

**Pró-Reitoria Acadêmica  
Escola de Saúde e Medicina  
Curso de Enfermagem  
Trabalho de Conclusão de Curso**

**Fatores relacionados à adesão aos tratamentos da Hipertensão  
Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa.**

**Autoras: Isabella da Silva Oliveira e Sirléia Oliveira Barbosa  
Orientador: Prof. Msc Tharsila Martins Rios da Silva**

**Brasília - DF  
2018**

**Isabella da Silva Oliveira**

**Sirléia Oliveira Barbosa**

**FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AOS TRATAMENTOS DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito final para obtenção da graduação em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Msc. Tharsila Martins Rios da Silva

**Brasília  
2018**



Monografia de autoria de **Isabella da Silva Oliveira** e **Sirléia Oliveira Barbosa**, intitulada: **“Fatores relacionados à adesão aos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa”**. Apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro, da Universidade Católica de Brasília, banca examinadora constituída por:

---

Prof.<sup>a</sup> Me. Tharsila Martins Rios da Silva  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Esp. Fernanda Costa Fernandes  
Examinador Interno

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda Monteiro  
Examinador Interno

Brasília  
2018

## **AGRADECIMENTO**

Primeiramente a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

Agradeço as minhas mães Helena Maria e Francisca Maria, heroínas que me deram apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço. Ao meu pai José Aldair que apesar de todas as dificuldades me fortaleceu e que para mim foi muito importante. Ao meu pai Manuel Paixão (in memoriam) que lá do céu está olhando por mim e que estará em meu coração para todo o sempre. Ao meu noivo amado Paulo Sérgio, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

Aos meus familiares que fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a todos os professores por me proporcionar o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional. A palavra mestre, nunca fará justiça aos professores dedicados aos quais sem nominar terão os meus eternos agradecimentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

**Sirléia Oliveira Barbosa**

Esta fase da minha vida é muito especial e não posso deixar de agradecer a Deus por toda força, ânimo e coragem que me ofereceu para ter alcançado minha meta.

À universidade quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionaram dias de aprendizagem muito ricos. Aos professores reconheço um esforço gigante com muita paciência e sabedoria. Foram eles que me deram recursos e ferramentas para evoluir um pouco mais todos os dias.

É claro que não posso esquecer da minha família, principalmente meus pais José e Geni, porque foram eles que me incentivaram e inspiraram através de gestos e palavras a superar todas as dificuldades.

A todas as pessoas que de uma alguma forma me ajudaram a acreditar em mim, eu quero deixar um agradecimento, porque sem elas não teria sido possível.

**Isabella da Silva Oliveira**

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos. Apresenta como fatores de riscos a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis, se tornando uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Como uma das principais causas de agravamento desta doença, pode ser identificado a não adesão do tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes. O presente estudo tem como objetivo identificar, por meio da revisão de literatura integrativa, os fatores que interferem na adesão aos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica, onde será realizada em base de dados como: Google acadêmico, Scielo, Lilacs e BVS; No período de agosto à outubro de 2018, no qual se espera como resultado, a determinação das principais causas de desistência ao tratamento de HAS, para assim, possibilitar um norteamento aos enfermeiros da Atenção Básica de Saúde sobre onde melhorar sua atuação junto com os pacientes na adesão ao tratamento. Como resultado, verificou-se que na prevenção destacam-se a educação em saúde com ênfase no conhecimento da doença, na mudança do estilo de vida, no controle da pressão arterial, programa para hipertensos mais intenso e motivador, pois o autocuidado adequado requer interesse e comprometimento dos pacientes. Desejamos que a partir da implantação do plano de intervenção seja atendido o nosso objetivo que é manter os níveis pressóricos dentro dos limites que são preconizados pelo Ministério da Saúde e melhorar a saúde dos pacientes hipertensos.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco, Adesão à medicação, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	JUSTIFICATIVA.....	10
3	HIPÓTESE OU PERGUNTA NORTEADORA .....	12
4	REVISÃO DE LITERATURA .....	13
4.1	Hipertensão Arterial Sistêmica .....	13
4.2	Fatores de risco não modificáveis.....	16
4.3	Fatores de risco modificáveis .....	16
4.4	Atenção básica .....	18
4.5	Linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica .....	20
5	OBJETIVOS.....	23
5.1	Objetivo Geral.....	23
5.2	Objetivos Específicos .....	23
6	METODOLOGIA .....	24
6.1	Primeira Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa ou elaboração da pergunta norteadora. ....	24
6.2	Segunda Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão. ....	25
6.3	Terceira Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados. ....	25
6.4	Quarta Etapa: Categorização dos estudos selecionados.....	25
6.5	Quinta Etapa: Análise e interpretação dos resultados.....	26
6.6	Sexta Etapa: Apresentação da revisão / síntese do conhecimento.....	27
7	RESULTADOS .....	28
8	DISCUSSÃO.....	33
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	36
10	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
11	ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	46

## 1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) vêm sendo consideradas o maior problema de saúde no Brasil e no mundo, pois tais doenças têm aumentado o número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, causando alto grau de limitação e incapacidade no indivíduo, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral. A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática para a saúde pública mundial, devido sua alta incidência e associação com as doenças cardiovasculares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Não somente no Brasil, como em outros países, as DCNT são caracterizadas por serem os problemas de saúde de maior magnitude. Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte. (SCHMIDT *et al.*, 2014). Pois não tem uma população específica, atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles grupos vulneráveis e susceptíveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.

O aumento da incidência de DCNT nos últimos anos fez com que os pesquisadores aumentassem a busca pelos fatores de risco que levariam ao desenvolvimento dessa epidemia. Por mais que a genética e a idade tenham forte influência nesta pandemia, outrora se faz necessário entender que outros fatores de risco quando controlados e prevenidos podem influenciar na redução de eventos cardiovasculares, aumentando a sobrevivência de um indivíduo (CHOR *et al.*, 2013).

De acordo com o *National Heart Lung and Blood Institute* (NHLBI), os principais fatores de risco para a HAS são a idade, raça, sexo, sobrepeso ou obesidade e hábitos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, tabagismo e consumo excessivo de sal. Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional, que a cada ano tem se estendido mais, segundo levantamento do Ministério da Saúde (MS, 2014), em populações vulneráveis dos países em desenvolvimento.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140 / 90$  mmHg (SBC, 2016). Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes mellitus (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). Mantém associação independente com eventos como morte súbita,

AVE, IAM, insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (JARDIM *et al.*, 2016)

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2014), a HAS é responsável por 17 milhões de óbitos por ano no mundo e está intimamente associada a 45% dos Infartos Agudos do Miocárdio - IAM e 51% dos Acidentes Vasculares Encefálicos – AVE, sendo que 40% dos adultos com idade maior que 25 anos eram portadores de hipertensão arterial (OMS, 2014).

A hipertensão arterial sistêmica é considerada um grande problema de saúde devido a sua alta prevalência e baixa taxa de controle, que contribui significativamente nas causas de morbidade e mortalidade. No Brasil, 25% da população adulta apresenta essa doença e estima-se que em 2025 esse número terá aumentado em 60%, atingindo uma prevalência de 40% (REVISTA BRASILEIRA DE EPIDEMIOLOGIA, 2016).

Controlar e prevenir a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e suas complicações são, sobretudo, de responsabilidade das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes atuando de forma multiprofissionais, pressupõe um vínculo com a comunidade, ajudando assim na adesão dos pacientes ao tratamento, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A hipertensão arterial sistêmica tornou-se uma problemática e um dos principais problemas de saúde pública merecendo, portanto, uma consideração prioritária por ser uma das principais razões pelas quais as pessoas procuram consulta médica ou motiva internações. Por ser uma doença silenciosa, a hipertensão avança no mundo e um número crescente de pessoas que perdem qualidade de vida por essa síndrome que é considerada a doença crônica mais comum em adultos (ALFONSO *et al.*, 2015).

A Atenção Básica em Saúde é um espaço ideal para o acompanhamento de pessoas que vivem com essa condição clínica, pois esse nível de atenção é um modelo mais próximo da vida das pessoas. Além disso, como a HAS não tem cura e exige um tratamento adequado e para a vida inteira, objetivando o controle da pressão arterial e a redução de complicações, a Atenção Básica se torna ideal para tais finalidades uma vez que tem, dentre outros, os princípios da longitudinalidade e cuidado continuado.

Segundo Figueiredo (2010), o tratamento da hipertensão pode ser sem ou com medicamentos. O primeiro é feito por meio do controle do peso, da melhora do padrão alimentar, da redução do consumo do sal, da moderação no consumo de bebidas alcoólicas, da prática regular de exercício físico, da abstenção do tabagismo e do controle do estresse; já o



medicamentoso tem por base o uso de drogas prescritas pelo médico, conforme a gravidade do quadro.

Mesmo com o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema. Por exemplo, inúmeros estudos têm apontado a enorme dificuldade vivida pelas pessoas com hipertensão para persistirem seguindo as recomendações médicas, com expressiva frequência de abandono do tratamento (DUARTE, 2013).

Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, o que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado, concretamente, pelo paciente (OLIVEIRA, 2013). No caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo, coincide com o conselho médico. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado.

Neste sentido, destaca-se a importância do enfermeiro da Atenção Básica, pois, como profissional responsável pela coordenação do cuidado, ele poderá colaborar na minimização das barreiras ao tratamento anti-hipertensivo, por meio de orientações, incentivo, acolhimento, uso dos recursos disponíveis no serviço para complementar a assistência, valorização de suas dificuldades na adesão ao tratamento, a fim de reduzir as complicações por HAS (GUEDES *et al.*, 2011).

Assim, o presente estudo pretende contribuir para a atuação do enfermeiro na Atenção Básica frente ao cuidado de indivíduos que vivem com a HAS. Espera-se que este trabalho contribua, de maneira especial, na identificação de fatores que influenciam na não adesão aos tratamentos para a HAS como alternativa que oriente a atuação do enfermeiro na Atenção Básica.

## 2 JUSTIFICATIVA

O objetivo do tratamento na Atenção Básica à Saúde é manter os níveis de PA controlados conforme as características de cada paciente e, tem por finalidade, reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2010). Por outro lado, a Atenção Básica vem enfrentando diversos desafios para iniciarem o tratamento dos casos que são diagnosticados, e manter o acompanhamento dos pacientes motivando-os à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, pois está presente na vida de grande parte dos brasileiros, mas os que aderem ao tratamento corretamente ainda são poucos em relação à grande proporção de casos diagnosticados. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010). E dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com Doença Arterial Periférica. A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. Assim, pôde ser observado em 2013, que ocorreram 1.138.670 óbitos, 339.672 dos quais (29,8%) decorrentes de DCV, a principal causa de morte no país (MALTA, 2016).

As DCV mesmo sendo tratadas por muitos pacientes, são ainda responsáveis por muitas internações nos hospitais do Brasil, com custos socioeconômicos elevados que se fossem tratadas na Atenção Básica de Saúde, reduziria maiores agravos da doença.

Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 e sua prevalência no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação, e as taxas de conhecimento (22% a 77%), tratamento (11,4% a 77,5%) e controle (10,1% a 35,5%) da PA também variaram bastante, dependendo da população estudada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A adesão ao tratamento terapêutico é dada por uma relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente. Mas, a não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade, sexo, doença, ao paciente tendo o esquecimento, problemas econômicos como principais dificuldades, problemas relacionados aos medicamentos como custo, e horário de uso ou equipe cuidadora de saúde que não se envolve ou não sabe a importância do tratamento do paciente. Estudos demonstraram que a proporção de idosos e demais faixas etárias vêm crescendo cada vez mais (AMARAL *et al.*, 2014).

Segundo Nogueira (2014), pode ser observado que a deficiência da adesão, se dá devidamente à falta de informação dos usuários portadores de hipertensão arterial sobre a importância do tratamento. A educação em saúde ao paciente proporciona a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais eficaz e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde, em especial o médico, o farmacêutico e o enfermeiro, podendo reduzir diversos transtornos e maiores problemas, da prescrição à administração e reduzir custos do sistema de saúde.

Justifica-se, portanto a realização deste trabalho, porque se faz urgente para os profissionais de saúde da família, em especial o enfermeiro, compreender melhor os riscos que estes estão correndo, no intuito de realizar um trabalho mais efetivo de esclarecimento, promoção e prevenção. Além disso, trata-se de uma forma de colocar em prática um modelo de saúde direcionado aos objetivos da ESF: um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar profissional, centrado na família e nas comunidades, centrada no usuário em detrimento do procedimento (COSTA *et al.*, 2016).

### **3 HIPÓTESE OU PERGUNTA NORTEADORA**

Quais fatores interferem na adesão dos hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico nos pacientes atendidos na Atenção Básica?

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A pressão arterial é definida como uma força exercida pelo sangue sobre a parede das artérias, sendo intimamente ligada ao débito cardíaco e com a resistência periférica sistêmica. A PA é classificada em Pressão arterial sistólica (PAS) e Pressão arterial diastólica (PAD) (POLITO; FARINATTI, 2015). Já a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA. A HAS está relacionada a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010).

A HAS é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 139 mmHg e diastólica acima de 89 mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. Trata-se de um fator de risco para IC, IAM, AVE, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos-alvo ainda mais graves (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A hipertensão é uma das doenças mais estudadas no mundo, não em vão tem sido chamada de "assassino silencioso", pois muitos pacientes não apresentam sintomas da doença que muitas vezes só é diagnosticada quando o paciente já teve algum órgão alvo afetado (CORDIES, 2014).

Para o diagnóstico da HAS é recomendada a medida da PA em ambos os braços com o paciente sentado, em ortostatismo e posição supina, pelo menos na primeira avaliação em todos os indivíduos e em todas as avaliações em idosos, diabéticos, alcoolistas e/ou em uso de medicação anti-hipertensiva, e sempre utilizar como referência sempre o braço com o maior valor para as medidas subsequentes. Como diversos fatores podem alterar a PA, as medidas tomadas em situações ambulatoriais podem não revelar valores reais da pressão do paciente (SBC, 2016).

A hipertensão arterial pode ser classificada segundo sua causa de base (primária ou secundária) e de acordo com os níveis tensionais. A hipertensão primária ou essencial

representa aproximadamente 95% dos casos de hipertensão e se caracteriza por não possuir etiologia definida, mesmo quando exaustivamente investigada, possuindo importante componente genético e ambiental. Já a hipertensão arterial secundária, que corresponde a cerca de 5% dos indivíduos hipertensos, apresenta etiologia definida e possibilidade de cura com tratamento da doença primária (CORRÊA *et al.*, 2016).

Tabela 1: Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade

<b>Classificação</b>	<b>PAS (mmHg)</b>	<b>PAD (mmHg)</b>
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		
Considera-se hipertensão sistólica isolada se PAS ≥ 140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em estágios 1, 2, 3.		

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016.

O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica se situam em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação do estágio. A pressão arterial é considerada normal quando apresenta valores menores ou iguais a 120/80 mmHg. Quando os valores se apresentam entre 121-139/81-89 mmHg, pode-se afirmar que existe um quadro de pré-hipertensão. É considerada Hipertensão estágio I, os valores entre 140-159/90-99 mm/Hg, estágio II, quando os valores são maiores ou iguais a 160-179/100-109 mmHg e estágio III, apresentando valores maiores ou iguais a 180/110 (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

Segundo Mio (2015) a hipertensão primária tem como causa uma combinação de diversas alterações no coração, nos vasos sanguíneos e nos sistemas de regulação de líquidos e eletrólitos do corpo. Quando a causa é conhecida, a doença denomina-se hipertensão secundária. Destacam-se:

- a) renal: estenose da artéria renal, pielonefrite, glomerulonefrite, tumores renais, doença policística renal, lesões do rim e radioterapia que afeta o rim;
- b) problemas hormonais: hipotireoidismo, hipertireoidismo, acromegalia síndrome de Cushing;

c) medicamentos e substâncias: anticoncepcionais orais, corticosteroides, ciclosporina, eritropoietina, cocaína, abuso de álcool.

Um dos grandes problemas da HAS é o fato desta ser assintomática até fases muito avançadas da doença. Não existe um sintoma típico que possa servir de alarme para estimular a procura por um médico. Achar que é possível adivinhar se a PA está alta ou normal baseado na presença ou na ausência de sintomas, como dor de cabeça, cansaço, dor no pescoço, dor nos olhos, sensação de peso nas pernas ou palpitações, etc., é um erro muito comum. Um indivíduo que não costuma medir sua PA simplesmente porque não tem nenhum sintoma, pode muito bem ser hipertenso e não saber (PINHEIRO, 2015).

Por outro lado, se o paciente é sabidamente hipertenso, mas também não mede a PA periodicamente, pode ter a falsa impressão de tê-la controlada. Não existe nenhuma maneira de avaliar a PA sem que se faça a aferição da mesma através de um aparelho específico, chamado esfigmomanômetro, conhecido popularmente como “aparelho de pressão”. O fato de algumas pessoas terem dor de cabeça ou mal-estar quando apresentam pressões arteriais muito elevadas não significa que estes sintomas sirvam de parâmetro. Estas mesmas pessoas podem ter picos de hipertensão assintomáticos e não se darem conta disso. É bom salientar que a dor aumenta a PA, sendo difícil saber nestes casos se a pressão subiu pela dor de cabeça ou a dor de cabeça surgiu pela pressão alta (PINHEIRO, 2015).

Por isso, todas as pessoas devem ter sua pressão arterial aferidas pelo menos uma vez a cada dois anos. Quem nunca procura saber como anda sua pressão arterial porque acha que algum sintoma irá alertá-lo sobre o problema, pode estar neste momento com a pressão elevada, sofrendo danos em órgãos vitais (PINHEIRO, 2015).

Ridker, Genest e Libby (2016) definem como fator de risco a presença precoce do fator genético assim como de característica individual na vida de uma pessoa, levando a mesma a desenvolver futuras doenças. Os fatores de risco se dividem em não controlável e os modificáveis (através do estilo de vida). De acordo com últimos estudos realizados, os fatores de risco mais relevantes são a obesidade, tabagismo, HAS, diabete mellitus e dislipidemia (SANTOS *et al.*, 2016).

Para a OMS, os fatores de risco (FR), estão divididos em dois grupos. Sendo que o primeiro está relacionado com o indivíduo (idade, sexo, escolaridade, herança genética); estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada) e agentes biológicos (hipertensão arterial sistêmica, diabete e hipercolesterolemia). O segundo grupo está associado, as condições sócias econômicas culturais e ambientais (NOBRE, 2016).

## 4.2 Fatores de risco não modificáveis

- Idade: há uma associação direta e linear entre envelhecimento e prevalência de HA, relacionada ao aumento da expectativa de vida da população brasileira, aumento na população de idosos  $\geq 60$  anos. Meta-análise de estudos realizados no Brasil incluindo 13.978 indivíduos idosos mostrou 68% de prevalência de hipertensão arterial (OIGMAN, 2016).
- Sexo e etnia: prevalência de HA autorreferida foi estatisticamente diferente entre os sexos, sendo maior entre mulheres (24,2%) e pessoas de raça negra/cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%), mas não nos brancos (22,1%). O estudo Corações do Brasil observou a seguinte distribuição: 11,1% na população indígena; 10% na amarela; 26,3% na parda/mulata; 29,4% na branca e 34,8% na negra (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).
- Genética: estudos brasileiros que avaliaram o impacto de polimorfismos genéticos na população de quilombolas não conseguiram identificar um padrão mais prevalente. Mostraram forte impacto da miscigenação, dificultando ainda mais a identificação de um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos (FUCHS *et al.*, 2016).

## 4.3 Fatores de risco modificáveis

- Ingestão de sal: o consumo excessivo de sódio, um dos principais fatores de risco para hipertensão arterial, associa-se a eventos cardiovasculares e renais. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares, obtidos em 55.970 domicílios, mostraram disponibilidade domiciliar de 4,7 g de sódio/pessoa/dia (ajustado para consumo de 2.000 Kcal), excedendo em mais de duas vezes o consumo máximo recomendado (2 g/dia), menor na área urbana da região Sudeste, e maior nos domicílios rurais da região Norte (LOPES, 2016). O impacto da dieta rica em sódio estimada na pesquisa do VIGITEL de 2014 indica que apenas 15,5% das pessoas entrevistadas reconhecem conteúdo alto ou muito alto de sal nos alimentos (SBC, 2016).



- Ingestão de álcool: consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Meta-análise de 2012, incluindo 16 estudos com 33.904 homens e 19.372 mulheres comparou a intensidade de consumo entre abstêmios e bebedores. Em mulheres, houve efeito protetor com dose inferior a 10g de álcool/dia e risco de HA com consumo de 30-40g de álcool/dia. Em homens, o risco aumentado de HA tornou-se consistente a partir de 31g de álcool/dia (LOPES, 2016).

Dados do VIGITEL, 2006 a 2013, mostram que consumo abusivo de álcool – ingestão de quatro ou mais doses, para mulheres, ou cinco ou mais doses, para homens, de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião, dentro dos últimos 30 dias - tem se mantido estável na população adulta, cerca de 16,4%, sendo 24,2% em homens e 9,7% em mulheres. Em ambos os sexos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas foi mais frequente entre os mais jovens e aumentou com o nível de escolaridade (SBC, 2016).

- Excesso de peso e obesidade: no Brasil, dados do VIGITEL de 2014 revelaram, entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso ( $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ), 52,5% vs 43%. No mesmo período, obesidade ( $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ ) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014 (SBC, 2016).

- Sedentarismo um importante fator de risco na condição de ser um preditor para as DCV, desencadeando altas taxas de mortalidade em indivíduos com baixo nível de condicionamento físico, tendo prevalência de 56% em mulheres, na população urbana brasileira (SUAREZ, 2016).

Os pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois além de reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e a mortalidade geral, pode diminuir a pressão arterial facilitando ainda o controle do peso (BRASIL, 2018).

Estratégias para prevenção do desenvolvimento da HA englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O objetivo deve ser estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle da PA e de fatores de risco associados, por meio da modificação do estilo de vida e/ou uso regular de medicamentos (VII DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2016).

A SBC sugere nas suas diretrizes para HAS que as estratégias para implementação das medidas preventivas como adotando modelo multidimensional e multiprofissional incorporando níveis de ação que integrem recursos de sociedades científicas, universidades, do setor público, privado e do terceiro setor. Englobando a redução de fatores de riscos usando a vigilância epidemiológica, a promoção de saúde em níveis educacionais, de trabalho e lazer, comunitário, etc. Educando por ‘todas as formas de mídia’. Garantindo o acesso, redes e equipamentos de saúde com qualidade e eficiência, estimulando desenvolvimento e implantação de programas promovendo hábitos alimentares saudáveis, atividade física, o rotula alimentos como tal, também reduzindo o conteúdo de sódio e gorduras saturadas em alimentos industrializados (SBC, 2016).

São sugeridas atividades comunitárias que incluam o apoio de mobilização social com a formação de alianças e coalizões para capacitação, campanhas e intervenção voltadas à prevenção integrando fatores de risco para hipertensão arterial. Incentivar a formação de grupos para a prática de atividades físicas coletivas em locais públicos e privados (SBC, 2016).

Para o setor de saúde, objetivando o enfoque no cuidado contínuo e promoção de hábitos saudáveis, o acesso facilitado, o encorajamento do diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores, promover interface entre setores educacionais (formar parcerias para avaliação e pesquisa) e de esportes, estimulando colaboração treinar, capacitar, apoiar e desenvolver profissionais planejando implementação de programas e aplicar medidas preventivas visando atendimento mais integral da comunidade na adoção de um estilo de vida ativo (SBC, 2016).

#### **4.4 Atenção básica**

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da década de 1990, representou um importante momento na história da saúde pública no país, no que diz respeito à organização dos serviços de saúde. O SUS fundamentou-se em três princípios básicos: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com direção única em cada esfera do governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (LEI N° 8080, 1990).

Na segunda metade da década de 90, o processo da implementação do SUS caminhou com uma série de medidas voltadas para o fortalecimento da atenção básica, entendida pelo

Ministério da Saúde (2013) como um conjunto de ações, voltadas ao primeiro nível de atenção para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação.

A implementação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um marco na incorporação das ações da atenção primária na política de saúde no Brasil. Ela busca romper paradigmas e incorpora um novo pensar e agir na perspectiva de mudança do modelo assistencial. O cuidado deve considerar o princípio da integralidade e o usuário como o protagonista (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O modelo preconiza uma equipe de saúde da família em caráter multiprofissional, composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (PNAB, 2012).

Para Merhy (2013), o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar. Nesse sentido, o trabalho em saúde deve incorporar mais tecnologias leves que se materializam em práticas relacionais, como, por exemplo, acolhimento e vínculo.

Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado. Com a expansão e estruturação da oferta de serviços, durante o processo de construção do Sistema Único de Saúde (MOREIRA, 2014).

Starfield (2012), discute acesso e acessibilidade e mostra que, apesar de serem utilizados de forma ambígua, têm significados complementares. A acessibilidade possibilita que as pessoas cheguem aos serviços, e o acesso permite o uso oportuno dos serviços para alcançar os melhores resultados possíveis. Seria, portanto, a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços.

Segundo Franco *et al.*, (2010) o acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;

qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender à exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. Dessa maneira, é preciso qualificar os trabalhadores para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar, negociar (FAGUNDES, 2014). É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde (ORTIZ, BORDIGNON, 2014).

O acolhimento tem uma grande importância na atenção básica de saúde e toma, como referência, algumas de suas características, como destaca Starfield (2012): porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema, coordenação do fluxo de atenção. Configura ainda como um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade nos serviços de saúde.

#### **4.5 Linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica**

A linha de cuidado é uma forma de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância (MENDES, 2013).

As Linhas de Cuidado (LC) podem ser definidas como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico sanitário, a ser ofertado de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde. Sua implementação é estratégia central para a organização e a qualificação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) com vistas à integralidade da atenção (BRAGA, 2016). Nessa perspectiva, o usuário passa a ser o elemento estruturante de todo processo de produção da saúde (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

A principal finalidade da Linha de Cuidado da HAS é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essa doença por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado, em todos os pontos de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Resumo dos passos para a modelagem da Linha de Cuidado:

- Partir da situação problema: “atenção à HAS na Unidade Básica de Saúde”, problematizando a história natural da doença e como se dá a realização do cuidado das pessoas;
- Identificar quais são os pontos de atenção no município/distrito/região/estado e suas respectivas competências, utilizando uma matriz para sistematizar essa informação e dar visibilidade a ela;
- Identificar as necessidades das Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto ao sistema logístico para o cuidado dos usuários (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;
- Identificar as necessidades das UBS quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/distrital/regional/estadual;
- Identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, Programação Pactuada Intergestores – PPI, Comissão Intergestores Regional – CIR, Comissão Intergestores Bipartite – CIB, entre outros);
- Desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar as necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir, em parceria com outros pontos de atenção e gestão, os fluxos assistenciais que são necessários para atender às suas necessidades de saúde e as diretrizes ou protocolos assistenciais;
- Identificar a população estimada de pessoas com HAS e os diferentes estratos de risco e realizar a programação de cuidado de acordo com as necessidades individuais e os parâmetros para essa doença;
- Definir metas e indicadores que serão utilizados para monitoramento e avaliação das Linhas de Cuidado.

É importante lembrar que apesar de, em geral, as linhas de cuidado ainda serem organizadas por doenças, é essencial que a equipe avalie seu paciente integralmente, já que comumente a HAS está associada a outros fatores de risco/doenças. Vale ressaltar que não há necessidade de organizar o cuidado na Atenção Básica também de forma fragmentada, por

doenças, sendo fundamental garantir o acesso e o cuidado longitudinal para a pessoa independente de qual problema ela possui (BRASIL, 2010).

## **5 OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo Geral**

Identificar, por meio da literatura, os fatores que interferem na não adesão aos tratamentos da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica.

### **5.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil dos estudos que abordam a adesão ao tratamento da HAS;
- Identificar a atuação do enfermeiro da Atenção Básica na adesão aos tratamentos da HAS.

## 6 METODOLOGIA

A metodologia escolhida para o presente estudo foi a revisão bibliográfica integrativa, onde devido a crescente diversidade de informações e acontecimentos na área da saúde, tornou-se imprescindível o desenvolvimento desse método, no contexto da pesquisa científica capaz de delimitar etapas metodológicas mais coerentes e comparativas para propiciar, aos profissionais, melhor utilização das evidências elucidadas em inúmeros estudos (TAVARES. *et.al*, 2013).

É um método que proporciona uma síntese de certa forma comparativa de conhecimento, através da incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática baseado em evidências (TAVARES. *et.al*, 2013).

Sendo assim, esse método tem como objetivo fundir os resultados levantados sobre a adesão ao tratamento de HAS na Atenção Básica de maneira organizada e regulada, levantando assim, um maior conhecimento do tema em questão, além de identificar os possíveis problemas (TAVARES. *et.al*, 2013).

Segundo Botelho (2013, p. 123) “A revisão integrativa, é considerada a mais ampla metodologia de abordagem referente às revisões, pois permite a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do processo analisado” e é dividida nas seguintes etapas:

### 6.1 Primeira Etapa: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa ou elaboração da pergunta norteadora.

Essa etapa serve como norte para a construção de uma revisão integrativa, pois determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas do estudo selecionado. Assim, a pergunta norteadora do presente estudo foi: **Quais fatores interferem na adesão dos hipertensos ao tratamento farmacológico e não farmacológico nos pacientes atendidos na Atenção Básica?**

A pesquisa de dados será realizada online, por meio da base de dados acessados através do Google acadêmico, Scielo, Lilacs e BVS. Para guiar esta pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: **Hipertensão, Hipertensão Essencial, Adesão à medicação, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem**, que, por sua vez, foram identificados na base dos Descritores



em Ciências da Saúde (DeCS). Foi realizada busca de artigos no idioma português, publicados nos últimos 5 anos (de 2013 a 2018).

## **6.2 Segunda Etapa: Estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão.**

Essa etapa depende dos resultados encontrados nas pesquisas da etapa anterior, pois um problema encontrado e descrito conduzirá a uma amostra diversificada, exigindo maior critério de análise do pesquisador.

Como critérios de Inclusão foram selecionados artigos em idioma Português, disponíveis em via online, completos, realizados na atenção básica de saúde, publicados nos últimos 5 anos entre 2013 a 2018 e que, de alguma maneira, abordou a atuação do enfermeiro na Atenção Básica. Quanto aos critérios de exclusão, foram descartados os artigos que falam de HAS, mas que estão relacionados com outras doenças crônicas, que não possuíssem o texto completo e que não abordaram a atuação do enfermeiro na Atenção Básica.

## **6.3 Terceira Etapa: Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados.**

Para serem selecionados os artigos, realiza-se uma busca e leitura criteriosa do tema abordado junto com as palavras chave em todas as publicações completas localizadas pela estratégia de busca, para verificar se os artigos estão seguindo aos critérios de inclusão do estudo (BOTELHO *et. al.*, 2012). Assim, os artigos foram selecionados a partir dos seguintes descritores: **Hipertensão, Hipertensão Essencial, Adesão à medicação, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem.**

## **6.4 Quarta Etapa: Categorização dos estudos selecionados.**

Esta etapa demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo, onde reúne e documenta as informações retiradas dos artigos científicos encontrados nas fases anteriores (TAVARES. *et.al*, 2013).

As informações encontradas e selecionadas nos artigos devem incluir, por exemplo: quantidade dos sujeitos e tamanho da amostra, metodologia, mensuração de variáveis, métodos de critério de análise, a teoria ou referenciais teóricos utilizados (BOTELHO *et. al.*, 2012).

Segundo Tavares (2013, p. 104) “Para o auxílio da melhor escolha de evidência possível, é proposta uma hierarquização das evidências, seguindo o delineamento da pesquisa, analisando todos itens em fases conforme o nível”. Abaixo seguem os níveis de evidências propostos por Muir (1997):

Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;

Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;

Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;

Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;

Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;

Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

A enfermagem por possuir poucas pesquisas de evidências fortes, o ensaio clínico randomizado controlado, considerado o padrão ouro na Prática Baseada em Evidências (PBE), será requerido através da melhor evidência disponível e não a melhor evidência possível (BROOME, 2011).

Assim, serão descritas e especificadas as principais causas de desistência ao tratamento dos pacientes com HAS, seguindo uma tabela de para categorização, com os seguintes dados: nome da base de dados, nome da revista, ano de publicação, título, autores, objetivos, tipo de estudo (ANEXO 1).

## **6.5 Quinta Etapa: Análise e interpretação dos resultados**

Nesta etapa, depois de interpretada e analisada a síntese dos resultados, são comparados os dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Além disso, são identificadas possíveis lacunas de conhecimento, podendo assim delimitar prioridades para estudos futuros (TAVARES. *et.al.*, 2013).

## **6.6 Sexta Etapa: Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.**

Essa última etapa consiste na elaboração de todo o resultado que deve a descrever todas as fases percorridas até o desfecho do trabalho, de forma criteriosa, apresentando os principais resultados obtidos.

## 7 RESULTADOS

O levantamento dos artigos nas bases de dados SCIELO, LILACS e BVS foi realizado entre os dias 29 de agosto de 2018 a 15 de setembro de 2018, utilizando-se os descritores saúde, Hipertensão, Hipertensão Essencial, Adesão à medicação, Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, com combinações de três a quatro palavras como representado acima.

A fim de atender os critérios de inclusão do presente estudo, foram identificados 274 artigos. Após a leitura criteriosa dos títulos e resumos, somente 44 artigos atenderam aos critérios previamente estabelecidos. Dos 44 artigos encontrados, oito deles encontravam-se repetidos em mais de uma base de dados, encontrados na BVS e SCIELO. A Tabela 2 demonstra o quantitativo dos artigos encontrados nas referidas bases de dados.

Tabela 2: Quantitativo de artigos obtidos nas bases de dados Scielo, LILACS e BVS no período de agosto a setembro de 2018. Brasília - DF, 2018.

<b>Base de dados</b>	<b>Artigos encontrados</b>	<b>Artigos excluídos</b>	<b>Artigos selecionados</b>	<b>Artigos duplicados</b>
SCIELO	18	5	13	8
LILACS	59	53	6	0
BVS	197	172	25	8
<b>Total</b>	<b>274</b>	<b>230</b>	<b>44</b>	<b>16</b>

Com relação aos artigos selecionados constou-se que 13 artigos, encontrados nas bases de dados BVS e Lilacs, foram publicados em revistas na área de saúde sendo elas: Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Revista Brasileira de Enfermagem, Escola Ana Nery Revista de Enfermagem, Revista Acta Paulista de Enfermagem e Revista Brasileira de Hipertensão. Onde tais revistas destacam como principais fatores de não adesão ao tratamento para HAS principalmente em idosos a limitação do estilo de vida e a baixa escolaridade associada também com a dificuldade em compreender as recomendações dos profissionais de saúde e a importância do uso contínuo dos medicamentos para o controle dessa doença crônica.

Quanto ao período de publicação, constatou-se que o ano que apresentou maior número de artigos publicados foram em 2015 e 2016, com 12 publicações no ano de 2015, correspondendo a 27,9%, e 11 publicações no ano de 2016, correspondendo a 25,58% de publicações incluídas no estudo, onde pode ser visto nos artigos:

- Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na ESF;

- Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária;
- Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos;
- Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária;
- Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas;
- Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa de hiperdia da Atenção Primária à Saúde.

No ano de 2013 foram identificadas sete publicações, o que correspondeu a 16,27% ao ano, onde foram encontrados os seguintes artigos: Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão; Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial; Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos; Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão; Validação Clínica Do Diagnostico Falta De Adesão Em Pessoas Com Hipertensão Arterial; Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial e Fatores Relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso.

No ano de 2014, foram encontrados oito artigos resultando em 18,70% das publicações e 2017 possui três estudos, o que representa 6,97% das publicações, entre quais se destacam os artigos: Adesão e vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família; Fatores que influenciam a baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica e Baixa adesão ao processo de tratamento da hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Santa maria, em Ilícinea – Minas Gerais.

Em relação ao delineamento de pesquisa, identificou-se que das 44 publicações, doze estudos eram de natureza de estudo transversal descritivo e cinco de natureza transversal quantitativa. As demais publicações estão variadas em estudos transversal qualitativos, analíticos e revisões de literatura. Quanto ao nível de evidência, 33 artigos encontravam-se no nível de evidência 4, pois apresentam-se baseados na experiência clínica, através da descrição de série de casos, com análise de resultados, sem estudo comparativo.

Foram identificados nos artigos “Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família” e “Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados” que a não

adesão ao tratamento da hipertensão variam, mas se relacionam-se principalmente às questões culturais, de gênero, classes sociais, escolaridade, condições de vida e trabalho, e particularmente a estrutura da organização dos serviços de saúde. Onde esses determinantes foram identificados na resistência em procurar o tratamento ou profissional de saúde ao sentir necessidade; na rotina, que faz com que muitas pessoas deixem a saúde em segundo plano dificultando seu acesso aos serviços, o esquecimento do uso de medicamentos e o abandono do tratamento quando visto uma melhora de quadro clínico.

Apesar dos estudos terem sido realizados em vários estados brasileiros, como por exemplo, Região Centro-Oeste e Sul brasileira, com culturas e situações socioeconômicas diferentes, os resultados em geral são bem parecidos. Onde vale ressaltar a demora no atendimento, insatisfação quanto à carência de profissionais e alta demanda; longo intervalo entre marcação de atendimento e a resolutividade da necessidade de saúde apresentada pelo usuário, resultando muitas vezes no abandono do tratamento pela falta de medicamentos ou ocasionando também no uso inadequado de medicações. Onde foi representado nos artigos: “Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária”, “Projeto de intervenção em pacientes hipertensos e sua adesão ao tratamento medicamentoso pertencente à unidade básica de saúde de São Geraldo município Cariacica /ES” e “Fatores que contribuem para não adesão ao tratamento em pacientes hipertensos”, como fatores para a baixa adesão aos serviços da Atenção Primária de saúde.

Outro aspecto que pode ser destacado com importância é a questão do gênero que foi construído ao longo da história, onde o homem é o responsável por trabalhar e sustentar a família, onde fica sem tempo para outras atividades, até mesmo sua saúde, fazendo assim com que as mulheres sejam as que mais procuram o serviço de saúde. Como exemplo, pode ser observado no artigo “Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na ESF”, que, 75,1%, dos participantes da pesquisa são do sexo feminino, assim podemos ver o afastamento dos homens das unidades básicas, levando em consideração que hoje o grande número de desistentes ao tratamento são eles (SOUZA, *et al.*, 2015).

Destaca-se que o presente estudo permitiu identificar que em vários estados o problema da não adesão ao tratamento de hipertensão está presente. Assim os fatores relacionados à não adesão ao tratamento da HAS foram:

- Organização dos serviços;
- Razões socioeconômicas e demográficas;

- Apoio social e familiar;
- Escolaridade;
- Trabalho;
- Questões de gênero.

Tais fatores exigem uma atenção dos serviços e dos profissionais de saúde para que pacientes e problema não sejam esquecidos. O que pode ser visto em estudos que relatam que a Atenção Primária de Saúde tem capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde de uma dada população, agindo como a base para o trabalho dos níveis secundário e terciário (OPAS, 1978; STARFIELD, 2002). Segue abaixo a sistematização dos textos identificados:

Tabela 3: Revisão da literatura

<b>Textos – Ano – Referências</b>	<b>Fatores que Interferem no Tratamento</b>
RIBEIRO DE SOUZA, Felipe Ribeiro; ANDRADE, Kaio Freitas; SOBRINHO, Carlito Lopes. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A busca por acompanhamento do tratamento pelas mulheres é maior que dos homens;</li> <li>- Pacientes com alto nível de escolaridade não buscam o tratamento ou abandonam quando melhoram;</li> <li>- A da maioria dos pacientes que buscam o tratamento são de baixo nível social e baixa escolaridade.</li> </ul>
BARRETO, Mayckel da Silva; MATSUDA, Laura Misue, MARCON, Sonia Silva. Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária. Escola Anna Nery, 2016.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O horário da tomada dos medicamentos não é aceito pelos pacientes;</li> <li>- Não assiduidade dos pacientes aos encontros/consultas;</li> <li>- Cumprimento do esquema posológico e sua incorporação às atividades diárias.</li> </ul>
AIOLF, Cláudia Raquel <i>et al.</i> Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, 2015.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avanço da idade, em que pode ocorrer aumento de morbidades, e assim interferir na adesão ao tratamento;</li> <li>- Compreensão da linguagem proposta e instruções das medicações.</li> </ul>
FERREIRA, Maysa Alvarenga; IWAMOTO, Helena Hemiko. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde. 2017.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pacientes não possuem conhecimento sobre a doença e tratamento;</li> <li>- Pacientes que possuem renda própria aumenta 5,6 vezes as chances de prevalência de adesão ao tratamento, pois nem todas as medicações do tratamento são disponibilizadas na ESF ou nas farmácias populares.</li> </ul>

<p>REGO, Anderson da Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. 2017.</p>	<p>- Acolhimento do profissional de saúde que aponta fragilidades no diálogo contínuo com o usuário, principalmente para identificar situações de vulnerabilidade social, física, psicológica e até mesmo espiritual, que interfere em um melhor conhecimento e compreensão da doença, como também, uma melhor adesão ao tratamento. Mudança constante na equipe de saúde o que gera dificuldade de adesão e criação de vínculo entre profissional e usuário;</p>
--	---

Pode ser observado nos estudos anteriores através dos problemas que ocasionam a não adesão ao tratamento de HAS, o enfermeiro tendo um papel extremamente importante na Atenção Primária de Saúde. Hoje o tratamento se baseia em consultas alternadas entre médico, enfermeiro e equipe multidisciplinar, onde busca um modelo assistencial preventivo e resolutivo. Onde a enfermagem está responsável por fazer um diagnóstico situacional, classificando potencialidades e dificuldades do paciente, acompanhar o indivíduo e seus núcleos de convívio de forma integral e humanitária, com uso racional dos recursos assistenciais.

Assim, o enfermeiro é responsável pelas intervenções, promovendo educação em saúde explicando sobre a doença e a mudança do estilo de vida ao paciente e estabelecer o atendimento contínuo e dinâmico fazendo com que as consultas, grupos e ações criem um vínculo na comunidade com o sistema de saúde, é considerado a linha de frente da ESF, pois seu papel é ter uma visão mais completa da comunidade com mais facilidade, identificando fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão, que não seriam considerados em um atendimento clínico e/ou hospitalar comum, sistematizando suas ações através do histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução do tratamento, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional, favorecendo o controle da doença e prevenindo complicações, diminuindo a taxa de não adesão ao tratamento de HAS.



## 8 DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que a maioria dos pacientes hipertensos eram aderentes ao tratamento medicamentoso. Os estudos apontaram múltiplos fatores que predis põem os indivíduos portadores de HA a não aderirem ao tratamento anti-hipertensivo, os fatores apontados pelos autores como causa da não adesão estão relacionados às razões ligadas à própria instituição assistencial e profissional de saúde, socioeconômicos e demográficos, aspectos psicossociais e culturais, apoio social e familiar, e ao tratamento terapêutico. Analisou-se um estudo que buscava identificar os motivos justificados pelos pacientes ao abandono do seguimento médico e terapêutico, os principais motivos relatados pelos participantes dessa pesquisa foram as razões ligadas à organização e estrutura do serviço, em decorrência de dificuldades, incompatibilidades e insatisfações com diferentes dimensões dos serviços prestados pela instituição, dentre as quais se destacaram o intervalo longo entre as consultas; dificuldade para agendar consulta; demora em ser atendido; horário de atendimento incompatível com o do trabalho ou com as ocupações diárias; mudança de médico responsável pela assistência e impossibilidade de acesso ao médico especialista.

Observou-se que a estrutura e organização do serviço de saúde e a qualidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional exerce uma forte influência quanto à motivação na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Dessa forma, observou-se que o acompanhamento ao paciente hipertenso tem sido realizado de forma inadequada, configurando-se um fator determinante para a não adesão ao tratamento.

Em relação ao gênero e a idade, os dados encontrados no presente estudo coincidem com o que é apresentado na literatura. A HAS é a condição crônica mais comum entre a população idosa. De acordo com Mendes e Oliveira (2014), os indivíduos de idade mais avançada são mais propensos à adesão, visto que os jovens não se sentem vulneráveis à doença, enquanto os idosos são mais preocupados com a saúde e se apegam ao tratamento como alternativa de prolongamento da vida. Já, o fator escolaridade influi, diretamente, na assimilação das orientações acerca da patologia; portanto, quanto mais baixa a escolaridade, mais difícil se torna compreender o diagnóstico, a necessidade da mudança de hábitos e os esquemas posológicos. Vale ressaltar que a baixa renda interfere na aquisição de medicamento, quando este não está disponível na Unidade Básica de Saúde.

Quanto ao gênero, encontramos estudos sobre adesão em que a maioria dos participantes eram mulheres hipertensas. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), vários estudos comparativos, entre homens e mulheres, têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas. Apesar da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como as mulheres, os serviços de atenção básica. Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menor adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessita modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento. Tal afirmação também é válida para ações de promoção e prevenção à saúde, que requerem, na maioria das vezes, mudanças comportamentais.

Estudos apontaram-se várias razões, mas, de um modo geral, podemos agrupar as causas da baixa adesão em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde, a saber: barreiras sócio culturais e barreiras institucionais. Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais (BRASIL, 2016). A baixa condição econômica é bastante crucial na adesão ao tratamento da hipertensão, assim como fatores culturais, o acesso aos serviços de saúde e grau de conhecimento sobre a doença.

Soares *et al.* (2014), evidenciaram, que a maioria dos entrevistados não aderiu ao tratamento, principalmente por encontrarem dificuldades no cumprimento da dieta e da prática de atividade física. Esse fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições da dieta, por exemplo, a diminuição da ingestão de sódio denota a ideia de castigo por estarem ligadas ao prazer em degustar alimentos, ou, ainda, associado à perda da liberdade de escolha. Observou-se que a principal dificuldade no tratamento da hipertensão relatada pelos entrevistados é a adoção de uma dieta hipossódica.

Muitos pesquisadores também relacionam o uso da medicação como um dos problemas de não adesão, estudos encontrados na literatura atual citam como uma das principais causas a dificuldade de conseguir a medicação, pelo fato de não poderem se locomover até à Unidade Básica de Saúde, tendo em vista que a maioria é de idosos (NOBRE *et al.*, 2015).

Ao comparar os hábitos saudáveis, os pacientes com história de tabagismo atual ou pregresso tinham menor possibilidade de adesão ao tratamento e aqueles que já utilizaram bebida alcoólica ou ainda a utilizam tendiam a ser mais descuidados ao tomar a medicação, paravam de tomá-la quando se sentiam melhor e conseqüentemente apresentam menor

possibilidade de adesão ao tratamento. Esses resultados indicam que os pacientes com hábitos de vida pouco saudáveis têm maior tendência a não adesão ao tratamento medicamentoso.

A aceitação do tratamento é essencial para o manejo de várias condições de saúde e as variáveis precisam ser mais bem definidas. A aceitação da doença pelo hipertenso estabelece posição importante no desenvolvimento das ações de controle e cuidado. Muitas vezes, a negação da doença ou a resistência para seguir as recomendações dos profissionais de saúde é a forma utilizada para não aceitar a condição de portador de uma doença crônica. Essa representação da doença, a forma de cuidar-se, reconhecer-se como hipertenso e encarar as limitações, determinam o sucesso do tratamento.

A enfermagem, pode atuar ampliando a consciência crítica dos indivíduos, famílias e comunidade para a aquisição do poder de escolhas saudáveis de vida. Para isso, é imprescindível que sua prática esteja vinculada e pautada a uma proposta educacional de transformação social, visando à diminuição dos riscos potenciais de atitudes e ações inadequadas para a condução e o bom controle da HAS. Assim, o enfermeiro detém competências e habilidades para atuar visando à educação em saúde desse grupo específico mediante todos os fatores que possam contribuir para a não adesão ao tratamento da HAS por seu portador.

A equipe de enfermagem deve enfatizar mudanças no estilo de vida do portador de HAS, pois os fatores de risco modificáveis são representativos para os agravos cardiovasculares, como também para o desencadeamento da HAS. Alguns hábitos de vida devem ser modificados para que se obtenha melhor qualidade de vida e conseqüentemente a diminuição nos agravos à saúde. O enfermeiro e a equipe de enfermagem, muitos próximos do contexto familiar, devem estar atentos a esses fatores de risco para promover ações de educação em saúde tanto para o portador de HAS como para seus familiares, visto que possuem um grande poder de persuasão sobre as decisões do portador.

Portanto, o papel do enfermeiro na consolidação do cuidado de enfermagem como prática social em ações individuais e coletivas, valorizando o ser humano como um ser singular e multidimensional, inserido em seu contexto real e concreto de vida se faz relevante nas intervenções sobre os fatores de riscos modificáveis para a hipertensão arterial sistêmica.

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado permitiu sintetizar a produção de conhecimento nacional acerca dos fatores que influenciam a não adesão ao tratamento da hipertensão. Durante a análise dos artigos, observou-se que a temática proposta é bastante atual, devido à dificuldade que muitos pacientes com hipertensão têm em adotar medidas de controle, o que despertou interesse de diversos profissionais da saúde, principalmente da enfermagem que presta uma assistência contínua a essa população.

A hipertensão arterial é uma doença cardiovascular de grande repercussão na Atenção primária à saúde, de causas multifatoriais e principal fator de risco para infarto, acidente vascular cerebral e doença renal crônica. Diante dos resultados encontrados, observamos que ainda é preciso desenvolver novas pesquisas, com objetivo de diminuir os fatores da não adesão ao tratamento da HAS.

Destacamos a elaboração e execução de projetos para esses indivíduos com ações multiprofissionais que busquem estimular a adesão ao tratamento dos hipertensos. Aprimorar tecnologias existentes e conceber o uso de novas promovendo a adesão dos pacientes com relação ao tratamento.

Portanto, são relevantes os esforços a serem despendidos na atenção primária, com ações de promoção, e prevenção dos agravos da HAS, contribuindo para redução dos gastos públicos, internações hospitalares por complicações clínicas e permitindo melhora da qualidade de vida para essa população.

A luta contra a não adesão aos tratamentos da HAS consiste em um grande desafio, tanto para o poder público como para os profissionais de saúde, pois depende da implementação de planos, projetos e programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos para que as intervenções sejam mais eficazes e tenham a finalidade de evitar o abandono ao tratamento da HAS.

Assim, para mudar essa realidade, são necessários mais investimentos financeiros na área da saúde, que visem à qualificação profissional, contratação de recursos humanos, construção de novas unidades de saúde, recursos materiais e, principalmente, no desenvolvimento de programas de saúde que atendam à realidade vivenciada por essa população. Essas conclusões mostram que, mesmo sendo variados os motivos que levam aos hipertensos à não adesão ao tratamento, é importante compreender esses reais motivos

retratados na literatura, pois, assim, é mais fácil criar projetos e ações de saúde pública voltados para esse agravo que traz tantas consequências maléficas à sociedade como um todo.

## 10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SAÚDE, Ministério da. **Departamento de atenção básica** . 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 17 maio 2018.

FILHO, Raul Dias dos Santos *et al.* (Org.). **7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL** . Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016. 103 p. v. 107. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Caderno de atenção básica : hipertensão arterial sistêmica**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saude, 2013. 130 p. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

SILVA, Elcimary Cristina *et al.* **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica** . Cuiaba: Revista Brasileira de Epidemiologia, 2016. 14 p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00038.pdf>>. Acesso em: 22 maio 2018.

MATTOSO, Priscila Pinato *et al.* **A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA ATENÇÃO BÁSICA** . 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10094>>. Acesso em: 30 maio 2018.

SOUZA, Fernando de Oliveira. **A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA** . 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2599.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

MUIR, G.J.A. **Evidence based healthcare: how to make health policy and management decision**. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.

SAÚDE, Ministério da. **Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões** . 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v23n4/2237-9622-ress-23-04-00599.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

MENDES, Leidiane Mirlla e Oliveira *et al.* **FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA** . 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/download/20861/pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

FIGUEIREDO, Natalia Negreiros; ASAKURA, Leiko. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo** : dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/11.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Caderno de atenção básica** : estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. 2014. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)>. Acesso em: 05 jun. 2018.

VILA, Rosana Lúcia Alves de *et al.* **Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde** . 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de *et al.* **O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil** . 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis** . 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

SAÚDE, Ministério da. **Linha de Cuidado - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)** . 2016. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/quadros-sinteses/lc\\_hipertensao\\_q01.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/quadros-sinteses/lc_hipertensao_q01.pdf)>. Acesso em: 07 jun. 2018.

DEPUTADOS, Câmara dos. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990** . 1990. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-normaatuizada-pl.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2018.

VENANCIO, Sonia Isoyama et al. **Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus** : implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00113.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

RIBEIRO, Felipe Ferreira; ANDRADE, Kaio Vinícius; SOBRINHO, Carlito Lopes. **Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família** . 2015. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881227/rbh\\_v22n4\\_133-138.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881227/rbh_v22n4_133-138.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2018.

AIOLFI, Claucia Raquel; ALVARENGA, Márcia Regina Martins; MOURA, Cibele de Sales and RENOVATO, Rogério Dias. **Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos**. *Rev. bras. geriatr. gerontol.*[online]. 2015, vol.18, n.2, pp.397-404. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000200397&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000200397&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 08set.2018.

FREITAS, Jacqueline Gleice; NIELSON, Sylvia Escher; PORTO, Celmo Celeno. **Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura** . 2015. 75-84 p. Revisão Integrativa (Mestrado em Medicina)- Universidade Federal de Goiás, *Rev Soc Bras Clin Med*, 2015. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.



BARRETO, Mayckel da Silva; MATSUDA, Laura Misue and MARCON, Sonia Silva. **Fatores associados ao inadequado controle pressórico em pacientes da atenção primária.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2016, vol.20, n.1, pp.114-120. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100114&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452016000100114&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 08 set. 2018.

OLIVEIRA, Célida Juliana de; ARAUJO, Thelma Leite de; COSTA, Francisca Bertilia Chaves and COSTA, Alice Gabrielle de Sousa. **Validação clínica do diagnóstico "falta de adesão" em pessoas com hipertensão arterial.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2013, vol.17, n.4, pp.611-619. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400611&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000400611&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 08set. 2018.

BARRETO, Mayckel da Silva et al. **Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados** . 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2018.

FERREIRA, Maysa Alvarenga; IWAMOTO, Helena Hemiko. **Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados** . 2015. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1175>>. Acesso em: 08 set. 2018.

MACIEL, Ana Paula Ferreira; PIMENTA, Henderson Barbosa and CALDEIRA, Antônio Prates. **Qualidade de vida e adesão medicamentosa para pessoas hipertensas.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2016, vol.29, n.5, pp.542-548. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000500542&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002016000500542&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 08 set. 2018.

RÊGO, Anderson da Silva; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade. **Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família** . 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt\\_0034-7167-reben-71-03-1030.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n3/pt_0034-7167-reben-71-03-1030.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2018.

SANTOS, Michelle Aparecidas. **Fatores que influenciam na baixa adesão ao tratamento da hipertensão arterial dos usuários da Unidade Básica de Saúde do Triângulo** . 2014. 1-34 p. Revisão Bibliográfica (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8892>>. Acesso em: 08 set. 2018.

BALDONI, Thais Rodrigues. **Baixa adesão ao processo de tratamento da hipertensão arterial na Unidade Básica de Saúde Santa Maria, em Ilícinea - Minas Gerais** . 2014. 1-36 p. Revisão de Literatura (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9359>>. Acesso em: 08 set. 2018.

OVIEDO, Reynaldo Afonso. **Controle e adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica na ESF Terra** . 2015. 1-36 p. Revisão de Literatura (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9435>>. Acesso em: 08 set. 2018.

AVILA, Sônia Maria Gonzalez. **Adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica de usuários do programa saúde da família Darcy Ribeiro em Contagem/Minas Gerais** . 2016. 1-35 p. Revisão de Literatura (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/adesao\\_ao\\_tratamento\\_da\\_hipertensao\\_de\\_usuarios.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/adesao_ao_tratamento_da_hipertensao_de_usuarios.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2018.

LORENZO, Lisbet López. **Projeto de intervenção para o controle da hipertensão arterial sistêmica dos usuários da unidade básica de saúde praia do município de Contagem, Minas Gerais** . 2016. 1-38 p. Revisão de Literatura (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/referencia/0000006784>>. Acesso em: 08 set. 2018.

GUTIERREZ, Yaili Jimenez. **Plano de ação para aumentar a adesão dos hipertensos ao controle e acompanhamento - Centro de saúde Agostinha Ramalho, município de Malacacheta- Minas Gerais.** . 2016. 1-51 p. Revisão de Literatura (Mestrado em Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gérias, Minas Gerais, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9587>>. Acesso em: 08 set. 2018.

MARTINS, Bruna Cristina Cardoso et al. **Adesão ao tratamento para hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde do Ceará** . 2014. 1-7 p. Estudo descritivo e prospectivo (Mestrado em Medicina)- Rev. Bras. Hipertensão, [S.l.], 2014. Disponível em: <[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881448/rbh-v21n1\\_24-30.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881448/rbh-v21n1_24-30.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2018.

CORREIA, Anay Hernandez et al. **Adesão ao tratamento para hipertensão em uma Unidade Básica de Saúde do Ceará** : Aderência ao tratamento de hipertensão arterial em pacientes idosos no PSF Nilda Matos de Miranda, município Caucaia.. 2014. 1-27 p. Revisão narrativa da literatura (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/9211>>. Acesso em: 08 set. 2018.

SANTOS, Marcos Vinícius Ribeiro et al. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem** . 2013. 1-7 p. Rev. Bras. Clin. Med (Mestrado em Medicina)- Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

TOLEDO, Guilherme Randolpho et al. **Plano De Intervenção Para Otimizar A Adesão Ao Tratamento De Hipertensos Da Unidade Básica De Saúde De Mar De Espanha - Equipe Sesquicentenária Saúde** . 2015. 1-24 p. Revisão de Literatura (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gérias, [S.l.], 2015. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/plano-intervencao-otimizar-adesao-tratamento-hipertensos-ubs-mar-espanha.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2018.

FERNÁNDEZ, Maria Emilia Giralt . **Baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes com hipertensão arterial sistêmica.** UAPS bairro Industrial, Juiz de Fora, MG: proposta de intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Juiz de Fora, 2016. 35f. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família). Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/plano-intervencao-otimizar-adesao-tratamento-hipertensos-ubs-mar-espanha.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

SILVA, Luiz Gustavo Omena. **ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES HIPERTENSOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.** . 2014. 1-20 p. Revisão Bibliográfica (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Maceió- AL, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6340.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

MORENO, Viunaikis Navarro. **Alta prevalência de hipertensão arterial descompensada em pacientes da unidade básica de saúde de Palma - Minas Gerais .** 2016. 1-31 p. Revisão Bibliográfica (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Juiz de Fora - MG, 2016. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/8504>>. Acesso em: 10 set. 2018.

MUNIZ, Lorena Angelo. **Adesão ao Tratamento e Controle da hipertensão arterial: Proposta de intervenção.** . 2015. 1-32 p. Revisão Bibliográfica (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerias, Uberaba - MG, 2015. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/adesao-tratamento-controle-hipertensao-arterial.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

MOURA, André Almeida et al. **Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial .** 2016. 1-14 p. Estudo de corte transversal descritivo (Mestrado em Enfermagem)- Revista Eletrônica trimestral de Enfermagem, [S.l.], 2016. Disponível em: <http://file:///C:/Users/User2/Downloads/Versoemportugues.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

ARAÚJO, Zélia Maria et al. **Fatores Relacionados à adesão ao tratamento do usuário hipertenso**. . 2013. 1-9 p. Estudo de corte transversal descritivo (Mestrado em Enfermagem)- Revista Brasileira em Promoção à Saúde, [S.l.], 2013. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2920/pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

## 11 ANEXO 1 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

<b>Base de dados</b>	<b>Revista</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de Estudo</b>