

# VARIÁVEIS RELACIONADAS À ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

José Wicto Pereira Borges<sup>1</sup>  
Thereza Maria Magalhães Moreira<sup>2</sup>

**RESUMO:** A hipertensão arterial pode ser controlada, desde que o usuário siga a terapêutica proposta, seja ela medicamentosa ou não. Entretanto, sabe-se que a manutenção de níveis pressóricos dentro dos limites recomendados é insatisfatória, o que se deve à dificuldade de adesão ao tratamento proposto. Objetivou-se analisar na produção científica quais as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais apresentam associação estatística com adesão ou não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Trata-se de uma Revisão Integrativa da literatura realizada nas bases de dados Scielo Public Health, Bio Med Public Health e LILACS. Os descritores foram: hypertension, adherence, compliance, test, epidemiologic studies, epidemiology e measurement utilizados em conjunto. Foram mobilizados treze artigos, sendo oito realizados no continente Americano, três no Europeu e um no continente Africano. Identificamos quatro fatores relacionados à adesão e a não adesão: o tratamento, as doenças associadas, o serviço de saúde e os fatores relacionados ao usuário.

<sup>1</sup> Enfermeiro (FGF), Especialista em Enfermagem Clínica, Mestrando em Cuidados Clínicos em Saúde e membro do Grupo Epidemiologia, Cuidado em Cronicidades e Enfermagem – GRUPECCE da Universidade Estadual do Ceará. Bolsista CAPES. Email: wictoborges@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Enfermeira, Doutora em Enfermagem (UFC); Docente do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Saúde, do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE e do Doutorado em Saúde Coletiva com Associação de IES-Ampla UECE-UFC; Pesquisadora CNPq; Líder do GRUPECCE. Email: tmoreira@uece.br

**Palavras-chave:** Hipertensão. Cooperação do paciente. Revisão.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de 139 mmHg de pressão sistólica e 89 mmHg de diastólica. Quanto à prevalência, diversos estudos apontam para 26% da população geral adulta variando conforme o estudo e a localidade pesquisada de 22,3 até 43,9% (média de 32,5%) conforme dados da última diretriz. Os segmentos sociais mais pobres são os que possuem maior prevalência de hipertensão e também de complicações como acidentes vasculares. As regiões rurais apresentam menor prevalência de hipertensão em relação à metropolitana (DIRETRIZES, 2010).

Clinicamente é quase sempre assintomática ou oligossintomática, mas, se deixada evoluir naturalmente, a doença desencadeia insidiosamente alterações vasculares em órgãos vitais, sobretudo no coração (como hipertrofia, insuficiência cardíaca e coronariopatia); cérebro (acidente vascular encefálico e aneurisma cerebral); rins (disfunção progressiva); olhos (retinopatia hipertensiva) e vasos (aneurisma e dissecação). Eleva em quatro vezes o risco de acidente vascular encefálico e de seis vezes o risco de insuficiência cardíaca. O risco

de lesão cardiovascular, entretanto, começa a aumentar a partir de níveis mais baixos de pressão, ao redor de 115x75 mmHg, dobrando a cada 10 a 20 mmHg de aumento de pressão (PEDROSO, OLIVEIRA, 2007).

A HAS apresenta elevado custo médico social, principalmente por sua participação em complicações como nas doenças citadas acima, as quais acometem pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos, (DIRETRIZES, 2010). Nesse cenário os custos alcançam U\$ 671,5 milhões, sendo U\$ 398,9 milhões gastos pelo Sistema Público de Saúde brasileiro (Sistema Único de Saúde) e U\$ 272,7 milhões pelo sistema privado de saúde. Dessas cifras 52,3% correspondem aos

custos com medicamentos e 20% com visitas médicas (DIB, RIERA, FERRAZ, 2010). Em um estudo realizado por Thom et al. (2006), citado por Dib, Riera e Ferraz, (2010), os custos com a enfermagem chegaram a U\$3,6 bilhões.

No que diz respeito ao tratamento, apesar de a HAS ser uma doença crônica, ela pode ser controlada desde que o usuário siga a terapêutica proposta, seja ela medicamentosa ou por meio de modificações no estilo de vida. O arsenal terapêutico disponível atualmente para o tratamento garante, na maioria dos casos, o controle da pressão arterial com indução mínima de efeitos colaterais. Entretanto, apesar da eficácia do tratamento, sabe-se que a manutenção de níveis pressóricos dentro dos limites recomendados é insatisfatória, o que se deve, em grande parte, à dificuldade de adesão ao tratamento proposto (DAMASCENO et al., 2008).

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial pode ser considerada como o grau de coincidência entre o comportamento do usuário e a prescrição do profissional de saúde que envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Esperando-se como resultados o controle da pressão arterial, a redução na incidência ou retardo na ocorrência de complicações cardiovasculares e a melhoria da qualidade de vida (WHO, 2003).

Quantificar a falta de adesão ao tratamento dessa enfermidade permanece ainda uma questão de difícil execução, devido à multifatorialidade que a adesão ao tratamento suscita, além da ausência de um padrão ouro para medir a adesão.

Na multifatorialidade da hipertensão existem três grupos de fatores implicados na adesão ao tratamento: os atribuídos ao usuário, à relação médico usuário e ao esquema terapêutico. O conhecimento e as crenças dos usuários sobre sua doença, a motivação para controlá-la, sua habilidade para associar seu comportamento com o manejo da doença e suas expectativas no resultado do tratamento podem influenciar negativamente a adesão (SANTA-HELENA, 2007; SOUZA, 2008).

Apesar da adesão ao tratamento da hipertensão representar

um problema que vem merecendo atenção de centros de pesquisas internacionais, há poucos estudos em nosso meio que quantifiquem a sua magnitude (SANTA-HELENA, 2007). Para Gusmão et al. (2009) ainda existe campo aberto para pesquisa em relação à adesão.

Assim, objetivou-se analisar na produção científica quais as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais apresentam associação estatística com adesão ou não adesão ao tratamento da hipertensão arterial.

## **1 METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que tem como base a análise de material, pela organização e interpretação no atendimento ao objetivo da investigação (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). Para Whitemore e Knafl (2005) o método de revisão integrativa é uma abordagem que permite a combinação de diversas metodologias (por exemplo, experimental e não experimental de pesquisa), e tem o potencial de desempenhar um papel importante na prática baseada em evidências para a enfermagem.

A capacidade de identificar e localizar documentos sobre um tópico de pesquisa é uma habilidade importante para o desenvolvimento de um estudo de revisão. Desse modo, a sistematização dos passos para a realização do estudo é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de boa qualidade (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

A presente revisão integrativa cumpriu criteriosamente seis etapas: seleção de questão norteadora; definição das características das pesquisas primárias da amostra; seleção das pesquisas que compuseram a amostra da revisão; análise dos achados dos artigos incluídos na revisão; interpretação dos resultados e relato da revisão proporcionando um exame crítico dos achados. O referencial metodológico utilizado foi o de Whitemore e Knafl (2005).

A questão norteadora da pesquisa foi: quais as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais dos usuários apresentam associação estatisticamente com adesão ou não adesão

ao tratamento da hipertensão arterial?

Foi realizada uma busca eletrônica de literatura através das bases de dados da Scielo, área Saúde Pública, que reúne trabalhos sobre saúde coletiva nas Américas, Bio Med public health e LILACS (Literatura Latino-mericana e do Caribe em Saúde). O período delimitado para a pesquisa dos artigos foi de 2000 a 2009. Foram realizadas pesquisas booleanas com os seguintes descritores: *hypertension, adherence, compliance, test, epidemiologic studies, epidemiology e measurement*, de acordo como a terminologia em saúde DeCS.

Adotamos os seguintes critérios de inclusão: artigos que abordem a adesão ao tratamento da hipertensão arterial de maneira analítica; disponíveis na íntegra; em língua portuguesa, espanhola ou inglesa publicados entre 2000 e 2009, estudos com dados empíricos de pesquisa; que apresentassem variáveis relacionadas à adesão ou não adesão com valores de p estatisticamente significantes. Os critérios de exclusão adotados foram: ser comunicação prévia, revisão de literatura ou revisão teórica.

A fase de coleta de dados ocorreu no período de março a maio de 2010 por meio das bibliotecas eletrônicas Scielo Public Health, BioMed Central e Lilacs. Pela ferramenta de pesquisa booleana identificamos 249 trabalhos potenciais para o estudo, sendo realizadas leituras dos resumos, fazendo-se uma triagem quanto à relevância e à propriedade que responderam ao objetivo do estudo. Após leituras dos resumos foram pré-selecionados 33 trabalhos disponibilizados na íntegra, lidos e novamente selecionados, desses, excluímos: cinco que eram com pessoas com hipertensão e outra doença, três que abordavam adesão sem mensurá-la, três que eram qualitativos, três que abordavam a adesão dos profissionais às diretrizes clínicas de manejo da hipertensão e dois que eram teóricos. Desse modo chegou-se a um número de 17 estudos dentre os quais 13 apresentavam variáveis com valores de p estatisticamente significantes associadas à adesão e não adesão, os quais compuseram a amostra da pesquisa.

Foi realizada a análise dos estudos selecionados, norteadas

pela pergunta de pesquisa. Para garantir a validade da revisão, os estudos selecionados foram analisados detalhadamente, de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008; SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2010).

Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica, não houve a necessidade de avaliação por Comitê de Ética em Pesquisa, pois o material avaliado é de livre acesso na Internet.

## 2 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O quadro 1 apresenta as características dos estudos selecionados.

QUADRO 1: Caracterização dos estudos selecionados, Fortaleza-CE, Brasil, 2010.

AUTORES	ANO	LOCAL	MÉTODO	SUJEITOS/LOCAL
Marín-Reyes; Rodríguez-Morán.	2001	México	Estudo Caso-Controlle (hipertensos com adesão=caso; sem adesão=controle).	80 hipertensos $\geq 35$ anos, realizado em ambulatório hospitalar. Relação caso-controlle 1:1.
Bovet et al.	2002	Seychelles	Exploratória, descritiva intervencional de base populacional.	50 sujeitos que desconheciam serem hipertensos, com valores PA $\geq 160/95$ mmHg em 3 medidas distintas.
Johnell et al.	2005	Suécia	Inquérito através de cartão-postal autoadministrado, randomizado.	1288 hipertensos em uso de anti-hipertensivos durante o último ano.
Santos et al	2005	Brasil	Exploratório descritivo.	50 hipertensos de um ambulatório hospitalar.
Tuesca-Molina et al	2006	Espanha	Transversal de base populacional.	4000 adultos $\geq 60$ anos não institucionalizados. Pesquisa domiciliar.
Araújo; Guimarães	2007	Brasil	Observacional prospectivo, randomizado.	135 hipertensos em início de tratamento farmacológico em unidade básica de saúde.
Mochel et al	2007	Brasil	Transversal analítico	462 hipertensos $\geq 18$ anos cadastrados no programa de hipertensão em Unidades Básicas de Saúde
Block; Melo; Nogueira.	2008	Brasil	Coorte	200 hipertensos resistentes de um hospital universitário.

VARIÁVEIS RELACIONADAS À ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Gohar et al.	2008	Reino Unido	Inquérito descritivo transversal.	196 hipertensos (multiétnico) em uso de terapia complementar. Em ambulatório hospitalar
Melano-Carranza; Ojeda; Ávila.	2008	México	Transversal de base populacional randomizado	2029 hipertensos $\geq 65$ anos acompanhados em um Centro de Saúde Escola.
Velandia-Arias; Rivera-Alvarez	2009	Colômbia	Descritivo correlacional	201 pessoas com algum fator de risco cardiovascular. Em unidade básica de saúde.
Dosse et al.	2009	Brasil	Exploratório descritivo, através de questionário aplicado por telefonemas	68 hipertensos não controlados de um ambulatório hospitalar (PA $\geq 140 \times 90$ mmHg).
Mendoza-Parra; Merino; Barriga	2009	Chile	Exploratório descritivo, amostra randomizada	211 hipertensos $\geq 65$ anos em uso de fármacos e sem comorbidades, Centro de Saúde da Família.

O Quadro 1 mostra que os estudos que avaliam a adesão ao tratamento da hipertensão vêm aumentando ao longo da década analisada. Percebemos também esforços de especialistas de vários países em busca da elucidação da prevalência da adesão. Para Reiners et al. (2008) uma provável explicação para esse crescimento é o interesse dos profissionais de saúde em entender o fenômeno da adesão/não adesão que traz grande impacto na morbimortalidade de pessoas acometidas por problemas crônicos de saúde.

Desse modo, dentre os estudos selecionados, oito foram realizados no continente Americano, sendo quatro no Brasil, dois no México, um na Colômbia, e um no Chile; três no continente Europeu (um na Suécia, um na Espanha e um no Reino Unido) e um no continente Africano, realizado na República de Seychelles.

Nos últimos anos a adesão terapêutica tornou-se um dos maiores problemas enfrentados nos serviços de saúde pela sua complexidade. Em uma revisão Barbosa e Lima (2006) encontraram vários países desenvolvendo estudos que elucidassem o índice de adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial no mundo, corroborando com o nosso achado.

Quanto ao delineamento metodológico observamos que há um aprofundamento no tema estudado, visto que, as pesquisas mostram desenhos observacionais e analíticos. Os estudos estão

distribuídos em: um caso controle, uma coorte, dois inquéritos, um estudo intervencional, dois transversais de base populacional, um observacional, três exploratórios descritivos, um transversal analítico e um descritivo correlacional. Dos 13 artigos, 3 foram randomizados.

Quanto aos sujeitos envolvidos nas pesquisas, quatro estudos consideraram hipertensos acompanhados em unidades básicas de saúde da família; quatro, hipertensos acompanhados em ambulatório hospitalar; três, em uso de tratamento medicamentoso; e dois, hipertensos descontrolados. Houve variações nos tamanhos das amostras, o que pode ser explicado pela diversidade de locais em que as pesquisas foram realizadas.

Sobre as Variáveis relacionadas à adesão e não adesão, na análise identificaram-se os fatores relacionados ao tratamento, às doenças associadas, ao serviço de saúde e ao usuário que interferem na adesão e não adesão ao tratamento da hipertensão. O quadro 2 compila os achados.

QUADRO 2: Fatores e variáveis relacionados à adesão e não adesão ao tratamento da hipertensão arterial, segundo os estudos selecionados. Fortaleza-CE, Brasil, 2010.

Fatores relacionados ao	Variáveis relacionadas a	
	Adesão	Não Adesão
<b>Tratamento</b> Tuesca-Molina et al, 2006 Mochel et al, 2007 Block, Melo, Nogueira, 2008 Gohar et al, 2008 Velandia-Arias, Rivera-Alvarres, 2009	Níveis tensionais controlados Aceitar o diagnóstico Uso de assistência complementar por mulheres	Níveis tensionais elevados Hospitalização prévia Esquecer o medicamento
<b>Doenças associadas</b> Tuesca-Molina et al, 2006 Melano-Carranza; Ojeda; Ávila, 2008 Mendoza-Parra; Merino; Barriga, 2009 Dosse et al, 2009	Diabetes Mellitus Cardiopatía isquêmica	2 enfermidades crônicas além da HAS Ter incontinência urinária Depressão moderada a intensa Deterioração moderada do estado mental
<b>Serviço de saúde</b> Bovet et al, 2002 Tuesca-Molina et al, 2006 Araújo, Guimarães, 2007 Mochel et al., 2007	Integração em unidade de cuidado primário multiprofissional: Programa de Saúde da Família	Visita domiciliar da equipe de saúde com lapso de 2-6 meses Falta de medicamentos na unidade de saúde



VARIÁVEIS RELACIONADAS À ADESÃO E NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO:  
UMA REVISÃO INTEGRATIVA

<p><b>Usuário</b> Marín-Reyes; Rodriguez-Morán, 2001 Bovet et al., 2002 Johnell et al., 2005 Santos et al., 2005 Melano-Carranza; Ojeda; Ávila, 2008 Velandia-Arias, Rivera-Alvares, 2009</p>	<p>Necessidade de ajuda para + de duas AVD Maior capacidade de autocuidado Apoio familiar quanto a tomada de medicamentos Melhor função física em &gt; 60 anos Melhor qualidade de vida &gt; 60 anos</p>	<p>Baixa escolaridade Consumir bebida alcoólica Não ter desejo para parar de fumar Não ter apoio familiar para a prática de exercícios físicos Não ter dinheiro para comprar medicamentos Dependência parcial ou moderada para realizar AVD Baixa participação social</p>
---	--	---

As variáveis de adesão relacionadas ao tratamento foram os níveis tensionais controlados, a aceitação do diagnóstico e o uso de assistência complementar por mulheres. O estudo realizado por Block, Melo e Nogueira, (2008) mostrou que os usuários com maior adesão apresentaram menores níveis tensionais e maiores reduções da pressão arterial. No mesmo estudo, a pressão arterial de consultório foi maior nos usuários sem adesão dos que nos com adesão ( $p < 0,01$ ).

Ao investigarem comportamentos de adesão a terapêutica Velandia-Arias e Rivera-Alvares (2009) encontraram a aceitação do diagnóstico de hipertensão arterial um dos preditores de adesão em 91,5% da amostra. Esse fator pode estar relacionado às características da doença, com sua cronicidade e sem eventos aparentes durante um período de tempo prolongado, o que está associado ao abandono do tratamento. Desse modo a aceitação do diagnóstico prevê uma maior responsabilidade do usuário em relação aos comportamentos de adesão.

Gohar et al., (2008) ao estudar o autocuidado quanto ao uso de medicamentos encontrou uma significância estatística entre o uso de terapias complementares (terapias alternativas como acupuntura, ioga, meditação, aromaterapia, etc.) em portadoras de hipertensão do sexo feminino, as quais apresentaram perfeita adesão ( $p = 0,02$ ). A mesma análise não foi significativa para os homens.

As variáveis relacionadas à não adesão, associadas ao tratamento foram níveis tensionais elevados (BLOCK, MELO, NOGUEIRA, 2008), hospitalização prévia (TUESCA-MOLINA et al.,

2006) e esquecimento da medicação (MOCHEL et al., 2007). Tucsca-Molina et al. (2006) realizaram um estudo para determinar o não cumprimento terapêutico em pessoas maiores de 60 anos na Espanha, encontraram em análise multivariada a variável hospitalização prévia associada de forma independente e estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Mochel et al. (2007) encontraram que o principal motivo de não adesão era o esquecimento da medicação relatado por 47,7% da amostra como fator impeditivo.

Quanto ao fator doenças associadas, a associação entre diabetes e hipertensão ( $p < 0,01$ ), e cardiopatia isquêmica e hipertensão ( $p < 0,01$ ) são variáveis associadas à adesão ao tratamento mostrada por Melano-Carranza, Ojeda e Ávila (2008). Os autores enfatizam que os adultos maiores de 60 anos devem receber um tratamento diferente ao da população geral já que, ao prescrever o tratamento anti-hipertensivo, se devem considerar as enfermidades crônicas concomitantes, frequentes nas pessoas deste grupo de idade.

Analisando pelo polo de não adesão, a presença de duas enfermidades crônicas além da hipertensão ( $p < 0,05$ ) surge como complicador para a adesão, o que reflete de maneira indireta que o sujeito deve ter um elevado consumo de medicações que possibilitam sua interação e favorecem o desenvolvimento de reações adversas, as quais representam um impacto na comodidade e qualidade de vida (TUESCA-MOLINA et al., 2006).

A variável incontinência urinária ( $p < 0,01$ ), encontrada por Melano-Carranza, Ojeda e Ávila (2008) se associou a não adesão. Segundo os pesquisadores o tratamento da hipertensão não complicada se baseia no uso de diuréticos, e esses apresentam vantagens quando usados nos adultos maiores, por seu baixo custo e fácil administração. No entanto, esses fármacos podem produzir ou descompensar a incontinência urinária, o que pode provocar a falta de adesão.

Em estudo realizado por Mendoza-Parra, Merino e Barriga (2009) ao buscarem os fatores preditivos da não adesão ao tratamento em adultos maiores a partir da investigação da

dependência funcional, transtornos de memória, percepção de bem estar, maltrato e depressão em uma região do Chile, mostraram associação significativa entre a presença de depressão moderada a intensa e a deterioração moderada do estado mental. Esse fato está diretamente associado à perda da memória e não permitirá ao indivíduo recordar os horários, as doses, ou o lugar onde se guardam os medicamentos. Os sintomas depressivos favorecem o desenvolvimento de dependência funcional e por isso é necessário o reconhecimento sistemático dessas enfermidades durante a avaliação clínica do adulto maior.

O fator relacionado ao serviço de saúde associado à adesão foi investigado por Araújo e Guimarães (2007) que avaliaram a implantação do Programa de Saúde da Família sobre o controle da hipertensão arterial. Os autores acompanharam três equipes de saúde no período de 2003 a 2005 e observaram que no início do tratamento 28,9% dos usuários apresentavam PA<140/90 mmHg, contrastando com 57% ( $p<0,01$ ) no final do estudo, significando aumento de 97,2% no percentual de normalização da PA e mostrando que a integração em unidade de cuidado primário multiprofissional (Estratégia Saúde da Família) é uma variável associada à adesão.

Bovet et al. (2002), em pesquisa realizada em Seychelles, África, relatam que a baixa adesão em pessoas no primeiro ano de tratamento para a doença está associada com um mau acompanhamento médico, nos serviços de saúde primários, enquanto a adesão satisfatória está naqueles em que fazem um acompanhamento regular durante o primeiro ano de descoberta da doença.

A visita médica com lapso de 2 a 6 meses foi outra variável associada a não adesão, em uma pesquisa espanhola. As razões para se argumentar isso supõe que em visitas mensais se reforcem as indicações médicas na visita e uma maior interação entre profissional-usuário, o qual favorece a aliança terapêutica (OR 0,74, IC95%), (TUESCA-MOLINA et al., 2006).

A falta de medicamento na unidade de saúde foi encontrada por Mochel et al. (2007) como fator de não adesão.

As variáveis de adesão relacionadas ao usuário foram: necessidade de ajuda para mais de duas Atividades da Vida Diária (AVD); apoio familiar quanto à tomada de medicamentos; maior capacidade de autocuidado; melhor função física e melhor qualidade de vida em maiores de 60 anos.

Os usuários com dependência para realizar mais de duas AVD têm uma melhor adesão ao tratamento para controlar a hipertensão, pois, na maioria das vezes, existe a supervisão de uma segunda pessoa para administrar o dinheiro, cozinhar e outras atividades cotidianas que se refletem em uma melhor adesão (MELANO-CARRANZA, OJEDA, ÁVILA, 2008). O apoio familiar foi investigado por Marín-Reyes e Rodríguez-Morán (2001) e se associou principalmente a condutas que motivam o usuário a tomar seus medicamentos ( $p < 0,0001$ ).

Em contrapartida, a maior capacidade de autocuidado foi investigado por Velandia-Árias e Rivera-Álvares (2009), onde os resultados mostram correlação moderada positiva (Spearman 0,413), significando que quando o indivíduo possui melhores capacidades de autocuidado, conta com maiores habilidades para adesão ao tratamento, seja farmacológico ou não farmacológico.

A capacidade de autocuidado foi medida por meio de um instrumento elaborado a partir da Teoria do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Trata-se da Escala *Apreciación de la agencia de autocuidado ASA*, que consta de 24 itens tipo likert de quatro alternativas de resposta. A escala busca elucidar o processo de participação dinâmica das pessoas com sua própria saúde. O processo sobre o qual as pessoas discernem sobre os fatores que devem ser controlados ou tratados, decidindo o que podem ou deveriam fazer a respeito desta regulação, valorizando a reflexão sobre suas capacidades específicas para comprometer-se, ficando implícita a responsabilidade no cuidado de sua própria saúde (VELANDIA-ÁRIAS, RIVERA-ÁLVARES, 2009).

A melhor função física em mulheres ( $p=0,003$ ) e melhor qualidade de vida em homens maiores de 60 anos ( $p=0,01$ ) se associa a melhor adesão (MELANO-CARRANZA, OJEDA, ÁVILA,

2008). Interpreta-se que os homens que cumprem o tratamento e têm um adequado controle pressórico mostram melhor qualidade de vida no componente de saúde geral e as mulheres mostram melhor qualidade de vida no componente físico. Isso indica que quem mostra um bom cumprimento terapêutico controla mais sua hipertensão e tem melhor qualidade de vida.

Quanto às variáveis de não adesão relacionadas ao usuário, a baixa escolaridade se associou a hipertensão não tratada com associação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) (MELANO-CARRANZA, OJEDA, ÁVILA, 2008). A ingestão de álcool  $< 100\text{g}/\text{dia}$  ( $p = 0,064$ ) foi constatada no mesmo estudo e corrobora com os achados de Bovet et al. (2002).

Outro comportamento de adesão que apresenta maior dificuldade para ser seguido é parar de fumar. Velandia-Arias e Rivera-Álvares (2009) apontam que 48% das pessoas não aderentes ao tratamento reportam que nunca ou quase nunca pararam de fumar ou diminuíram a quantidade de cigarros por dia.

Marín-Reyes e Rodríguez-Morán (2001) encontraram associação estatisticamente significativa entre a falta de apoio familiar na realização de exercícios físicos e a não adesão ao tratamento. O apoio familiar para uma boa adesão é importante, pois permite a incorporação de um novo estilo de vida com a ajuda de pessoas com referência para o hipertenso.

Não ter dinheiro para a compra de medicamentos surgiu como fator de não adesão no estudo de Santos et al. (2005) onde 14% dos não aderentes ficavam sem a medicação por falta de recursos financeiros. Ressaltam ainda que é rotineiro no acompanhamento de hipertensos irregularidades no tratamento medicamentoso, relacionado à falta de recursos financeiros. Apesar da despesa com medicamentos representar grande parte do investimento em saúde pública, em países como o Brasil, a dispensação gratuita não cobre as necessidades correntes.

A dependência parcial ou moderada para realizar atividades da vida diária, foi um fator determinante para não adesão, refletindo a dependência funcional de idosos do Chile. Esse achado

mostra que conforme aumenta a proporção de pessoas com idade avançada que não contam com suficientes recursos e que sofrem de desigualdades na atenção à saúde, também aumentam o número dos que padecem com incapacidade e que sofrem os efeitos negativos tanto do isolamento físico como emocional. O maior risco de deterioração da qualidade de vida está nas pessoas que não têm apoio familiar (MENDONZA-PARRA; MERINO; BARRIGA, 2009).

Johnell et al., (2005) analisaram a associação em baixa adesão a anti-hipertensivos e a baixa participação social e encontraram que pessoas com menos de 3 participações sociais (teatro, cinema, exposição de artes, igreja, eventos desportivos, etc.) nas duas últimas semanas tinham, em média mais de duas vezes maior probabilidade de relatar baixa aderência com anti-hipertensivos durante as duas últimas semanas do que aqueles com boa participação social (OR = 2,28, IC 95%: 1,16-4,49). As redes sociais, que estão ligadas à participação social, podem promover normas comuns em torno de comportamentos de saúde, adesão ao tratamento, o que poderia explicar o caminho entre as redes sociais e de saúde comprometida.

## CONCLUSÃO

No que tange aos fatores explicativos da adesão ao tratamento, essa revisão aponta para a multicausalidade, as variáveis encontradas que possuem poder estatístico relacionadas à adesão e à não adesão se enquadraram em quatro categorias: os fatores relacionados ao tratamento, às doenças associadas, aos serviços de saúde e ao usuário.

Na categoria fatores relacionados ao tratamento, as variáveis aceitar o diagnóstico, ter níveis tensionais controlados e utilização de assistência complementar por mulheres associaram-se à adesão ao tratamento. Por outro lado, ter níveis tensionais elevados, hospitalização prévia e esquecer o medicamento associaram à não adesão.

Nos fatores relacionados às doenças associadas ter diabetes mellitus ou cardiopatia isquêmica associou-se à adesão. Por

outro lado, os resultados apontam que a associação com duas enfermidades além da hipertensão é preditor de não adesão.

Em relação ao serviço de saúde a integração do hipertenso em unidade de cuidado primário e a assistência multiprofissional dispensada em programas como o Saúde da Família prediz comportamento de adesão à terapêutica recomendada. Em contrapartida, as variáveis visita domiciliar com lapso de 2 a 6 meses e falta de medicamentos nas unidades de saúde predizem o contrário.

Quanto ao usuário observamos uma diversidade de variáveis comportamentais, sociodemográficas, físicas e psicológicas influenciando a adesão ao tratamento da hipertensão. Em suma, os resultados alcançados podem favorecer a reorientação dos serviços de saúde que atendem a essa demanda, pois elucidam os pontos fortes e fracos associados à problemática da adesão ao tratamento da hipertensão, facilitando que os profissionais de saúde em seu atendimento consigam detectar mais facilmente os usuários com dificuldade de seguimento terapêutico, podendo, assim, desenvolver uma abordagem diferenciada junto a estes. Pontuamos também a utilização desses resultados para a construção de instrumentos metodológicos com objetivo de avaliar a adesão.

## **VARIABLES RELATED TO ADHERENCE AND NON-ADHERENCE TO THE HYPERTENSION TREATMENT: AN INTEGRATIVE REVIEW**

**ABSTRACT:** Hypertension can be controlled, since the user follows the proposed therapy, being it with medication or not. However, it is known that the maintenance of blood pressure levels within the recommended limits is unsatisfactory, which is due to the difficulty in treatment compliance. This study aimed to analyze in the scientific production which are the sociodemographic, clinical and behavioral variables statistically associated with adherence or non-adherence to treatment of hypertension. This is an Integrative Review of the literature in databases Scielo Public Health, Bio Med

Public Health and LILACS. The descriptors were: hypertension, adherence, compliance, test, epidemiologic studies, epidemiology and measurement used together. Thirteen articles were mobilized, of which eight carried out in the American continent, three in the European and one in the African continent. We identified four factors related to adherence and non-adherence: treatment, associated diseases, the health service and the factors related to the user.

**Keywords:** Hypertension. Patient cooperation. Review.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 368-74, 2007.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 35-38, 2006.

BLOCH, K. V.; MELO, A. N.; NOGUEIRA, A. R. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 12, p. 2979-2984, 2008.

BOVET, P. et al. Monitoring one-year compliance to antihypertension medication in the Seychelles. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, n. 1, p. 33-39, 2002.

DAMASCENO, P. D. L, et al. Estudo da adesão ao tratamento farmacológico da Hipertensão Arterial. **REPM**, v. 2, n. 4, p. 41-48, 2008.

DIB, M. W.; RIERA, R.; FERRAZ, M. B. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 125-31, 2010.



DOSSE, C., et al. Fatores associados à não adesão dos usuários ao tratamento de hipertensão arterial. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 201-06, 2009.

GOHAR, F., et al. Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, v. 8, n. 4, on line, Não paginado. 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6882/8/4>>. Acesso em: maio 2010.

GUSMÃO, J. L., et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras Hiptens**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

JOHNELL, K., et al. Low adherence with antihypertensives in actual practice: the association with social participation – a multilevel analysis. **BMC Public Health**. v. 5, n. 17, on line, Não paginado, 2005. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/5/17>>. Acesso em: jun. 2010.

MARÍN-REYES, F.; RODRÍGUEZ-MORÁN, M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. **Salud pública de México**, v. 43, n. 4, p. 336-39, 2001.

MELANO-CARRANZA E.; OJEDA L. A.; ÁVILA-FUNES, J. A. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores: resultados del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. **Rev Panam Salud Publica**, v. 23, n. 5, p. 295–302, 2008.

MENDES, K. S; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVAO, M. C. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto de enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MENDOZA-PARRA, S.; MERINO, J. M; BARRIGA, O. A. Identificación

de factores de predicción del incumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos de una comunidad del sur de Chile. **Rev Panam Salud Publica**, v. 25, n. 2, p. 105-12, 2009.

MOCHEL, E. G., et al. Avaliação do tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica em usuários da rede pública em São Luiz (MA). **Rev Saude Pública Bahiana**, v. 31, n. 1, p. 90-101, 2007.

PEDROSO, E. R. P.; OLIVEIRA, R. G. **Blackbook**: clinica médica. Belo Horizonte: Blackbook editora, 2007.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

REINERS, A. A. O., et al. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, (Sup 2), p. 2299-2306, 2008.

SANTA-HELENA, E. T. **Adesão ao tratamento farmacológico de usuários com hipertensão arterial em unidades de saúde da família em Blumenau, SC**. Tese. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2007.

SANTOS, Z. M. S. A., et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto de Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SOUZA, W. A. **Avaliação da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos e humanísticos na investigação da hipertensão arterial**. Universidade Federal de Campinas – Tese. Campinas, SP, 2008.

TUESCA-MOLINA, R., et al. Determinantes del cumplimiento terapéutico en personas mayores de 60 años en España. **Gac Sanit**, v. 20, n. 3, p. 220-7, 2006.

VELANDIA-ARIAS, A.; RIVERA-ÁLVAREZ, L. N. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. **Rev. salud pública**, v. 11, n. 4, p. 538-548, 2009.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 6. **Rev. Bras. Hiper**, v. 17, n. 1, p. 4-63, 2010.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J Adv Nurs**. v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

WHO. World Health Organization. **Adherence to long term therapies: evidence for action**. WHO, Geneva, 2003.