



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Adesão as intervenções terapêuticas na hipertensão arterial centradas na atenção primária: revisão de literatura

Fabielle de Oliveira Rocha de Brito

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

UFBA/SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira

Brito, Fabielle de Oliveira Rocha de
B862 Adesão as intervenções terapêuticas na hipertensão arterial centradas na
atenção primária: revisão de literatura / Fabielle de Oliveira Rocha de Brito.
Salvador: FOR, de Brito, 2014.

VIII., 55 fls.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão do Curso de
Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB) da Universidade Federal da
Bahia (UFBA).

1. Hipertensão. 2. Adesão à medicação. 3. Atenção primária à saúde. I.
Vilasbôas, II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina. III. Título.

CDU: 616.12-008.331.1



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Adesão as intervenções terapêuticas na hipertensão arterial centradas na atenção primária: revisão de literatura

Fabielle de Oliveira Rocha de Brito

Professor orientador: Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2014.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Agosto, 2014

Monografia: *Adesão as intervenções terapêuticas na hipertensão arterial centradas na atenção primária: revisão de literatura*, de **Fabielle de Oliveira Rocha de Brito**

Professor orientador: **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**

COMISSÃO REVISORA:

- **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas** (Presidente, Professor orientador), Professora do Departamento de Saúde Coletiva I do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.
- **Roque Aras Júnior**, Professor do Departamento de Medicina Interna e Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Mônica Angelim Gomes de Lima**, Professora do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Diana Rodrigues Cerqueira**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós graduação em Patologia (PPgPat) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO: Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no VII Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2014.

“Perder-se também é caminho”
(Clarice Lispector)

À minha linda família.

EQUIPE

- Fabielle de Oliveira Rocha de Brito, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Correio-e: emaildefabi@hotmail.com.
- Ana Luiza Queiroz Vilasbôas, Instituto de Saúde Coletiva/ISC. Correio-e: analuvilas@gmail.com.

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)
- Instituto de Saúde Coletiva (ISC)

FONTES DE FINANCIAMENTO

1. Recursos próprios.

AGRADECIMENTOS

- ◆ À minha Professora orientadora, **Ana Luiza Queiroz Vilasbôas**, pelo apoio constante e as orientações concedidas sempre com muito afeto.
- ◆ Aos Professores **Roque Aras Júnior, Mônica Agelim Gomes de Lima e Luiz Fernando Fernandes Adan**, pela solicitude demonstrada ao serem convidados para compor a Comissão Revisora desta Monografia.
- ◆ À Doutoranda **Diana Rodrigues Cerqueira**, pela atenção prestada a este trabalho mesmo antes de conhecê-lo.

SUMÁRIO

ÍNDICE DE QUADROS	2
ÍNDICE DE SIGLAS	3
I. RESUMO	4
II. OBJETIVOS	5
III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
IV. METODOLOGIA	11
V. RESULTADOS	13
VI. DISCUSSÃO	43
VII. CONCLUSÕES	49
VIII. SUMMARY	51
IX. REFERÊNCIAS	52

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Palavras chave utilizadas para a seleção dos artigos nas bases de dados bibliográficos Pubmed e SciELO	12
Quadro 2: Relação de artigos utilizados na revisão por ano de publicação, tipo de estudo, método de avaliação da adesão, população, intervenção, local e duração da intervenção, desfechos e resultados	24
Quadro 3: Estratégias de Intervenção relacionados por artigos	39

ÍNDICE DE SIGLAS

AIDS:	Adquired Immunodeficiency Syndrome
CC:	Circunferência de Cintura
DCNT:	Doenças Crônicas não transmissíveis.
DCV:	Doenças Cardiovasculares.
HA:	Hipertensão Arterial
HAS :	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HIV:	Human Immnodeficiency Vírus.
IMC:	Índice de Massa Corpórea
JNC:	Joint, National Committee
LDL:	Low Density Lipoprotein.
MG:	Minas Gerais
PA:	Pressão Arterial
PAD:	Pressão Arterial Diastólica
PAS:	Pressão Arterial Sistólica
PDC:	Porcentagem de Dias Cobertos

RESUMO

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura do tipo “scoping review” acerca da adesão terapêutica de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no âmbito da Atenção Primária à Saúde. A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, de grande morbi-mortalidade no Brasil e no mundo. Embora se tenha um arsenal relativamente grande de drogas para o seu controle, o tratamento baseado em medidas medicamentosas e não medicamentosas, muitas vezes não surte grandes efeitos, levando a sérias complicações clínicas e custos financeiros elevados. A adesão ao tratamento é de grande importância para se atingir resultados positivos no controle da HA e tem sido foco de muitos estudos. Objetiva-se com este trabalho sistematizar as intervenções sobre a adesão à terapêutica anti-hipertensiva, seja ela medicamentosa e não-medicamentosa, realizadas na Atenção Primária. Foram utilizados estudos encontrados nas bases de dados Pubmed e SciELO sem restrições quanto aos desenhos de estudo e ano de publicação e que contemplassem as palavras chaves: hipertensão arterial, adesão ao tratamento e atenção primária à saúde. Foram encontrados 2.642 artigos, sendo ao final, selecionados 15 de acordo com os critérios de inclusão adotados. Os resultados sugerem que não existem estratégias ideais para lidar com não adesão terapêutica na hipertensão, as intervenções devem ser ponderadas de acordo o contexto social. Estratégias educativas e comportamentais foram as intervenções mais estudadas e demonstram boa eficácia. Trabalho multidisciplinar foi mais eficiente do que estratégias aplicadas por profissional de uma única profissão. A visita domiciliar pode facilitar a implementação de intervenções para melhorar a adesão. Estratégias de melhoria da adesão ao tratamento da hipertensão baseadas na entrega de materiais educativos ainda necessitam de maiores estudos para verificar sua eficácia. Uso de ligações telefônicas e de meios eletrônicos não demonstram sozinhos, impactos na adesão. Intervenções que visam melhorar adesão a anti-hipertensivos e antidepressivos em pacientes com ambas morbidades mostram bons resultados.

Palavras chave: 1. Hipertensão, 2. Adesão à medicação, 3. Atenção primária à saúde.

OBJETIVO

Sistematizar intervenções sobre adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa centradas na Atenção Primária à Saúde em portadores de Hipertensão Arterial.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O século XX foi notadamente marcado por grandes transformações mundiais que levaram a transições de caráter epidemiológico, demográfico e nutricional. Essas transformações culminaram com significativas reduções das taxas de fecundidade, natalidade, aumento da expectativa de vida e consequentemente da população de idosos (Malta et al., 2006).

Nesse contexto, pode-se observar um crescimento vertiginoso das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no perfil de morbi-mortalidade mundial. A partir da década de 60, o Brasil segue esta tendência mundial de transição, e se vê diante deste novo contexto epidemiológico. Ao contrário dos países desenvolvidos em que as transições referidas ocorreram lentamente ao longo de várias décadas, o Brasil seguiu o padrão dos países pouco desenvolvidos em que esse processo ocorreu num menor espaço de tempo, com repercussões negativas afetando diretamente o sistema de saúde (Malta et al., 2006).

Na atualidade, cerca de 75% dos agravos que acometem a população brasileira são considerados como doenças crônicas não transmissíveis, evidenciando a grande mudança no perfil epidemiológico do Brasil que antes verificava as maiores taxas de morbi-mortalidade relacionadas às doenças infecciosas e parasitárias. Isto decorre principalmente da maior urbanização, de melhorias no manejo de diversas doenças, nas mudanças dos hábitos de vida da população, dentre outros fatores (Malta et al., 2006).

A etiologia das DCNT é multifatorial. A maioria das doenças que englobam este grupo possui fatores de risco modificáveis e muitas vezes compartilhados entre vários desses agravos (Malta et al., 2006). Essas doenças oferecem ameaças sérias à vida, sobretudo em países de pouco desenvolvimento, por provocarem uma diminuição da qualidade e da expectativa de vida da população acometida.

No Brasil, cerca de 72% das mortes ocorridas em 2007 podem ser atribuídas às DCNT. Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares são as maiores responsáveis pelas mortes no Brasil e neste contexto se destaca com enorme expressão, a doença cardíaca hipertensiva (Schmidt et al., 2011). Inquéritos populacionais realizados em municípios brasileiros indicam uma variação na taxa de prevalência de hipertensão arterial entre 22,3% e 43,9% em adultos moradores da zona urbana. (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Essa patologia está frequentemente associada com

alterações da função e da estrutura de órgãos- alvo tais como o coração, vasos sanguíneos, rins e encéfalo, bem como com alterações metabólicas que promovem um risco aumentado de problemas cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

Diversos fatores tem sido associados à ocorrência de hipertensão arterial. Entre estes encontram-se o maior consumo de sal, maior índice de massa corpórea e menor nível socioeconômico (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004). Ingestão de álcool e sedentarismo também tem sido apontados como fatores associados ao aumento da prevalência de HAS (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

O diagnóstico de HAS é realizado pela detecção de níveis de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, em medidas de consultório, validado por medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões diferentes (Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010).

Em todo o mundo a HAS apresenta altas taxas de prevalência e baixas taxas de controle sendo um grave problema de saúde pública. Trata-se de um dos principais fatores de risco modificáveis no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. (Brasil, 2006; Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

Uma grande frequência de internações e um alto custo médico e sócio-econômico também tem sido atribuído a HAS e a DCV (Doenças cardio vasculares). Devido ao fato de serem doenças que tem, em geral, longa duração, a demanda por procedimentos e ações em saúde é alta. O Ministério da Saúde estima que se gaste cerca de R\$3,8 bilhões ambulatorialmente e R\$3,7 bilhões em internações hospitalares por ano com DCNT. Outros gastos que não dispõem de estudos para sua avaliação devem ser lembrados, tais como o absenteísmo, as aposentadorias precoces e a diminuição da produtividade (Malta et al., 2006).

Diante dessa situação, observa-se a necessidade de implementar medidas de prevenção e controle da HAS. A rede básica de saúde, onde ocorrem práticas de Atenção Primária, tem enorme importância nas estratégias de controle da HAS, tanto no diagnóstico clínico da doença quanto na condução terapêutica do quadro, mas sobretudo nas intervenções de promoção e prevenção do surgimento de novos casos. A prevenção primária e a detecção precoce de casos são as melhores formas de se evitar as doenças e devem ser a metas principais dos profissionais de saúde (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

A Hipertensão Arterial é citada como uma doença silenciosa e em muitos casos a doença sequer é diagnosticada. Evidencia-se assim a necessidade de diferentes abordagens intervencionistas na tentativa de prevenir e tratar a HAS. Nessa perspectiva, a identificação

precoce dos casos de HA e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde são elementos cruciais para o sucesso do tratamento. O acompanhamento contínuo do portador de HAS no âmbito da atenção básica poderá evitar vários danos conseqüentes da progressão da doença, melhorando a qualidade de vida do portador e evitando internações hospitalares e de mortalidade por causas cardiovasculares (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

O controle inadequado da pressão arterial em pacientes já sabidamente hipertensos resulta principalmente de falta de adesão ao tratamento, no qual se inclui o comparecimento às consultas, o uso regular do esquema terapêutico, a adoção de um estilo de vida saudável e, sobretudo, o compromisso com a própria saúde. Dessa forma, a promoção de medidas que melhorem a adesão dos hipertensos ao tratamento traria grandes benefícios (Nobre et al., 2001)

A problemática da não-adesão a tratamentos medicamentosos tem assumido grande importância nas últimas décadas (Leite e Vasconcellos, 2003). Embora assumam variações entre as diversas sociedades e mesmo dentro de contexto sócio-culturais menores, visto a grande variedade de fatores que implicam em sua ocorrência, “a não-adesão, em algum grau, é universal” (Jordan et al., 2000 apud Leite e Vasconcellos, 2003, p.776).

Há uma grande variação entre os conceitos de adesão existentes na literatura. Mas sua abordagem geralmente tem relação com o seguimento das terapias prescritas, seja ela medicamentosa ou não, em ao menos 80% daquilo que era previsto (Leite e Vasconcellos, 2003). Em uma conceituação bastante genérica do termo “considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente” (Manfroi e Oliveira, 2006, p.167).

Uma revisão acerca do tema adesão à terapêutica medicamentosa identifica vários aspectos relacionados ao problema da não adesão. Um dos fatores mais citados é a influência social sobre o fenômeno, sobretudo quando esta é estratificada por faixa salarial e escolaridade. Assim sendo, a falta de acesso ao medicamento é um fator bem marcante neste contexto e foi demonstrado em um dos estudos descritos pela revisão supracitada que é o principal fator de baixa aderência de idosos a tratamentos. Além disso, um maior número de medicamentos prescritos também é causa de baixa adesão, mesmo quando esses insumos são fornecidos aos pacientes (Leite e Vasconcellos, 2003).

Outros fatores relacionados com o fenômeno de não-adesão é a percepção dos efeitos colaterais por parte do assistido e o tipo de enfermidade tratada, diretamente influenciada pela forma como o paciente enxerga sua doença. Enfermidades com fases assintomáticas e com

menor gravidade parecem estar mais relacionadas com a baixa adesão, neste sentido, a incompreensão da importância do tratamento e da gravidade da doença podem piorar essa questão (Leite e Vasconcellos, 2003).

O fortalecimento da relação-médico paciente tem sido relatado como aliado na busca por maior adesão aos tratamentos. Assim, a linguagem utilizada pelos profissionais de saúde, o acolhimento ofertado ao paciente, o respeito às crenças dos mesmos e abertura para verbalizações e retirada de dúvidas durante as abordagens são determinantes neste processo (Leite e Vasconcellos, 2003).

Em detrimento de grandes avanços científicos e tecnológicos ocorridos nas últimas décadas no controle da hipertensão arterial, tais como a produção de novas drogas anti-hipertensivas e de novas tecnologias diagnósticas para as complicações, a baixa adesão ao tratamento instituído persiste como importante problema a ser enfrentado pelos serviços de saúde no controle da hipertensão arterial.

Diversos fatores estão envolvidos nesta problemática e estão na abordagem geral da adesão em outros tratamentos, podendo ser citados como alguns dos mais importantes, a relação médico- paciente, subjetividades pessoais que incluem a personalidade do paciente e os sentimentos de negação da doença ou descrédito acerca da existência da mesma, a acessibilidade ao serviço de saúde, informações acerca da patologia e da forma que se dá o tratamento, impossibilidade de custear as drogas e dificuldades em seguir a prescrição por desconhecimento, dentre outros (Manfroi e Oliveira, 2006).

Um estudo transversal realizado no Norte do Paraná, na cidade de Londrina, encontrou como principais motivos para a não adesão ao tratamento medicamentoso da Hipertensão, o esquecimento de utilizar o medicamento, a percepção de controle da patologia, os efeitos adversos da terapêutica instituída, a falta de sintomas, a indisponibilidade da medicação na USF, ingestão de bebidas alcoólicas e a restrição pessoal à terapia contínua. Neste mesmo trabalho verificou-se que as maiores taxas de adesão foram encontradas na população de hipertensos que não consumiam bebidas alcoólicas com regularidade, com idade entre 50 e 79 anos, que realizavam consultas médicas ao menos uma vez ao ano e que referiram infarto agudo do miocárdio prévio (Giroto et al., 2013)

O tratamento preconizado atualmente no Brasil inclui duas bases principais: não-medicamentoso e medicamentoso. No primeiro tipo de tratamento deve-se considerar o controle de peso, buscando-se as metas antropométricas de IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ e circunferência abdominal $< 102 \text{ cm}$ para os homens e < 88 para as mulheres; a adoção de estilo alimentar saudável, a redução do consumo de álcool; a cessação do tabagismo para prevenção primária

e secundária dos riscos de DCV; e a prática regular de atividade física (Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

O tratamento medicamentoso para HAS visa à redução da morbimortalidade das DCV. Assim, os anti-hipertensivos deverão não somente melhorar os níveis pressóricos, mas também ser capazes de diminuir os eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Frente a toda a complexidade que envolve a abordagem da HAS pode-se perceber a importância de desenvolvimento e implementação de modelos de atenção à saúde que incluam estratégias diversas, tanto individuais quanto coletivas, para que a qualidade da atenção possa ser melhorada e que se possa atingir um melhor controle dessa patologia, de suas complicações e todas as repercussões negativas que acompanham o quadro. Esse enorme desafio que se faz bastante atual, é sobretudo da Atenção Básica e tem como grande aliado a Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2006).

O papel essencial da Atenção Básica no controle da Hipertensão também já foi bastante reconhecido. É indiscutível também o fato de que embora tantas estratégias já tenham sido implementadas ainda necessitamos de grandes melhorias na abordagem a este agravo, especialmente no que diz respeito à adesão dos portadores dessa condição ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso. Diante desta perspectiva é que se justifica a realização deste trabalho.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de revisão de literatura do tipo “Scoping Review”, definido por Armstrong et al. (2011, p.147) como “um processo de mapeamento da base de literatura ou evidência existente”. Esse tipo de estudo é útil para:

- Identificação de lacunas existentes na investigação;
- Exploração da extensão da literatura em determinado tema, no entanto, não descreve os resultados detalhadamente;
- Identificação de parâmetros apropriados de uma revisão (população alvo, intervenção, comparação e resultados);
- Orientar na construção de revisões sistemáticas.

Difere da revisão sistemática, sobretudo por não avaliar a qualidade dos estudos incluídos.

Arksey e O'Malley (2005) definiram as fases a serem seguidas para um estudo desse tipo, sendo estas: identificar a questão de pesquisa, identificar estudos relevantes, estudar a seleção, mapear os dados, agrupar, resumir e relatar os resultados e realizar a consulta facultativa.

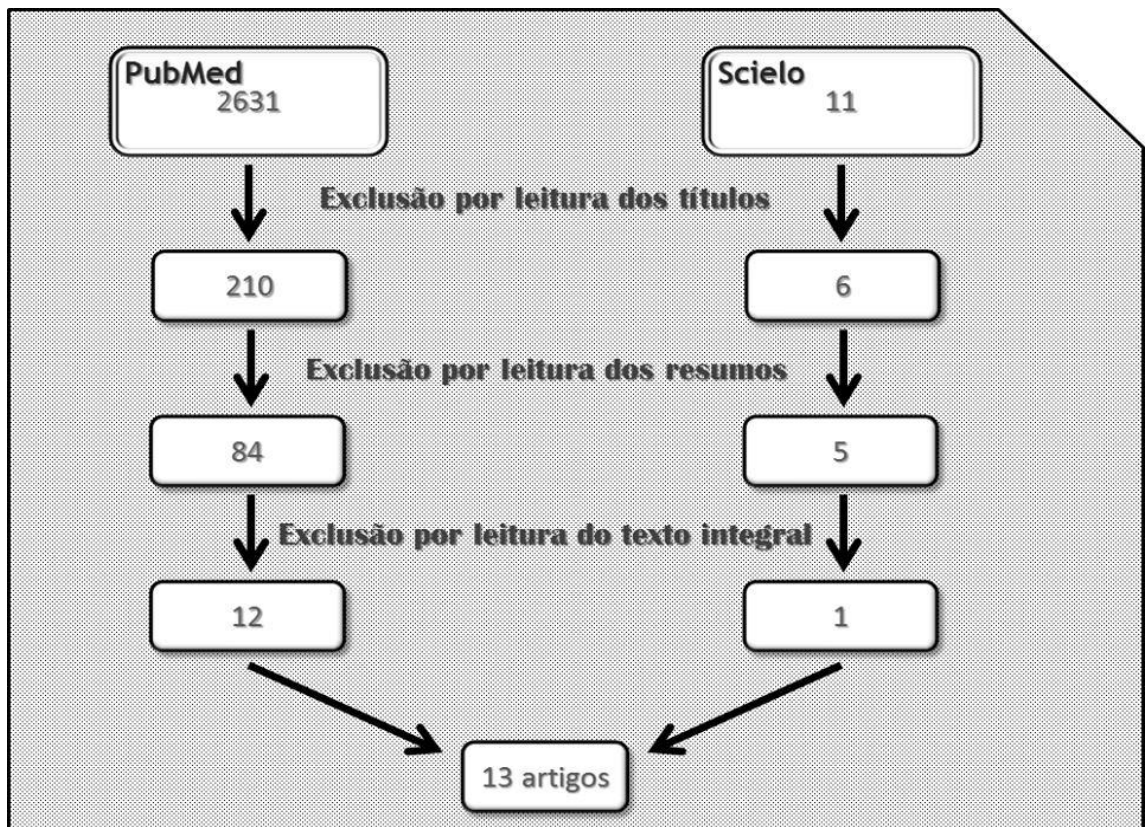
Esta “Scoping Review” foi realizada utilizando-se as bases de dados Pubmed e SciELO. Para a busca na base Pubmed os seguintes Mesh terms foram utilizados: delivery primary health care AND patient adherence AND arterial hypertension que ocorreram concomitantemente nos títulos dos artigos buscados. De forma similar, na base de dados SciELO, foram utilizados os descritores: Hipertensão arterial AND adesão ao tratamento AND Atenção primária (Quadro 1). Foram selecionados estudos publicados apenas nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, sem restrições quanto à duração do estudo, ano de publicação do mesmo, nem quanto aos desenhos utilizados em suas elaborações. Foram excluídos da seleção: artigos não relacionados ao tema objeto de estudo e artigos cujo texto completo não se encontrava disponível gratuitamente pelo portal de periódicos Capes (www.periodicos.capes.gov.br). A seleção dos estudos foi baseada nas três etapas ordenadas a seguir: leitura dos títulos dos artigos, leitura dos resumos e leitura do texto na íntegra. O quadro 1 resume as palavras chave utilizadas na seleção dos artigos.

Quadro 1: Palavras chave utilizadas para a seleção dos artigos nas bases de dados bibliográficos Pubmed e SciELO.

Mesh Terms	Delivery primary health care	Patient adherence	Arterial hypertension
Descritores	Atenção primária	Adesão ao tratamento	Hipertensão arterial

RESULTADOS

A busca realizada nas bases de dados Pubmed e Scielo resultou em um número total de 2642 títulos encontrados, dos quais, 2631 foram encontrados no Pubmed e os 11 títulos seguintes, no Scielo. A partir de então foi realizado a leitura de cada um desses títulos e selecionados aqueles que pudessem apresentar resultados referentes ao que seria pesquisado. Os 210 artigos resultantes dessa primeira seleção foram submetidos em um segundo momento a uma leitura minuciosa de seus resumos, a fim de se entender melhor o teor de cada um destes estudos. A partir de então, foram excluídos os títulos duplicados, bem como aqueles que não estavam condizentes com os objetivos deste trabalho. Um total de 89 artigos foi recuperado para leitura integral dos textos e destes, foi selecionado 13 estudos para fazerem parte do corpo do atual trabalho. De acordo com o objetivo proposto considerou-se os títulos em que estratégias para melhoria da adesão foram relatadas de forma que nos desfechos do estudo, fosse descrita uma medida de adesão. Dos 13 artigos selecionados, 12 são relativos ao tratamento medicamentoso e apenas um é referente ao tratamento não medicamentoso. Verifica-se ainda que 12 destes foram resultantes da pesquisa na base de dados PubMed e um na base Scielo. O fluxograma abaixo ilustra as etapas relacionadas à seleção dos artigos:



A maioria absoluta dos estudos selecionados abordou uma intervenção voltada a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso, sendo estratégias de caráter educativo e comportamental as mais avaliadas. O público alvo foi quase sempre o paciente hipertenso, no entanto, em algumas propostas, o profissional médico também foi envolvido nos grupos de intervenção. Outros profissionais também foram incluídos em algumas metodologias, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas principalmente, mas sempre no papel de agentes realizadores da intervenção. O principal método utilizado para verificação da adesão foi a escala de adesão a medicamentos de Morisky, um método validado e bem aceito internacionalmente para esse fim, porém outros meios baseados em cálculos e registro eletrônico dos comprimidos tomados também foram usados em alguns trabalhos. Desfechos relacionados ao controle da Pressão Arterial eram sempre medidos em associação ao desfecho de adesão. Alguns estudos avaliaram a adesão a medicamentos ou hábitos de vida associados a doenças cardiovasculares, e descreveram claramente a participação da hipertensão dentre estes, no entanto, adesão aos anti-hipertensivos isoladamente foi em geral o mais abordado. Ensaio clínico randomizado foi o tipo de estudo que prevaleceu.

Cutrona et al. (2010 a) revisou sistematicamente ensaios clínicos randomizados que estudaram intervenções para melhorar a adesão aos medicamentos utilizados na prevenção ou tratamento de doenças cardiovasculares ou diabetes, no intuito de verificar quais os “modos de realização” mais eficazes. A análise de um total de 51 estudos, divididos em quatro categorias, verificou que intervenções em que o material educativo foi enviado pelo correio, por fax ou entregues diretamente ao usuário teve poucas repercussões na adesão, sendo que dois terços das intervenções não obtiveram sucesso. O uso de caixas de comprimidos eletrônicos com lembretes programáveis, telefonemas automatizados gerados por computador, e monitoramento da pressão arterial automática em casa tiveram dois terços de sucesso para melhoria da adesão. Cinco de oito estudos com base em telefonemas não automatizados, ou seja, realizados por uma pessoa, mostraram uma melhoria não significativa na adesão, um apresentou melhora significativa, e dois apresentaram melhora significativa com resultados claramente definidos. A monitorização automática de pressão arterial e o uso de pílulas programáveis com lembretes também demonstraram resultados promissores, enquanto que intervenções de adesão entregues via papel ou vídeo mostraram eficácia mínima a menos que dirigido a grupos especialmente susceptíveis de serem sensíveis à mensagem. Intervenções com chamadas telefônicas não foram animadoras. As intervenções que visavam pacientes no momento da alta hospitalar foram mais eficazes do que aqueles focados em pacientes

ambulatoriais. A taxa de sucesso das intervenções dependentes de pessoa foi comparável ou menor do que o de intervenções independente de pessoas.

Em contraposição com o que foi encontrado pela revisão supracitada, o ensaio clínico randomizado desenvolvido por Miyong et al. (2008) - comparando os efeitos de duas formas diferentes de ofertar educação psicocomportamental quais sejam, educação em sala de aula e entrega de material educativo por correio - demonstrou repercussão positiva na adesão a medicamentos em ambas as estratégias. O componente comportamental visava reforçar o conhecimento sobre hipertensão, reduzindo os fatores de risco e fortalecendo a importância do auto-cuidado enquanto o componente psicológico visava ajudar os pacientes no enfrentamento das adversidades cotidiana em uma perspectiva mais otimista. Após três meses de aplicação da estratégia, verificaram-se melhorias bastante semelhantes de níveis pressóricos em ambos os grupos, sendo essas reduções discretamente maiores no grupo de sala de aula. O número de participantes que atingiram as metas de PA no grupo de sala de aula, passou de 35,7% no início do estudo para 78,0% com três meses, e no grupo de correio, passou de 25,9% para 80,2% no mesmo período. Sentimentos de auto-eficácia, conhecimento de hipertensão e crenças de saúde melhoraram de forma semelhante em ambos os grupos. A adesão à medicação passou de score de 3,41 para 3,49 no grupo de sala de aula e de 3,37 para 3,46 no grupo de correio, ambos com boa significância estatística.

Outro ensaio clínico randomizado, conduzido por Hunt et al. (2004), mediu o impacto de materiais educativos sobre hipertensão no controle da pressão arterial utilizando o correio como forma de entrega. A intervenção era baseada no envio de dois pacotes educativos com intervalo de três meses de um para o outro, no qual, no primeiro pacote era fornecida uma visão geral sobre hipertensão e o segundo se focava na adesão ao medicamento e medidas de controle da PA. A comparação entre os grupos que receberam tais pacotes e o grupo controle submetido a cuidados usuais indicou que houve uma tendência de melhor controle de níveis pressóricos no grupo da intervenção, porém sem significância estatística. O conhecimento sobre hipertensão atingiu pontuações maiores no grupo intervenção, porém, não houve significância estatística entre os pacientes que eram capazes de definir a PA alvo entre os dois grupos. Os resultados sobre adesão não apresentaram significância estatística na comparação entre os grupos, endossando aquilo referido pela revisão sistemática.

Cutrona et al. (2010 a) apontam que estratégias baseadas em reuniões com pessoas eram 56% mais prováveis de incorrer em melhora significativa da adesão em comparação com chamadas de telefone (38%). Um método denominado de adesão à terapia baseada na idéia de que as crenças dos pacientes tem impacto em sua adesão ao tratamento, foi testada

em um ensaio clínico randomizado de autoria de Alhalaiga et al. (2012). Adesão à terapia é uma abordagem centrada no paciente trabalhada através de sessões educativas que visam a geração de discrepância, esclarecimentos sobre medicações; troca de informações; exploração da ambivalência, e verificação de crenças. Neste estudo o resultados mostram uma redução da PAS de 23,4mm Hg a mais no grupo intervenção em relação ao grupo controle e também de uma redução da PAD de 15,6 mmHg a mais do que no grupo controle. Foi demonstrado ainda que a adesão ao tratamento foi maior no grupo intervenção (97%) em comparação ao controle que foi de (71%), embora para indivíduos em monoterapia, essas diferenças não foram estatisticamente significantes. A relação entre crença e adesão ao medicamento foi também verificada e concluiu-se que crenças negativas em relação aos medicamentos se correlacionam com a não-adesão enquanto crenças positivas estão associadas à adesão. O grupo intervenção demonstrou crenças mais positivas em relação aos medicamentos. Maior adesão estava associada a melhorias na PA, assim como crenças positivas sobre medicamentos estão associados com menor PAS.

O uso de telefonemas não automatizados para realizar educação em saúde teve melhor eficácia do que a descrita por Cutrona et al. (2010 a), demonstrada apenas com dados preliminares avaliados após seguimento de seis meses, no estudo de Bosworth et al. (2008). Este, comparou cuidados usuais com uma intervenção educacional e comportamental que abordou temas como uso de anti-hipertensivos, memória, apoio social, alfabetização em saúde, conhecimento sobre riscos e comportamentos de saúde (tabagismo, perda de peso, dieta, consumo de álcool, estresse e tomada de decisão participativa) aplicada semanalmente por enfermeiras via telefone a pacientes hipertensos em uso de anti-hipertensivos de um ambulatório de cuidados primários. Verificou-se, nesse estudo, que, no grupo intervenção, ocorreu um aumento de 9% em auto-relato de adesão à medicação em comparação ao início do estudo, e no controle esse melhora na adesão foi de somente 1%. A discussão desse artigo ressalta que a taxa de retenção da amostra foi de 96% em seis meses, demonstrando uma boa aceitação da estratégia. Esse dado é ainda mais importante ao se verificar que 27 % dos participantes tinham baixa alfabetização e 47% eram compostos por minorias raciais, traduzindo boa eficácia em indivíduos supostamente mais vulneráveis.

Uma estratégia comportamental baseada em um programa multimídia projetado para melhorar a adesão à medicação entre pacientes hipertensos foi testado em um grupo de pacientes de uma comunidade rural de baixa renda no Alabama. Este programa era acessado junto aos participantes da pesquisa, por um agente de saúde treinado e era apresentado em quatro sessões, nas quais eram feitas orientações de apoio a questões clínicas em que se

permitia a interação do participante através de criação de metas de adesão e estratégias para atingi-las. Este ensaio clínico randomizado, desenvolvido por Martin et al. (2011) aponta que não houve diferença de adesão ao tratamento da hipertensão entre o grupo que sofreu a intervenção e o grupo controle. Já a revisão feita por Cutrona et al. (2010 a) encontrou que o uso de meios eletrônicos mostraram-se promissores, sendo mais eficazes aqueles com foco no indivíduo e não em grupos, e que usavam algoritmos gerados por computador ou mensagens hierarquicamente estruturadas.

O trabalho realizado por Ribeiro et al. (2012) , um estudo de caso intervencional e de abordagem quali-quantitativa, denominado triangulação de métodos, avaliou uma estratégia de educação voltada para consumo alimentar no enfrentamento da problemática da adesão ao tratamento da HAS em atenção primária, no qual dois grupos de mulheres hipertensas foram formados, sendo que um receberia orientação nutricional voltada para controle da hipertensão em oficinas de saúde, e o outro grupo participaria das mesmas oficinas e adicionalmente receberia orientações no domicílio. Os resultados do estudo apontam para melhorias significativas de parâmetros clínicos como PAS, índice de massa corpórea (IMC), Circunferência de Cintura (CC) e glicemia no grupo em que orientações dietéticas no domicílio estavam presentes, porém, no grupo que apenas frequentou as oficinas, observou-se mudança apenas na medida da CC. 57% das participantes do grupo de orientações em casa referiram perda de peso. A adesão às recomendações dietéticas foi mais eficaz no grupo de visitas domiciliares, pela verificação de haver maior consumo de alimentos protetores e diminuição no consumo de óleo e açúcar e ainda do consumo de sal, no grupo que consumia mais que 15 g de sal por dia. Já no grupo restrito a orientações em oficinas, percebe-se também uma boa adesão as orientações, embora elas estavam mais relacionadas ao menor consumo de alimentos “negativos” do que no consumo aumentado de alimentos protetores.

As visitas domiciliares foram apontadas enfaticamente pelas participantes do estudo de Ribeiro et al. (2012) como de grande importância para otimização do aprendizado tendo em vista a individualização do ambiente, a maior aproximação entre profissional de saúde e usuários do sistema e do maior entendimento da cultura alimentar daquela família, bem como do entrosamento com os demais membros desta. De acordo com o verificado no trabalho de Cutrona et al. (2010 a) intervenções que envolviam visitas domiciliares foram eficazes em metade dos estudos, sendo que nos estudos com resultados satisfatórios sempre se buscava atingir um membro da família como pessoa de apoio.

A relação médico-paciente e sua associação com adesão ao tratamento para hipertensão foi abordada em alguns estudos. Cooper et al. (2011) conduziram um ensaio

clínico randomizado, objetivando avaliar a eficácia de uma intervenção baseada em uma estratégia de treinamento de habilidades da comunicação do médico e do treinamento da comunicação dos pacientes por método aplicado por agentes de saúde comparado com a eficácia de intervenções mínimas. O impacto dessa intervenção foi avaliado através dos seguintes desfechos: comportamentos de comunicação médico-paciente, autocuidado do paciente, a adesão do paciente à medicação, os valores de pressão arterial (PA) e os níveis de controle em 12 meses. Nos resultados encontrados neste estudo, cuja maioria da população (62%) se declarou afro-americana, a adesão à medicação anti-hipertensiva avaliada através da escala de Morisky, não diferiu para qualquer um dos grupos de intervenção em comparação com o grupo em que médico e paciente receberam educação mínima, após 12 meses de acompanhamento em comparação a adesão referida no início do estudo. Embora não tenham sido encontrados melhorias na adesão aos anti-hipertensivos, outros efeitos positivos relacionados à intervenção puderam ser verificados e incluíram melhora em comportamentos de comunicação centrados no paciente, melhoria na interação entre médicos e pacientes na tomada de decisão acerca do tratamento pela facilitação e troca de informações entre estes, e reduções clinicamente significativas na pressão arterial sistólica entre os hipertensos não-controlados no início do estudo.

Nossa busca revelou também estudos que avaliaram a relação entre o trabalho do médico e de outros profissionais de saúde com a adesão ao tratamento para hipertensão, seja comparando a eficácia de intervenções realizadas por esses profissionais separadamente ou mesmo avaliando a eficácia de um trabalho de cooperação entre estes. Em uma revisão sistemática realizada por Cutrona et al (2010 b) em que se verificou a eficácia de estratégias que utilizava médicos comparado com estratégias que dependiam de outros profissionais, em intervenções voltadas a melhoria da adesão aos medicamentos cardiovasculares ou diabetes, ficou demonstrado que as intervenções que não envolviam médicos foram substancialmente mais eficazes do que as intervenções nos quais os médicos foram envolvidos. Havia ainda, uma discreta propensão para grandes ou médios efeitos sobre a adesão em intervenções no qual o médico atuava em uma posição passiva em relação aos estudos em que as intervenções em que os médicos exerciam uma posição mais ativa.

George et al. (2011) revisaram trabalhos australianos acerca do envolvimento do farmacêutico da comunidade na prevenção e gestão de doenças cardiovasculares, visto que existiam alguns trabalhos internacionais que evidenciavam benefícios clínicos significativos de intervenções dos farmacêuticos para uma gama de doenças e atividades preventivas de saúde relacionadas com a diabetes (reduções de HbA1c significativas), cessação do tabagismo

(melhorou as taxas de cessação), hiperlipidemia (redução significativa do colesterol total e colesterol LDL), e hipertensão arterial (redução de níveis de pressão diastólica e sistólica). A melhor adesão aos medicamentos, dentre esses, os anti-hipertensivos, foi apontados em muitos desses estudos internacionais como benefício encontrado. Os estudos australianos corroboraram achados já relatados na literatura mundial. Um dos estudos apontados foi baseado na gestão da hipertensão em seis farmácias comunitárias, sendo que, todos os grupos mostraram uma redução da pressão arterial com o tempo bem como uma tendência para melhor adesão. Em um outro trabalho que fez parte dessa revisão da literatura científica australiana, cuja intervenção incluiu monitoramento da P.A em casa, a formação em auto-monitorização da P.A, entrevista motivacional e uso de lembretes para medicamentos (por mensagem de texto para celular, telefone ou e-mail), o número de pacientes aderentes aumentou de 56,6 % para 72,2% no grupo teste. Outros estudos mostraram ainda a importância do farmacêutico em abordagem de diminuição de risco cardiovascular.

Um ensaio clínico randomizado, descrito por Hunt et al. (2008) avaliou o impacto de cuidados básicos realizados em colaboração entre médico e farmacêutico para o controle da PA, qualidade de vida e satisfação dos pacientes em bases clínicas comunitárias. A intervenção era relativamente simples e contava com uma consulta clínica do paciente ao farmacêutico, onde eram abordadas diversas questões relacionadas aos medicamentos utilizados, hábitos de vida, etc. Os resultados revelaram diferenças significativas na PAS e PAD entre os grupos, apresentando menores valores de PA o grupo que recebeu a intervenção baseada em equipe. Além disso, 62% do grupo intervenção atingiram a PA alvo (<140 x 90 mmHg) em comparação com o controle que foi de 44%. As chances de atingir essa meta era 2,08 maior no grupo intervenção. As diferenças no conhecimento sobre hipertensão não atingiram significância estatística entre os dois grupos, embora tenham apresentado pontuações discretamente maiores no grupo da intervenção. Porém, quando avaliado o conhecimento entre os indivíduos que compunham o grupo intervenção, observou-se melhor desempenho daqueles que conseguiram atingir níveis pressóricos desejados. A adesão entre os grupos não revelou diferenças significativas estatisticamente.

Intervenções em que dois ou mais profissionais (não médicos) estavam envolvidos ou que havia uma combinação de duas ou mais intervenções do tipo educação destinada à pacientes, lembretes de esforço de adesão para pacientes ou estratégias comportamentais, foram as categorias mais bem sucedidas de intervenção na revisão conduzida por Cutrona et al (2010 a). Cutrona et al (2010 b) discute em outro estudo que os profissionais de saúde não médicos, como farmacêuticos e enfermeiros podem desempenhar um papel importante na

melhoria da adesão e que são necessários mais estudos para verificar melhor o papel do médico em estratégias que objetivam melhorias na adesão do paciente a medicamentos.

Dentre os trabalhos recuperados em nossa busca, um tratou especialmente da relação existente entre depressão e adesão a tratamento. A literatura internacional aponta que depressão está associada à baixa adesão a medicamentos anti-hipertensivos. Bogner e Vries (2008) desenvolveram um ensaio clínico randomizado que implementou uma estratégia educacional e comportamental baseada no desenvolvimento de sessões presenciais individualizadas e conversas telefônicas para promover adesão terapêutica medicamentosa, de modo integrado, para depressão e hipertensão arterial. Os resultados desse ensaio apontam que o grupo de intervenção apresentou menos sintomas depressivos em seis semanas comparado ao grupo que recebeu os cuidados habituais. Repercussões positivas foram também evidenciadas na PA, que atingiu uma média de 127,3 mmHg de PAS e 75,8 mmHg de PAD no grupo intervenção em comparação com 141,3 mmHg e 85,0 mmHg no grupo controle. O número de pacientes que atingiu 80% ou mais de adesão a antidepressivos, em seis semanas, foi de 71,9% no grupo de intervenção e 31,3% no grupo controle. Essa gritante diferença foi também verificada quanto aos anti-hipertensivos que atingiu 80% ou mais de adesão em 78,1% dos participantes do grupo de intervenção em comparação com 31,3% no grupo de cuidados habituais.

A intensificação no tratamento medicamentoso para hipertensão, caracterizado como aumento de dose ou acréscimo de classe de antihipertensivo, e a sua relação com a adesão pode ser verificada em um estudo de coorte retrospectivo conduzido por Daugherty et al. (2012). Neste trabalho os autores avaliaram dados de uma população adulta diagnosticada com hipertensão resistente, por um ano a partir da data do diagnóstico, e foi identificado que o controle da pressão arterial passou de 22% no início do estudo para 55% aos 12 meses. Porém, embora tenham evidenciado melhor controle nos níveis pressóricos, a análise bruta da adesão à medicação foi associada apenas marginalmente ao controle da pressão arterial e a análise ajustada não foi estatisticamente significativa.

A maioria dos pacientes com hipertensão resistente foram considerados aderentes aos seus medicamentos anti-hipertensivos (84,7%) no início do estudo supracitado, porém, um ano mais tarde, apenas 42% da amostra se mantinham nesta categoria, que conforme discutido pelos autores, reforça a importância de um acompanhamento contínuo da adesão e pode sugerir que regimes complexos de tratamento medicamentoso podem estar relacionados a menor adesão.

Encontram-se relacionados no Quadro 2 os artigos utilizados na revisão por ano de publicação, tipo de estudo, método de avaliação da adesão, população, intervenção, local e duração da intervenção, desfechos e resultados:

No Quadro 3 estão dispostas as Estratégias de Intervenção encontradas e os estudos que relataram estas intervenções.

Quadro 2: Relação de artigos utilizados na revisão por ano de publicação, tipo de estudo, método de avaliação da adesão, população, intervenção, local e duração da intervenção, desfechos e resultados.

Artigo / Ano de Publicação	Tipo de estudo / Método de avaliação da adesão:	População (número da amostra ou número de estudos) *	Intervenção	Local e duração da intervenção	Desfechos	Resultados
A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients (Cooper	- Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado - Método de avaliação da adesão: Modelo modificado da escala de Morisky de adesão a medicação.	41 médicos de cuidados primários e 279 pacientes com hipertensão	- Médicos: 1) Grupo Intervenção e grupo controle: a) Gravação de um videotape no qual cada médico entrevistaria um paciente simulado. b) Recebimento de uma cópia das diretrizes do JNC - VII e um boletim mensal com as atualizações de estudos recentes. 2) Grupo Intervenção: a) Avaliação do videotape com sua entrevista. b) Realização de	- Local: 14 áreas urbanas com práticas baseadas em comunidade, em Baltimore - Maryland, que atendem principalmente populações de baixa renda e minorias étnicas. - Duração: De Janeiro de 2002 a agosto de 2005,	- Comportamentos da comunicação médica ; - Avaliações de pacientes na tomada de decisão dos médicos; - Envolvimento do paciente nos cuidados; - Informação da adesão aos medicamentos; - Pressão arterial	- Adesão: Não diferiu para qualquer um dos grupos de intervenção em comparação com o grupo em que médico e paciente receberam educação mínima, após 12 meses de acompanhamento.

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

LA et al., 2011)			<p>exercícios acerca da comunicação entre médicos e pacientes. 3) Grupo controle: Sem feedback de sua entrevista até o final do estudo;</p> <p>- Pacientes: 1) Grupo intervenção e controle: Recebimento de boletim mensal de educação em saúde. 2) Grupo Intervenção: a) Agentes de Saúde pediram aos pacientes para relatar sobre todas as mudanças que eles queriam fazer a respeito de interações com seus médicos; b) Ligações de acompanhamentos reforçavam a importância da preparação para as visitas à</p>	<p>com acompanhamento do paciente em 3 e 12 meses.</p>	<p>sistólica e diastólica; - Controle da pressão arterial.</p>	
---------------------	--	--	---	--	--	--

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

			clínicas. c) Recebimento de mensagens bimestrais gravadas que reforçavam o apoio.			
Physician Effectiveness in Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence: A Systematic Review (Cutrona SL et al., 2010)	- Tipo de estudo: Revisão Sistemática; - Método de avaliação da adesão: * *	- População: Adultos (> 18 anos) em uso de medicação para Doença Cardiovascular (incluindo hipertensão) ou Diabetes em regime ambulatorial. - Nº de estudos: 82 estudos.	- Intervenção médico-ativo: um médico participou na concepção e/ou implementação da intervenção; - Intervenção médico-passiva: médicos que tratam o grupo de intervenções receberam potencialmente diferentes informações sobre a adesão à seus pacientes do que os médicos que tratam o grupo controle; - Intervenção: Médicos não envolvidos na intervenção.	- Local e duração da intervenção: **	- Adesão aos medicamentos que tratam Doença Cardiovascular e Diabetes.	- Intervenções que não envolviam médicos foram substancialmente mais eficazes do que as intervenções nos quais os médicos foram envolvidos. - Intervenções em que os médicos estão envolvidos passivamente foram marginalmente mais associadas a grandes ou médios efeitos sobre a adesão do que quando os médicos estavam ativamente envolvidos. - Intervenções em que dois

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

						ou mais profissionais (não médicos) estavam envolvidos ou que havia uma combinação de duas ou mais intervenções do tipo (educação destinada à pacientes, lembretes de esforço de adesão para pacientes ou estratégias comportamentais), foi a categoria mais bem sucedida de intervenção.
The Association between Medication Adherence and Treatment Intensification with	- Tipo de estudo: Estudo de Coorte Retrospectivo. - Método de avaliação da adesão: Porcentagem	Pacientes adultos, com hipertensão resistente.	-Intervenção: intensificação da medicação após diagnóstico de hipertensão arterial resistente (Calculada uma pontuação que avalia o número de vezes em que a intensificação do tratamento ocorre de forma adequada.	- Local: Registro de hipertensão de 2002-2006 de dois planos de saúde da Rede de Pesquisa Cardiovascular. – Duração: seguimento por um ano após a data em	- Pressão Arterial Sistólica. - Adesão a medicação.	- A análise bruta da adesão à medicação foi associado apenas marginalmente ao controle da pressão arterial. - A análise ajustada não refletiu em dados estatisticamente

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

Blood Pressure Control in Resistant Hypertension (Daugherty SL et al., 2012)	de dias cobertos (PDC): número de dias de abastecimento da medicação anti-hipertensiva divididos pelo número de dias no intervalo de observação.	.		que eles foram diagnosticados com hipertensão resistente		significantes. - Ocorreu redução da adesão em 1 ano de acompanhamento. - Aumento da intensidade do tratamento foi significativamente associada com melhor controle da pressão arterial.
The roles of community pharmacists in cardiovascular disease	- Tipo de estudo: Revisão (restrito a artigos australianos).	- População: ***. - Número de estudos: ***	- Intervenções realizadas por farmacêuticos da comunidade ou aplicadas a estes que visavam atividades de prevenção e gestão das Doenças Cardiovasculares.	- Local e duração da intervenção: **	- Adesão a atividades de prevenção e melhor gestão de doenças cardiovasculares. - Medidas clínicas	- Intervenções com base no profissional farmacêutico, pode contribuir para prevenção e gestão de doenças cardiovasculares.

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

prevention and management (George J, Mcnamara K, Stewart K, 2011)	- Método de avaliação da Adesão: **				de acompanhamento como: Pressão arterial, níveis glicêmicos e perfil lipídico.	- A adesão aos medicamentos anti-hipertensivos pode ser melhorada através de estratégias que incluam o farmacêutico.
Adherence therapy for non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled	- Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado. - Método de avaliação da Adesão: Escala de Morisky de Adesão à	- População: Pacientes hipertensos adultos, ≥ 18 anos, com P.A $\geq 140/90$ mm Hg, não aderentes ao tratamento, matriculados em	- Grupo controle: Cuidados habituais (Consultas ambulatoriais mensais com aferição de P.A, avaliação da medicação e de exames laboratoriais e outros cuidados – Grupo intervenção: a) Cuidados usuais; b) Sete sessões de Terapia de adesão (abordagem centrada no	- Local: Ambulatórios de um hospital geral na Jordânia. - Duração do acompanhamento: 11 semanas.	- Diferença na PAS; - Diferença na PAD; - Taxas de adesão à medicação; - Crenças sobre medicamentos. O percentual de adesão foi calculada dividindo-se o	- A terapia de adesão melhorou o controle da PAS e PAD. - Adesão ao tratamento foi maior no grupo intervenção em comparação ao controle. - Crenças negativas em relação aos medicamentos se correlacionam com a

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

Trial (Alhalaiga F et al., 2011)	medicação (avaliar pacientes elegíveis) e percentual de adesão (número de pílulas não tomadas no mês anterior dividido pelo número total prescrito).	programações mensais de acompanhamento nas clínicas participantes. - N = 136	paciente com sessões individualizadas que visam avaliar a adesão baseadas em : geração de discrepância, esclarecimentos sobre medicação, troca de informações, exploração da ambivalência e verificação de crenças) com duração de 20 min ao longo de um período de 7 semanas.		número de pílulas não tomadas no mês anterior pelo número total prescrito.	não-adesão enquanto crenças positivas estão associadas à adesão. - O grupo intervenção demonstrou crenças mais positivas em relação aos medicamentos. - Maior adesão estava associada a melhorias na PA. - Crenças positivas sobre medicamentos estão associados com menor PAS.
Medication Adherence Among Rural, Low-Income	- Tipo de estudo: Ensaio Clínico Randomizado	- População: Adultos de baixa renda em uso de medicação	- Grupo controle: Recebeu através dos agente de Saúde, informações via computador acerca do câncer em quatro sessões. – Grupo	- Local: Comunidades rurais do Alabama marcada pela pobreza extrema.	- Adesão a medicação.	- Não houve diferença de adesão ao tratamento da hipertensão entre o grupo que sofreu a intervenção e o grupo controle.

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

<p>Hypertensive Adults: A Randomized Trial of a Multimedia Community-Based Intervention (Martin MY et. al., 2011)</p>	<p>- Método de avaliação da Adesão: - Taxa de adesão para o período de 6 meses: número de comprimidos tomados pelo participante, dividido pelo número de comprimidos que se espera ser feita de acordo com as instruções de dosagem.</p>	<p>anti-hipertensiva, que recebem o medicamento sem custo, a partir de um departamento de saúde pública ou de um centro de saúde federal qualificado. - n = 434.</p>	<p>intervenção: (estratégia multimídia levado ao participante por um Agente de saúde) Realizada em 4 sessões, através de um: a) "CyberNurse" (gravação de áudio de uma voz feminina fornecendo orientações para o agente de saúde e o participante, permitindo interação e discussão a cada tópico abordado, como o preenchimento de formulários para estabelecer metas de adesão semanais e definindo estratégias para lembrá-los de tomar o medicamentos, dentre outros.); b) "Video Doc" (vídeo informativo e de apoio a questões clínicas da HA); c)</p>	<p>- Duração: ***</p>		<p>- “Esquecer de tomar medicação” e “Dificuldade de chegar à clínica para pegar os medicamentos” são barreiras importantes à adesão.</p>
---	--	--	--	-----------------------	--	---

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

			c) Contato telefônico pelos agentes de saúde para abordar objetivos estabelecidos na visita anterior e reforçar o uso das estratégias.			
Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review (Cutrona SL et al., 2010)	- Tipos de estudo: Revisão Sistemática. - Método de avaliação da Adesão: **	- População: Adultos (idade \geq 18) em uso de medicação para prevenção ou tratamento de doença cardiovascular ou diabetes, em regime ambulatorial ou na transição de	- Modos de realização de intervenções voltadas para melhorar a adesão aos medicamentos utilizados na prevenção ou tratamento de doenças cardiovasculares ou diabetes.	- Local e duração do estudo: **	- Adesão ao tratamento.	- Meios eletrônicos são mais eficazes com foco individual, com uso de algoritmos gerados por computador ou com mensagens estruturados. - Monitorização automática de PA e o uso de pílulas programáveis com lembretes demonstraram resultados promissores. - Intervenções entregues via papel ou vídeo mostrou eficácia

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

		internamento / ambulatorio. - Número de estudo: 51 artigos.				<p>mínima.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções com chamadas telefônicas tiveram pouca eficácia. - Intervenções que envolviam visitas domiciliares foi eficaz apenas em 50% dos estudos. - Intervenções realizadas na farmácia e por farmacêuticos obtiveram boa eficácia. - Intervenções voltadas para pacientes no momento da alta foram mais eficazes do que com pacientes ambulatoriais. - Intervenções dependentes de pessoa foi comparável ou menor
--	--	---	--	--	--	---

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

						do que intervenções independente de pessoas.
A Randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension (Hunt JS et al., 2008)	- Tipos de estudo: Ensaio clínico randomizado. - Método de avaliação da Adesão: Questionário com 4 questões de auto-relato de adesão.	- População: Hipertensos adultos com última pressão arterial sistólica ≥ 160 mmHg e / ou a última pressão arterial diastólica ≥ 100 mmHg. N = 191.	- Grupo controle: Continuaram sua programação normal de atendimento médico. - Grupo intervenção: Participa de consulta com um farmacêutico que revisa medicamentos e hábitos de vida, avalia sinais vitais, verifica as reações adversas a medicamentos, identifica barreiras para a adesão, presta educação, otimiza o regime de anti-hipertensivo, e programa consultas de acompanhamento quando julgar necessário. O farmacêutico discute com o médico de cuidados	- Local: Ambulatórios de atenção primária em Oregon. - Duração: 12 meses.	- Diferença de pressões médias sistólica e diastólica entre os grupos. - Proporção de indivíduos em cada grupo que atingiu uma pressão arterial alvo (<140/90mmHg). - Conhecimento e comportamento de auto-gestão. - Adesão à medicação.	- O grupo controle apresentou menores valores de PA. - Maior proporção de pessoas no grupo intervenção atingiram PA <140 x 90 mmHg. - Os níveis de conhecimento sobre hipertensão não atingiram significância estatística entre os grupos. - Indivíduos que atingiram a PA alvo no grupo intervenção, teve maior desempenho quanto ao conhecimento da hipertensão em

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

			primários o plano de tratamento de hipertensão ou outros problemas clínicos. (Obs: A todos os indivíduos foi enviado materiais educativos sobre hipertensão)			comparação com os que não atingiram a meta. - A adesão entre os grupos não revelou diferenças significativas estatisticamente. - A análise intra-grupo evidenciou melhoras na adesão com um ano de estudo no grupo intervenção, mas com nível de significância marginal ($p < 0,08$).
Integration of Depression and Hypertension Treatment:	- Tipos de estudo: Ensaio clínico randomizado. - Método de avaliação da Adesão:	- População: Idosos hipertensos e com depressão. - N = 64.	- Grupo controle: cuidados usuais. - Grupo intervenção: Sessões presenciais e individualizadas e conversas telefônicas, em 4 semanas, que trabalharam: a) educação	- Local: Prática de cuidados de saúde primários em West Philadelphia. - Duração: 6 semanas.	- Valores de PAS e PAD. - Sintomas de depressão. - Número de pessoas com Adesão > 80% a	- O grupo de intervenção apresentou menos sintomas depressivos em 6 semanas comparado aos cuidados habituais. – A PAS e a PAD atingiram médias

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

A Pilot, Randomized Controlled Trial (Bogner HR e Vries HF, 2008)	Sistema de monitoramento de Eventos de medicação através de tampas com monitoramento microeletrônico		sobre a depressão e hipertensão; b) apoio emocional com encorajamento e alívio do estigma. c) identificação de sintomas alvo para ambas as condições e avaliação dos medicamentos usados e d) avaliação de progressos		anti-hipertensivos e antidepressivos.	menores no grupo intervenção em comparação com o grupo controle - O número de pacientes que atingiu 80% ou mais de adesão a anti-hipertensivos e antidepressivos, foi expressivamente maior no grupo de intervenção.
Mail Education is as Effective as In-Class Education in Hypertensive and Korean Patients (Miyong	- Tipos de estudo: Ensaio clínico randomizado. - Método de avaliação da Adesão: Subescala de medicação	- População: Coreano-americanos, com 40 a 64 anos de idade com PAS \geq 140 e / ou PAD \geq 90 mmHg ou	- Grupo de sala de aula: Recebeu sessões psicocomportamentais presenciais e semanais de 2 horas ao longo de 6 semanas. - Grupo que recebe material por correio recebeu materiais educativos abordando os mesmos conteúdos,	- Local: Área metropolitana de Baltimore, Washington. - Duração: 6 semanas.	- Mudanças na PAS e PAD aos 3 meses. - Variação no número de participantes nos quais o controle da PA foi obtido em cada grupo (PA <140/90 mm Hg).	- Redução semelhante de PAS e PAD em ambos os grupos. - O número de participantes que atingiram as metas de PA no grupo de sala de aula, passou de 35,7% para 78,0% com 3 meses e no

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

TK et al., 2010)	"Hill-Bone Compliance Scale"	fazendo uso de anti-hipertensivo. - N = 380.	semanalmente por 6 semana. (Intervenção psicocomportamental aborda informações educativas acerca da hipertensão e trabalha barreiras psicológica em relação a ser imigrante coreano de meia-idade, promovendo comportamentos de autocuidado relacionados a hipertensão).		- Nível de conhecimento sobre hipertensão. - Crença em hipertensão. - Auto-eficácia; - Nível de adesão aos medicamentos.	grupo de correio, passou de 25,9% para 80,2%. - Sentimentos de auto-eficácia, conhecimento de hipertensão e crenças de saúde melhoraram de forma semelhante em ambos os grupos. - A adesão à medicação tem melhoras significantes e semelhantes em ambos os grupos.
Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactori	- Tipos de estudo: Ensaio clínico randomizado. - Método de avaliação da Adesão:	- População: Hipertensos em uso anti-hipertensivos. - N = 636.	- Grupo intervenção: a) Ligações telefônicas semanais por 8 semanas para abordar temas como: Uso de anti-hipertensivos, memória, apoio social, alfabetização em saúde, conhecimento /	- Local: ambulatório de cuidados primários - Duração: 24 meses.	- Adesão a medicação em 6 meses (dados preliminares).	- O grupo intervenção demonstrou um aumento de 9% em auto-relato de adesão à medicação em comparação ao início do estudo, e no controle esse melhora na adesão foi de

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control (Bosworth HB et al.,2008)	Escala de Morisky auto-relatada.		riscos, comportamentos de saúde (tabagismo, perda de peso, dieta, consumo de álcool, estresse e tomada de decisão participativa). - Grupo controle: Cuidado usual.			somente 1%.
Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary	- Tipos de estudo: Ensaio clínico randomizado. - Método de avaliação da	- População: Pacientes com hipertensão leve não controlada, (PAS: 140-	- Grupo Controle: Cuidados habituais. - Grupo de intervenção: Dois pacotes educacionais foram enviados para os pacientes. O primeiro continha materiais	- Local: Ambulatórios de cuidados primários no Oregon. - Duração: 12 meses.	- Diferença na pressão arterial média. - Satisfação do paciente com vários aspectos da sua	- Diferenças na pressão arterial média, adesão à medicação e capacidade de relatar qual a pressão arterial alvo não tiveram significância estatística.

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

Care Patients with Mild Hypertension (Hunt JS et al., 2004)	Adesão: Escala de Morisky de Adesão à Medicação.	159 mmHg e / ou a PAD de 90-99 mmHg). - N = 312.	educativos com uma visão geral básica da hipertensão e modificação de estilo de vida e um ímã de geladeira lembrando pacientes que sua pressão arterial alvo é < 140/90 mmHg. O segundo pacote educacional, (enviado cerca de 3 meses mais tarde), incluiu uma segunda cartilha educativa com foco em adesão à medicação e monitoramento da pressão arterial.		saúde. - Conhecimento do paciente sobre hipertensão. - Adesão do a medicamentos. - Prevalência de monitorização da pressão arterial em domicílio.	- O conhecimento sobre hipertensão atingiu pontuações maiores no grupo intervenção.
Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico	- Tipo de estudo: Estudo de caso, intervencional e de	- População: Mulheres hipertensas, entre 45 e 60 anos, sem acompanhamento	- Grupo de oficinas: Participação em oficinas mensais de educação em saúde. - Grupo de orientação no domicílio: a) Participação em	- Local: Unidade de Atenção Primária à Saúde da área urbana de Porto Firme (MG).	- Adesão as orientações a dieta alimentar. - Medidas de peso corporal, índice de massa corporal,	- PAS, IMC, Circunferência de Cintura (CC), glicemia e peso corporal teve seus valores melhorados no grupo de orientações

[CONTINUA]

Quadro 2: [Continuação]

<p>da saúde da família (Ribeiro AG et al., 2012)</p>	<p>abordagem qualitativa, denominado triangulação de métodos. - Método de avaliação da adesão: auto-relato de mudanças alimentares.</p>	<p>nto nutricional e sem condições clínicas graves. - N = 27.</p>	<p>oficinas mensais de educação em saúde. b) Orientação individualizada e familiar no domicílio por profissional nutricionista.</p>	<p>- Duração: 4 meses.</p>	<p>circunferência de cintura, pressão arterial, níveis de glicemia, colesterol total e frações.</p>	<p>dietéticas no domicílio. - O grupo de oficinas apenas apresentou redução de CC. - A adesão às recomendações dietéticas foi mais eficaz no grupo de visitas domiciliares, embora tenha apresentado repercussões positivas também no grupo de oficinas.</p>
--	---	---	---	----------------------------	---	--

Quadro 3: Estratégias de Intervenção relacionados por artigos.

Estratégias de intervenção	Estudos relacionados
Educativa / comportamental	<ul style="list-style-type: none"> • A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients (Cooper LA. et al., 2011) • Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomised controlled Trial (Alhalaiga F, et al., 2011) • Medication Adherence Among Rural, Low-Income Hypertensive Adults: A Randomized Trial of a Multimedia Community-Based Intervention (Martin MY et al., 2011) • A Randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension (Hunt JS et al., 2008) • Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial (Bogner HR, VRIES HF, 2008) • Mail Education Is as Effective as In-Class Education in Hypertensive Korean Patients (Miyong TK, et al, 2010) • Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control (Bosworth HB et al., 2008) • Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care

[CONTINUA]

Quadro 3: [Continuação]

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients with Mild Hypertension (Hunt JS et al., 2004) • Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. (Ribeiro AG et al., 2012) • Physician Effectiveness in Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence: A Systematic Review. (Cutrona SL et al., 2010)
Mudanças na atitude médica quanto a comunicação em saúde e relação médico-paciente.	<ul style="list-style-type: none"> • A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. (Cooper LA et al., 2011)
Uso de tecnologias para educação em saúde (videoteipes, programas de adesão computadorizados, ligações automatizadas, sistema de lembretes computadorizados e monitorização automática de PA).	<ul style="list-style-type: none"> • A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. (Cooper LA et al., 2011) • Medication Adherence Among Rural, Low-Income Hypertensive Adults: A Randomized Trial of a Multimedia Community-Based Intervention. (Martin MY et al., 2011) • Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review. (Cutrona SL et al., 2010)
Participação de profissionais não médicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Physician Effectiveness in Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence: A Systematic Review. (Cutrona SL et al., 2010)

[CONTINUA]

Quadro 3: [Continuação]

	<ul style="list-style-type: none"> • The roles of community pharmacists in cardiovascular disease prevention and management (George J, Mcnamara K, Stewart K, 2011) • Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review (Cutrona SL et al., 2010) • A Randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension (Hunt JS et al., 2008) • Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família (Ribeiro AG et al, 2012)
Intensificação da medicação anti-hipertensiva.	<ul style="list-style-type: none"> • The Association between Medication Adherence and Treatment Intensification with Blood Pressure Control in Resistant Hypertension (Daugherty SL et al., 2012)
Intervenção executada em visita domiciliar.	<ul style="list-style-type: none"> • Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review (Cutrona SL et al., 2010) • Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família (Ribeiro AG et al., 2012)
Material educativo entregue via correio, vídeo ou papel.	<ul style="list-style-type: none"> • Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care

[CONTINUA]

	<p>Patients with Mild Hypertension (Hunt JS et al., 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review (Cutrona SL et al., 2010); • Mail Education Is as Effective as In-Class Education in Hypertensive Korean Patients (Miyong TK et. al., 2010).
Intervenção executada via telefone.	<ul style="list-style-type: none"> • Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review (Cutrona SL et al., 2010) • Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial (Bogner HR, Vries HF, 2008) • Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control (Bosworth HB et al., 2008) • A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients (Cooper LA et al., 2011) • Medication Adherence Among Rural, Low-Income Hypertensive Adults: A Randomized Trial of a Multimedia Community-Based Intervention (Martin MY et al., 2011)
Intervenção associando o tratamento pra hipertensão com o tratamento da depressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial (Bogner HR, Vries HF, 2008)

DISCUSSÃO

As estratégias encontradas para a melhoria da adesão ao tratamento da hipertensão arterial apresentaram metodologias bastante variáveis e populações que diferiam substancialmente quanto ao número da amostra e também quanto aos indivíduos participantes. Esta variação encontrada pode comprometer de certa forma a comparação entre as intervenções.

Na maior parte dos estudos foi realizada uma intervenção de caráter nitidamente educativo e/ou comportamental, ou seja, que visava a melhoria da adesão ao tratamento através de ações que mesclavam atividades voltadas a educação em saúde acerca da hipertensão arterial ou atividades que visavam mudanças comportamentais baseadas em crenças de saúde pré-estabelecidas. Mais que a metade dos estudos que trabalhou sobre essa perspectiva, encontrou resultados positivos em relação a adesão ao tratamento e também sobre outros desfechos medidos como o conhecimento em saúde e os níveis pressóricos. Uma menor parte dos estudos, no entanto, não encontrou melhoras na adesão ao tratamento, porém, nenhum artigo aponta resultados negativos sobre este.

Para Ferreira et al. (2011) é necessário investir na conscientização do paciente em relação ao seguimento das orientações prestadas pelos profissionais de saúde acerca dos seus tratamentos, em busca de mudanças comportamentais baseados na participação mais ativa dos pacientes a estes. Este estudo ressalta “Ainda que seja difícil realizar mudanças comportamentais que perdurem ao longo do tempo, algumas estratégias, como a realização de intervenções educativas junto ao paciente abordando o processo do problema de saúde e tratamento prescrito, têm-se mostrado efetivas na melhoria da adesão ao plano de cuidados”. Osterberg e Blaschke (2005, p. 487) afirmam que o envolvimento de pacientes, familiares ou cuidadores informais em intervenções com bases educacionais tem sido demonstradas como eficazes na melhoria do processo de adesão terapêutico.

Dessa forma, há uma similaridade entre aquilo que é descrito na literatura com os resultados encontrados neste trabalho no qual percebe-se que em geral, o uso de abordagens educativas / comportamentais em busca de melhorias da adesão ao tratamento da hipertensão podem ser eficazes e a variação dos métodos utilizados para realização das diversas estratégias encontradas poderia explicar em parte a discrepância dos resultados de alguns estudos utilizados nesta revisão. Essa variação demonstra a importância do direcionamento das estratégias com base na população alvo, de forma que um modelo ideal de aplicação está sujeito a diversas variáveis que torna este processo bastante complexo.

Intervenções que visam melhorar a comunicação médico-paciente para o fortalecimento da adesão ao tratamento da hipertensão com alvo em ambos componentes dessa díade, foi avaliado apenas em um estudo encontrado, no qual não foi demonstrado eficácia na população estudada com base naquele modelo proposto, no entanto, esse achado certamente não pode ser generalizado e esse tipo de estratégia não pode ser descartada frente a esta observação.

World Health Organization (2003) ressalta a importância da abordagem comunicacional para estabelecimento de boa adesão a tratamentos de saúde. Essa abordagem busca incentivar profissionais de saúde, médicos e não médicos, na melhoria de suas competências pessoais de comunicação com pacientes, de forma que haja estabelecimento de relações mais horizontais entre estes. Esta estratégia tem sido apontada como capaz de aumentar a satisfação de pacientes com a prestação de cuidados em saúde, porém, não é suficiente para provocar mudanças comportamentais relativas à adesão terapêutica. Este entendimento revela a complexidade e multiplicidade de fatores envolvidos na adesão, demonstrando que este tipo de abordagem tem sua grande importância, porém, não consegue contemplar sozinha todas as nuances desta problemática.

Machado (2009) registra que o intuito de aumentar a adesão à terapêutica, exige do profissional de saúde o estabelecimento de uma relação de vínculo e empatia entre o paciente e o profissional de saúde, baseado em um processo de escuta ativa direcionada às características socioculturais, reforçando a idéia de que a baixa eficácia de estratégias educativas voltadas à melhoria da comunicação entre pacientes e médicos, pode não corresponder, dentro de um contexto mais amplo, a um método verdadeiramente ineficaz, conforme foi verificado nos achados do atual trabalho.

Essa revisão encontrou ainda que existe uma tendência a melhores resultados sobre a adesão terapêutica para hipertensão em intervenções realizadas por profissionais de saúde não médicos ou pela associação entre profissionais de outras especialidades, como farmacêuticos, nutricionistas e enfermeiros com ou sem a participação do médico, demonstrando a importância da abordagem multidisciplinar na obtenção de sucesso com a estratégia. Quanto a intervenções voltadas a adesão ao tratamento medicamentoso, o profissional de farmácia é apontado como um bom aplicador das estratégias, enquanto ações voltadas a tratamentos não medicamentosos, como trabalho com a dieta orientada para hipertensão, o profissional de nutrição obteve bons resultados.

Vários autores dialogam sobre a importância de estratégias multidisciplinares para melhor abordagem de uma problemática tão complexa como é a adesão terapêutica,

corroborando aquilo encontrado nesta revisão. Nobre et al. (2001) lista algumas ações da equipe multidisciplinar em estratégias para melhorar a adesão, dentre estas se destacam: visita domiciliar, reunião em grupo, estabelecimento de objetivos com o paciente, estreitamento do vínculo, consideração de crenças, hábitos e costumes e sistema de contatos por telefone. “O trabalho em equipe multiprofissional torna-se importante na orientação de medidas terapêuticas não-farmacológicas, contribuindo para a compreensão da doença, na avaliação dos sinais e sintomas, no estímulo aos hábitos saudáveis, na importância da mudança no estilo de vida e no uso de medicamentos e seus efeitos adversos, bem como no incentivo à participação do paciente em programas de autocuidado” (Lunelli et al., 2009, p. 368).

Cutrona et al. (2010 b) aborda na discussão de seu artigo que o papel desempenhado pelo médico em estratégias de melhora de adesão ainda não está bem elucidado e que é necessário mais estudos para verificação deste. Tendo em vista as precárias condições de grande parte dos serviços de saúde no Brasil, o estabelecimento deste papel se torna especialmente importante, pois, muitas vezes, apenas o profissional de medicina estará envolvido nos cuidados de saúde do hipertenso.

Esta revisão encontrou que intervenção executada em visita domiciliar pode apresentar bons resultados como estratégia de melhoria de adesão terapêutica, sobretudo quando se trata de orientações acerca da dieta para hipertensos. O ensaio clínico randomizado HELEN – I, realizado no Brasil e conduzido por Mussi et al. (2013), verificou que a visita domiciliar tem o potencial de melhorar o conhecimento, o auto-cuidado e a adesão do paciente com insuficiência cardíaca, indicando esta estratégia como meio de diminuir internações não planejadas. Abreu (2013, p. 32) estudou a participação da visita domiciliar no cuidado ao hipertenso e aponta que “mergulhar no espaço das visitas é trabalhar com as doenças sentidas pelas pessoas e com as relações existentes ou a ser construídas entre a família e a equipe de saúde”, sendo esta estratégia de grande valia na adesão. Por sua vez, Sarra et al. (2013) verificou que a participação de familiares em intervenções educativas voltadas a adesão a medicamentos diversos permite trocas importantes de experiências o qual resulta no aumento da capacidade de toda família de lidar com a doença bem como melhora o relacionamento com o doente.

Estratégias educativas cujo material foi entregue via correio, vídeo ou papel em mãos do hipertenso, apontaram resultados bastante discrepantes, indo de nenhuma significância estatística, eficácia mínima até grande sucesso na melhoria da adesão em um dos trabalhos. De forma que são necessários mais estudos para avaliar se esse tipo de ação tem realmente repercussões positivas sobre adesão terapêutica para hipertensão.

O uso deste tipo de material educativo para trabalhar adesão terapêutica em outra doença crônica foi avaliado por Casseb (2011), no qual apontam que o uso de material educativo impresso pode ter grande utilidade na transmissão de conhecimento acerca da doença e tem a vantagem de poder ser reutilizado e relembado constantemente, além de complementar informações prestadas de forma oral, porém, uma maior eficiência foi observada quando este tipo de intervenção era desenvolvida em conjunto com atividades que permitiam feedback aos participantes da intervenção ou que estava associado a ações de auto-monitorização da doença. Sarra et al. (2013), no entanto, observou em uma revisão sistemática sobre intervenções educativas com usuários de medicamentos, que intervenções utilizando apenas informações escritas, tais como panfletos, não apresentaram resultados satisfatórios. Melhores resultados foram percebidos na mesma revisão supracitada quando as intervenções eram desenvolvidas através de reuniões de grupos em que a população participava ativamente da construção do conhecimento.

A eficácia de intervenções que foram implementadas via ligações telefônicas tiveram resultados positivos em menos da metade dos artigos avaliados, embora na maioria dos trabalhos, essa não foi o modo principal de intervenção e sim uma ação complementar, geralmente de acompanhamento daquilo que foi implementado anteriormente, de forma que não foi possível avaliar separadamente o papel dos telefonemas neste contexto. No entanto, em um dos artigos encontrados, a realização de atividades educativas em hipertensão foi realizada apenas através do telefone e nesta, a adesão terapêutica apresentou somente discreto aumento.

Em contraposição, um estudo com pacientes diabéticos no qual atividades educativas foram ministradas em sessões de grupos e um acompanhamento foi conduzido através de ligações telefônicas concluiu que o telefone pode ser utilizado como instrumento de promoção da saúde, pois permite levantar dados que visam guiar medidas educativas e favorece o compartilhamento de saberes, permite ainda melhorias na glicemia e fortalece o vínculo com os profissionais de saúde, defendendo que o monitoramento via telefone é capaz de melhorar o autocuidado em diabetes (Carvalho et al., 2013).

O uso de meios eletrônicos, como programas de computadores e vídeos voltados a promover educação e melhoria da adesão ao tratamento para hipertensão, não apresentou grande eficácia nas populações estudadas, embora exista um artigo selecionado que defenda o uso desse tipo de tecnologia com um foco direcionado ao indivíduo e não em reuniões de grupos.

Uma questão interessante que foi revelada nesse estudo diz respeito à integração de estratégias voltadas para melhoria da adesão ao tratamento da hipertensão e depressão. Esse modelo de intervenção associada apresentou desfechos significativamente favoráveis na adesão em ambas as patologias, podendo nortear a abordagem destas na atenção primária à saúde, no entanto, ainda é necessário investigações que envolvam amostras maiores e com mais representação e que tenham um maior tempo de acompanhamento .

Há tempos já é sabido que a depressão aumenta a mortalidade por causas cardiovasculares tratando-se de fator de risco para infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e desenvolvimento de coronariopatias, além de estar relacionado a outras comorbidades que aumentam risco cardiovascular, tais como obesidade, diabetes, hipertensão e tabagismo. É verificado ainda que a depressão pode diminuir a adesão terapêutica. (III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1999; Rosanski et al., 1999).

Para esta discussão não foram identificados outros estudos que avalie o papel de intervenções para adesão ao tratamento da depressão e hipertensão desenvolvidas em concomitância. Em sua maioria os estudos tratam de estratégias separadas para cada uma dessas patologias.

A intensificação do tratamento medicamentoso para a hipertensão não foi associado ao aumento da adesão a essa medicação ao longo de um ano de acompanhamento, embora tenha resultado em menores níveis de pressão arterial. Esse achado aponta para a importância de trabalhar a adesão terapêutica para doenças crônicas de forma continuada, pois esta poderá diminuir à medida que avança o tempo. É perceptível ainda que o aumento no número de medicamentos, levando a complexidade do regime de tratamento pode levar a menores índices de adesão. Entre as recomendações para aumento da adesão aos anti-retrovirais utilizados no tratamento da HIV/AIDS, é sugerido que número aumentado de drogas, de comprimidos por dia e de doses está associado à menor adesão a esses esquemas (Vitória, 1998). Essa relação entre regimes terapêuticos complexos com menor aderência também foi verificado com o tratamento farmacológico com anti-hipertensivos (Landim et al., 2011).

Ao longo do percurso de construção deste trabalho, foi possível perceber algumas limitações referentes à estratégia de busca utilizada nas bases de dados. O uso dos termos já descritos em nossa metodologia cursou com um resultado muito sensível, demonstrado pelo número de artigos que resultaram nessa busca, porém pouco específico visto que, no final da seleção, poucos foram os artigos que realmente se referiam aos objetivos deste estudo. Podemos perceber ainda, que muito poucos artigos foram referentes a estratégias de adesão ao

tratamento não medicamentoso da hipertensão e talvez, o uso de termos como tabagismo, exercício físico e dieta poderiam ter resultado em mais estratégias a serem avaliadas.

CONCLUSÕES

A adesão ao tratamento da hipertensão arterial continua a ser um grande problema a nível mundial e já bem documentado no Brasil. Isso resulta no crescente número de desfechos negativos associados com níveis pressóricos não controlados. A baixa adesão terapêutica no contexto desta doença se deve a inúmeros fatores que podem ser de caráter sócio-cultural, demográficos e também individuais. Toda esta complexidade faz com que não exista uma abordagem isolada ou única que solucione esta problemática. Neste sentido, esse trabalho conclui:

1. Diversas estratégias devem ser consideradas, dependentes da população alvo e levando-se em conta os fatores de não adesão relacionados a esta. Para tanto, estudos referentes a estas respectivas populações poderiam auxiliar no direcionamento das ações.

2. Estratégias educativas e comportamentais continuam sendo de grande importância na busca pela melhoria da adesão terapêutica na hipertensão arterial e devem ser consideradas na maioria dos contextos sociais, sobretudo em populações mais carentes, cujo nível educacional interfere de forma mais veemente no entendimento geral da importância do tratamento.

3. A abordagem comportamental também deve atingir médicos e profissionais de saúde em geral para que competências comunicacionais possam auxiliar nesse trabalho de melhoria de adesão.

4. A abordagem multidisciplinar pode ser de grande valia para o desenvolvimento de intervenções de adesão terapêutica apresentando melhor eficácia em comparação a estratégias desenvolvidas por profissionais de apenas uma profissão.

5. Intervenções desenvolvidas por profissionais não-médicos, como farmacêuticos, enfermeiros e nutricionistas são mais eficazes do que intervenções desenvolvidas somente pelo profissional médico.

6. Estratégias desenvolvidas no momento da visita domiciliar demonstram bom desempenho na melhoria da adesão terapêutica em hipertensão e podem constituir um bom método de intervenção quando é necessário conhecer melhor a realidade de cada indivíduo.

7. Ainda são necessários maiores estudos acerca da eficácia de materiais educativos impressos e entregues via correio ou em mãos, bem como sobre o uso de vídeos educativos que visam melhorar a adesão terapêutica na hipertensão.

8. Intervenções viabilizadas via ligações telefônicas e de meios eletrônicos, como programas de computadores não demonstraram, por si só impacto sobre a adesão.

9. Parece ser bastante pertinente a realização de intervenções que trabalham com adesão terapêutica de anti-hipertensivos e anti-depressivos de forma associada em populações acometidas por ambas as afecções, em busca de melhores resultados terapêuticos, tendo em vista a complexidade envolvida quando estas coexistem.

10. Faz-se necessário a realização de novos trabalhos em que se investigue o efeito de diferentes estratégias para incremento da adesão, para que o profissional de saúde possa ter respaldo, baseado em evidências científicas, na tomada de decisão frente a este problema e que se obtenha repercussões positivas no controle da hipertensão arterial.

SUMMARY

The present study is a literature review of the type scoping review concerning the adherence to treatment for Systemic Arterial Hypertension (SAH) in primary health care. Hypertension is a non-transmissible chronic disease that has high morbidity and mortality rates not only in Brazil, but in the whole world. Although there are several drugs to control the illness, both drug and non-drug therapies not very effective in many cases, leading to serious complications and high financial costs. Adherence to treatment is something important to reach positive results in controlling SAH and it has been the focus of many studies. This review aims to identify and appraise different interventions to treat hypertension in primary health care, including both drug and non-drug therapies. Articles found in Pubmed and SciELO databases were used, without restrictions to study design and year of publication; the papers were selected using the following keywords: arterial hypertension, adherence to treatment, and primary health care. 2,642 articles were found and 13 were ultimately selected based on the inclusion criteria adopted. The results suggest that an ideal strategy to deal with non-adherence to treatment for hypertension does not exist and that the interventions must be pondered according to the social context in which the patient is inserted. Educative and behavioral strategies are the interventions that are most studied and they demonstrate good efficacy. Multidisciplinary work is more efficient than strategies undertaken by a single professional. Home visits may facilitate the implementation of interventions to improve adherence. More studies are needed to demonstrate the efficacy of delivery of educative material in improving adherence. Use of phone calls and electronic communication do not demonstrate impact on adherence to treatment on their own. Interventions that aim to improve adhesion to antihypertensive and antidepressant drugs in patient with associated hypertension and depression show good results.

Keywords: 1. Hypertension, 2. Medication adherence, 3. Primary health care.

REFERÊNCIAS

- 1- Abreu KCS. A importância da visita domiciliar a pacientes hipertensos. Minas Gerais. Monografia [Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família] - Universidade Federal de Minas Gerais; 2013.
- 2- Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19–32.
- 3- Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waterset E. Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health* 2011; 33(1):147 –150.
- 4- Alhalaiga F, Deane KHO, Nawafleh AH, Clark A, Gray R. Adherence therapy for medication non-compliant patients with hypertension: a randomized controlled trial. *J Hum Hypertens* 2012 Feb; 26(2):117–126.
- 5- Bogner HR, Vries HF. Integration of Depression and Hypertension Treatment: A Pilot, Randomized Controlled Trial. *Ann Fam Med* 2008 July; 6(4):295–301.
- 6- Bosworth HB, Olsen MK, Neary A, Orr M, Grubber J, Svetkey L, et al. Take Control of Your Blood pressure (TCYB) study: A multifactorial tailored behavioral and educational intervention for achieving blood pressure control. *Patient Educ Couns* 2008 March; 70(3): 338–347.
- 7- Ministério da Saúde (Brasil). Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- 8- Carvalho HT, Afonso RI, Roque C, Faria P. Monitoramento Telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com Diabetes na Atenção Primária. *Cienc enferm* 2013; 19(1):95-105.
- 9- Casseb MS. Efeito de três procedimentos de intervenção sobre adesão ao tratamento em adultos com diabetes. Belém. Tese [Doutorado em Teoria e Pesquisa do Comportamento] - Universidade Federal do Pará; 2011.
- 10- III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Endocrinol Metab* 1999 Ago; 43(4): 257-286.
- 11- Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Bone LR, Larson SM, Miller ER, et al. A Randomized Trial to Improve Patient-Centered Care and Hypertension Control in Underserved Primary Care Patients. *J Gen Intern Med* 2011 November; 26(11):1297-1304.

- 12-** Cutrona SL, Choudhry NK, Fischer MA, Servi A, Liberman JN, Brennam TA, et al. Modes of delivery for interventions to improve cardiovascular medication adherence: Review. *Am J Manag Care* 2010a; 16(12):929-942.
- 13-** Cutrona SL, Choudhry NK, Stedman M, Fischer MA, Servi A, Liberman JN, et al. Physician Effectiveness in Interventions to Improve Cardiovascular Medication Adherence: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* 2010b October; 25(10):1090–1096.
- 14-** Daugherty SL, Powers JD, Magid DJ, Masoudi FA, Margolis KL, O'Connor PJ, et al. The Association between Medication Adherence and Treatment Intensification with Blood Pressure Control in Resistant Hypertension. *Hypertension* 2012 August; 60(2):303-309.
- 15-** Ferreira IML, Camilo LY, Princesa NMR, Silva NR, Marchini JS, Abramovicius AC, et al. Educação em saúde: ferramenta efetiva para melhora da adesão ao tratamento e dos resultados clínicos. *R Bras Farm Hosp Serv Saúde* 2011 Set/Dez; 2(3):41-45.
- 16-** George J, Mcnamara K, Stewart K. The roles of community pharmacists in cardiovascular disease prevention and management. *Australas Med J* 2011 May; 4(5):266–272.
- 17-** Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Rev Ciência & Saúde* 2013;18(6):1763 – 1772.
- 18-** Hunt JS, Pape GA, Butler KL, Siemieniczuk J, LeBlanc BH, Gillanders W, et al. A Randomized Controlled Trial of Team-Based Care: Impact of Physician-Pharmacist Collaboration on Uncontrolled Hypertension. *J Gen Intern Med* 2008 December; 23(12):1966-1972.
- 19-** Hunt JS, Siemieniczuk J, Touchette D, Payne N. Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care Patients with Mild Hypertension. *J Gen Intern Med* 2004 September;19(9):925–930.
- 20-** Landim MP, Oliveira CJ, Abreu RNDC, Moreira TMM, Vasconcelos SMM. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo por pacientes de unidade da estratégia saúde da família. *Rev APS* 2011 Junho;14(2):132-138.
- 21-** Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciências e Saúde coletiva* 2003; 8(3): 775 – 782.

- 22-** Lunelli RP, Portal VL, Esmério FG, Moraes MA, Souza EN. Adesão medicamentosa e não medicamentosa de pacientes com doença arterial coronariana. *Acta paul enferm* 2009; 22(4):367-373.
- 23-** Machado MM. Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros. Tese [Mestrado em Educação na Especialidade de Educação para a Saúde] - Instituto de Educação e Psicologia; 2009.
- 24-** Malta DC, Cezário AC, Moura L, Moraes Neto OL, Silva Junior J. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Rev Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2006; 15(1): 47 – 65.
- 25-** Manfroi A, Oliveira FA. Dificuldades de adesão ao tratamento na Hipertensão Arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária a Saúde. *Rev Bras Med Farm e Com* 2006 Out/Dez; 2(7):165-176.
- 26-** Kim MT, Kim EY, Han HR, Jeonq S, Lee JE, Park HJ, et al. Mail Education Is as Effective as In-Class Education in Hypertensive Korean Patients. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2008 March;10(3):176–184.
- 27-** Mussi CM, Ruschel K, Souza EM, Lopes ANM, Trojahn MM, Paraboni CC, et al. Visita domiciliar melhora conhecimento, autocuidado e adesão na insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado HELEN-I. *Rev Latino-Am Enf* 2013; 21:20-28.
- 28-** Nobre F, Pierin AMG, Mion JR. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001.
- 29-** Osteberg L, Blaschke T. Drug Therapy: Adherence to Medication. *N Engl J Med* 2005; 353:487-497.
- 30-** Ribeiro AG, Cotta RMM, Silva LS, Ribeiro SMR, Dias CMGC, Mitre SM, et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. *Rev Nutr* 2012; 25(2):271-282.
- 31-** Rosanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation* 1999; 99(2):192-217.
- 32-** Sarra JR, Legramandi VHP, Sacramento LVS, Mastroianni PC. Intervenções educativas com usuários de medicamentos como estratégias terapêuticas. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2013; 34(2):229-234.
- 33-** Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

- 34-** Sociedade Brasileira de Hipertensão. Hipertensão. Rev da Sociedade Brasileira de Hipertensão 2004; 7(3).
- 35-** World Health Organization. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. Jan 2003; Cap. XIII:107-114.
- 36-** Vitoria MAA. Conceitos e Recomendações Básicas para melhorar a adesão ao tratamento anti-retroviral. Ministério da Saúde. P. 1-5, 1998.