_\_\_. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

\_\_\_\_\_. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. **Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado.** Texto & Contexto - Enfermagem, v. 17, n.1, p.64-71, 2008.

CARVALHO FILHA, F.S.S.; NOGUEIRA, L.T.; VIANA, L.M.M. **HiperDia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família**. Rev Rene, v. 12, n. esp., p. 930–936, 2011.

CUNHA, P.R.M.S. et al. **Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica**. Rev Pesq Saúde, v. 13, n. 3, p. 11–16, 2012.

DEMONER, M.S. et al. **Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 25, n. 1, p.27–34, 2012.

DOURADO, C.S. et al. **Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba**. Acta Scientiarum - Health Sciences, v. 33, n. 1, p. 9–17, 2011.

FERREIRA, R.A.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. **Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. 4, p. 815–826, 2014.

FREITAS, L.C. et al. **Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA**. Revista Brasileira de Medicina da família e comunidade, v. 7, n. 22, p. 13–19, 2012.

FREITAS, J.G.A.; NIELSON, S.E.O.; PORTO, C.C. **Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, v. 13, n. 1, p. 75–84, 2015.

GIROTTI, E. et al. **Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n. 6, p. 1763, 2013.

GOMES, T.J.O.; SILVA, M.V.R.; SANTOS, A.A. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família**. Revista Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 3, p. 132–139, 2010.

GREZZANA, G.B.; STEIN, A.T.; PELLANDA, L.C. **Blood pressure treatment adherence and control through 24-hour ambulatory monitoring**. Arquivos brasileiros de cardiologia, v. 100, n. 4, p. 335–361, 2013.

LIMA, A.S.; GAIA, E.S.M.; FERREIRA, M.A. **A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético.** Saúde Coletiva em Debate, v. 2, n. 1, p. 9–17, 2012.

MAGNABOSCO, P. et al. **Comparative analysis of non-adherence to medication treatment for systemic arterial hypertension in urban and rural populations.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 23, n. 1, p. 20–27, 2015.

MALACHIAS, M.V.B. et al. **VII Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1–83, 2016.

MARTINS, A.G. et al. **Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica.** Acta Paulista de Enfermagem, v. 27, n. 3, p.266-272, 2014.

MORAES, P.A.; BERTOLOZZI, M.R.; HINO, P. **Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde.** Revista da Escola de Enfermagem, v. 45, n. 1, p. 19–24, 2011.

MOURA, D.J.M. et al. **Cuidado de enfermagem ao cliente com hipertensão: uma revisão bibliográfica.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 64, n. 4, p. 759–765, 2011.

NOGUEIRA, D. et al. **Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: Estudo Pró-Saúde, Brasil.** Revista Panamericana de Salud Publica, v. 27, n. 2, p. 103–109, 2010.

OLIVEIRA, C.J. et al. **Clinical validation of the nursing diagnosis.** Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, v. 17, n. 4, p.611-619, 2013.

PIERIN, A.M.G. et al. **Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 50, n. 5, p.764-771, 2016.

PINHO, N.A.; PIERIN, A.M.G. **Hypertension Control in Brazilian Publications.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 101, n. 3, p. 65–73, 2013.

PRATA, P.B.A. et al. **Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas.** O Mundo da Saúde, v. 36, n. 3, p. 526–30, 2012.



RIBEIRO, A.G. et al. **Representações sociais de mulheres portadoras de hipertensão arterial sobre sua enfermidade: Desatando os nós da lacuna da adesão ao tratamento na agenda da saúde da família.** *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 21, n. 1, p. 87–112, 2011.

SANTA-HELENA, E.T. de; NEMES, M.I.B.; ELUF NETO, J. **Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 12, p. 2389–2398, 2010.

SANTOS, M.V.R. et al. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem.** *Rev Bras Clin Med*, v. 19, n. 11, p. 1190–6, 2013.

SANTOS, Z.M.S.A. et al. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso.** *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 26, n. 2, p.298-306, 2013.

SCHMITT JÚNIOR, A.A.; LINDNER, S.; HELENA, E.T.S. **Avaliação da adesão terapêutica em idosos atendidos na atenção primária.** *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 59, n. 6, p. 614–621, 2013.

SILVA, C.S. et al. **Controle pressórico e adesão/vínculo em hipertensos usuários da atenção primária à saúde.** *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 47, n. 3, p. 584–590, 2013.

TAVARES, N.U.L. et al. ***Factors associated with low adherence to medication in older adults.*** *Revista de Saúde Pública*, v. 47, n. 6, p. 1092–1101, 2013.

VITOR, A.F. et al. **Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial.** *Escola Anna Nery*, v. 15, n. 2, p. 251–260, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNALFL, K. ***The integrative review: update methodology.*** *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 3, p. 546–53, 2005.

**APÊNDICE – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DE DADOS COLETADOS**

<b>Artigo (número de ordem)</b>	
<b>Título</b>	
<b>Autor</b>	
<b>Ano de publicação</b>	
<b>Formação profissional do autor</b>	
<b>Instituição/Estado de origem</b>	
<b>Idioma de publicação</b>	
<b>Amostra de usuários hipertensos</b>	
<b>Índice de adesão ao tratamento farmacológico na amostra</b>	
<b>Fatores socioeconômicos relacionados à adesão</b>	
<b>Outros fatores relacionados à adesão</b>	

FONTE: Dos autores.