
Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista

Aspects determinants of adherence to treatment of hypertension and diabetes in a primary care unit in the state of São Paulo

Bruna Araújo Alves¹, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira Calixto¹

¹Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil.

Resumo

Objetivo – Identificar quais aspectos influencia na adesão ao tratamento e como eles interferem. **Métodos** – Trata-se de uma pesquisa do tipo qualiquantitativa, não experimental, descritiva, transversal prospectiva, realizada com 37 portadores de HAS e DM que fazem acompanhamento da doença no grupo de HiperDia de uma equipe de um Centro de Saúde do interior paulista. **Resultados** – Evidencia-se, neste estudo, que dos 37 (100%) pesquisados, 67,5% eram do sexo feminino, com idade mediana de 57,2 anos, aposentadas (35,1%) e do lar (32,5%). Mostrando que as mulheres têm o hábito de se cuidarem mais e visto que a coleta de dados foi realizada em um tipo de proposta terapêutica não medicamentosa identifica-se uma menor presença do público do sexo masculino. Outros fatores, como participação nos grupos de HiperDia, informações passadas aos pacientes, confiança nessas informações, facilidade em adquirir medicação, mudança nos hábitos de vida e apoio da família interferem positivamente na adesão dos pacientes ao tratamento correto. **Conclusões** – Conclui-se que, ao considerar os resultados apresentados nesse estudo, os pacientes hipertensos e diabéticos estão aderindo ao tratamento, mostrando o importante trabalho da equipe de saúde, uma vez que a adesão ao tratamento está relacionada ao vínculo entre profissionais, pacientes, família e comunidade.

Descritores: Adesão à medicação; Diabetes *mellitus*; Hipertensão

Abstract

Objective – To identify aspects which influence adherence to treatment and how they interfere. **Methods** – It is a qualitative-quantitative-type survey, non-experimental, descriptive, prospective cross-sectional, conducted with 37 patients with hypertension and diabetes *mellitus* that make up the disease in the group HiperDia a team of a Health Center in São Paulo. **Results** – It is evident in this study that for 37 (100%) surveyed, 67.5% were female, median age 57.2 years, retired (35.1%) and housewives (32.5%). Showing that women have the habit of caring more and since the data collection was carried out in a kind of non-drug treatment plan identifies a smaller presence of public men. Other factors such as participation in groups HiperDia, information given to patients, trust in the information, ease in acquiring medication, change in lifestyle and family support positively affect patients adherence to correct treatment. **Conclusions** – It is concluded that in considering the results presented in this study, patients with hypertension and diabetes are adhering to treatment, showing the important work of the health team, since adherence to treatment is related to the link between professionals, patients, family and the community.

Descriptors: Medication adherence; Diabetes *mellitus*; Hypertension

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica e um importante problema de saúde pública, pois é um fator de risco de morbimortalidade cardiovascular e a principal causa de mortalidade no Brasil¹⁻⁴. É caracterizada pelo aumento da pressão que o sangue faz para movimentar-se na parede das artérias, diagnosticada quando os valores pressóricos se mantêm frequentemente acima de 140 por 90 mmHg³. Estima-se que cerca de 30% da população brasileira é hipertensa⁵.

O diabetes *mellitus* (DM) é uma doença crônica onde há dificuldade ou inexistência da produção de insulina necessária para o organismo. O efeito do diabetes não controlado é a hiperglicemia. Cerca de 6% da população brasileira possui DM⁵.

Essas patologias atingem comumente a população brasileira de forma tão silenciosa que cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Estudos revelaram que cerca de

dois terços dos pacientes com HAS não mantém seus níveis pressóricos dentro dos padrões devido ao tratamento medicamentoso incorreto⁶⁻⁷. Sabe-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente⁷.

A prevenção e o tratamento dessas doenças é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população⁸.

Criado pela Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002, o Programa HiperDia tem como objetivo cadastrar no Ministério da Saúde portadores de hipertensão e diabetes, a fim de estabelecer metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças promovendo assistência farmacêutica, atividades de educação em saúde individual e coletiva,

formando grupos interativos abordando assuntos de importância para o controle clínico e de interesse aos usuários participantes, favorecendo e incentivando a mudança de hábitos de vida⁹.

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, e precisa de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente¹⁰. As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de HiperDia, são uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumenta a adesão e eficácia do tratamento e consequentemente a qualidade de vida dos pacientes.

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios¹¹. Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura¹².

Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida^{2,13-14}.

A falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano. Também acarretam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce e outros^{2,15}.

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta em média R\$ 11 bilhões por ano com tratamentos diretos e indiretos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Com o tratamento correto e consequentemente controle da HAS e DM a redução de gastos chega a cerca de R\$ 840 milhões em custos anuais para o governo com infarto agudo no miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca, cegueira definitiva e abortos, e uma média de R\$ 1.100 milhões economizados anualmente devido à incapacidade de pacientes, como aposentadorias precoces, incapacitação por invalidez e outros¹⁵⁻¹⁷.

Este estudo foi desenvolvido com a finalidade de reconhecer a importância do tratamento dessas patologias, identificar e compreender as razões dos portadores de HAS e DM para a falta de adesão ao tratamento. Como objetivo, buscou-se identificar quais são os aspectos que influenciam e interferem na adesão ao tratamento de HAS e DM.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo, não experimental e de natureza qualitativa, realizado em um Centro de Saúde, no município de Campinas-SP.

A coleta dos dados ocorreu no mês de setembro de 2011, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Paulista em 8 de setembro de 2011, sob o Protocolo nº 977/11 CEP/ICS/UNIP e liberação do campo para a pesquisa.

A amostra foi formada por 37 portadores de HAS e ou DM que fazem acompanhamento da doença no grupo de HiperDia. Foram incluídos os usuários portadores de HAS e/ou DM, presentes na unidade no período da coleta de dados, que leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), fazem acompanhamento regularmente da doença dentro do protocolo do Programa HiperDia e que participam regularmente dos grupos de HiperDia.

O instrumento de coleta de dados utilizado foi adaptado do estudo de Calixto² (2010).

Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão dos dados serão apresentados de acordo com os objetivos propostos seguindo a seguinte ordem: Caracterização dos portadores de HAS e DM estudados, segundo as variáveis sociodemográficas; variáveis clínicas; informações recebidas; mudanças na rotina pós-diagnóstico; dificuldades enfrentadas diante da adesão ao tratamento; variáveis sociais; sugestões de melhoria para o tratamento e sentimento dos participantes do grupo de HiperDia.

Caracterização dos indivíduos estudados, segundo variáveis sociodemográficas

Serão apresentados dados referentes às características gerais do grupo estudado, tais como idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda familiar, número de pessoas na casa, ocupação e tempo de doença (Tabela 1).

Em relação ao sexo, idade e à ocupação, dos 37 (100%) indivíduos estudados, 67,5% eram do sexo feminino, com idade mediana de 57,2 anos, aposentadas (35,1%) e do lar (32,5%). Isso corrobora com vários estudos onde há uma maior frequência de pessoas do sexo feminino, aposentadas e do lar^{7-8,11,13-15,18}, exceto estudos com pacientes hospitalizados². Isso se deve, pois as mulheres, principalmente aposentadas e do lar, tem o hábito de se cuidarem mais, visto ser uma proposta terapêutica não medicamentosa, diferente de um paciente internado, em consulta ou realização de algum exame que contaria mais com a adesão de pacientes do sexo masculino.

Quanto à renda familiar e o número de anos de estudo identificou-se que, 67,5% dos pesquisados vivem com a renda de R\$ 500,00 a R\$ 1.000,00 e a maioria não terminou o ensino primário (27,1%), condizendo com a característica da população atendida pela referida UBS que tem uma alta SUS dependência e alta vulnerabilidade social. Constatou-se também que o número de pessoas por domicílio é de 1 a 3 pessoas totalizando 70,3% da população estudada, corroborando com os dados acima, onde a maioria dos pesquisados são idosos e aposentados.

Tabela 1. Distribuição dos portadores de HAS/DM em seguimento no Centro de Saúde segundo variáveis sociodemográficas. Campinas-SP, 2011

Variáveis sociodemográficas		n	%
Idade (anos)	< 40	2	5,4%
	41-50	6	16,2%
	51-60	15	40,5%
	61-70	12	32,5%
	≥ 71	2	5,4%
Sexo	Feminino	25	67,5%
	Masculino	12	32,5%
Estado civil	Solteiro	2	5,4%
	Casado	23	62,2%
	Viúvo	8	21,6%
	Separado	4	10,8%
Escolaridade	Sem escolaridade/analfabeto	4	10,8%
	Sem escolaridade/alfabetizado	3	8,1%
	Primário incompleto	10	27,1%
	Primário completo	4	10,8%
	Ensino fundamental incompleto	2	5,4%
	Ensino fundamental completo	5	13,5%
	Ensino médio incompleto	3	8,1%
	Ensino médio completo	5	13,5%
Superior completo	1	2,7%	
Renda familiar	R\$ 500-1000	25	67,5%
	R\$ 1001-1500	6	16,3%
	R\$ 1501-2000	4	10,8%
	≥R\$ 2001	2	5,4%
Número de pessoas na casa	1-3	26	70,3%
	4-6	9	24,3%
	7-9	2	5,4%
Ocupação	Desempregado	3	8,1%
	Aposentado	13	35,1%
	Autônomo	3	8,1%
	Do lar	12	32,5%
	Empregado doméstico	2	5,4%
	Trabalhador assalariado	3	8,1%
	Empresário	1	2,7%

Caracterização dos portadores de HAS e DM estudados em relação à adesão ao tratamento e suas variáveis clínicas

São apresentados dados referentes ao tempo de diagnóstico de HAS/DM, propostas terapêuticas medicamentosas e não medicamentosas e questões relacionadas à medicação, entre elas obtenção gratuita da medicação, mudanças na rotina pós diagnóstico da doença e dificuldades enfrentadas diante à adesão ao tratamento.

O tempo de diagnóstico de HAS/DM predominante foi de 1 a 5 anos com 48,6% da população (Tabela 2), sendo que a mediana foi de 8,9 anos, sabendo-se que a idade mediana desse estudo foi de 57,2 anos, esse dado mostra que a idade é um importante fator de risco para o aparecimento de HAS e DM devido a alterações na musculatura lisa e nos tecidos conjuntivos dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento^{2,6,11,15}.

De acordo com a Tabela 3, 75,6% dos participantes receberam informações sobre a doença, tratamentos e possíveis complicações, sendo que deste total, 67,5% ficaram satisfeitos com as informações, como consequência disso, evidenciou-se na Tabela 2 que 37,7% dos participantes re-

lataram fazer uso de três medidas terapêuticas propostas. O conhecimento acerca da doença, tratamento e possíveis complicações e o uso de terapia medicamentosa concomitante às mudanças do estilo de vida vem de encontro com o estudo de Palota⁸ (2010) e Strelec *et al.*¹⁴ (2003).

Ainda no quesito de propostas terapêuticas (Tabela 2), 70,3% dos pacientes afirmaram fazer o tratamento corretamente e não terem dificuldades para obter a medicação (64,9%). A minoria (29,7%) que referiu não fazer o tratamento corretamente, justificou-se pela dificuldade em fazer dieta, exercícios físicos e questões relacionadas ao trabalho. Isso ressalta o importante trabalho que a equipe desenvolve para o controle dessas doenças e a prevenção de lesão em órgãos alvos nos grupos de Hipertensão, pois dos 37 (100%) participantes, 70,2% declararam serem participantes assíduos do grupo. E ainda, quando questionados se esquecem de tomar o medicamento, 64,9% dos pesquisados negaram, isso se deve à possível experiência de já terem esquecido e não terem sentindo-se bem, pois 51,4% afirmaram sentirem-se mal quando não tomam o remédio. Esses dados são semelhantes a um estudo realizado com população diabética

Tabela 2. Distribuição dos portadores de HAS e DM em seguimento no Centro de Saúde segundo as variáveis clínicas. Campinas-SP, 2011

Variáveis clínicas		n	%
Tempo de doença	1-5 anos	18	48,60%
	6-10 anos	9	24,40%
	16-20 anos	5	13,50%
	≥ 20 anos	5	13,50%
Tratamento para hipertensão	Somente medicamentoso	12	32,5%
	Medicamentos e dieta	6	16,3%
	Medicamentos e exercícios físicos	5	13,5%
	Medicamentos, dieta e exercícios físicos	14	37,7%
Faz o tratamento corretamente	Sim	26	70,3%
	Não	11	29,7%
Esquece-se de tomar os remédios	Sim	13	35,1%
	Não	24	64,9%
Sintomas quando não toma os remédios	Sinto-me bem	4	10,8%
	Sinto-me mal	19	51,4%
	Sinto-me normal	14	37,8%
Dificuldades para obter medicação	Sim	7	18,8%
	Às vezes	6	16,3%
	Não	24	64,9%
Mudança na rotina pós-diagnóstico	Sim	23	62,2%
	Não	14	37,8%
Participação em grupos de HiperDia	Sim	26	70,2%
	Às vezes	6	16,3%
	Não	5	13,5%

Tabela 3. Distribuição dos portadores de HAS e DM em relação às informações recebidas. Campinas-SP, 2011

Informações recebidas		n	%
Informações recebidas sobre doença, tratamento e complicações	Sim	28	75,6%
	Não	9	24,4%
Satisfação das informações recebidas	Sim	25	67,5%
	Não	12	32,5%

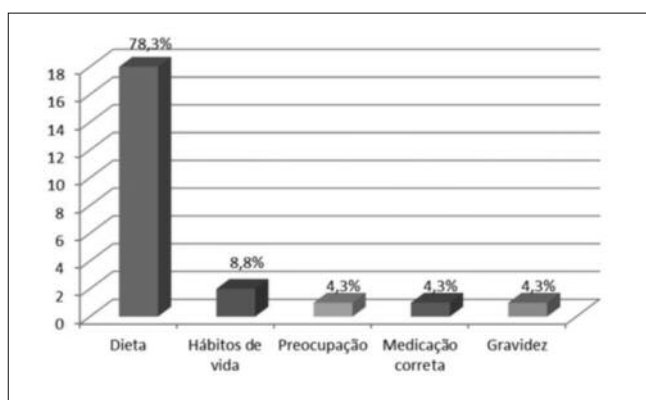


Gráfico 1. Distribuição das mudanças referidas na rotina pós-diagnóstico. Campinas-SP, 2011

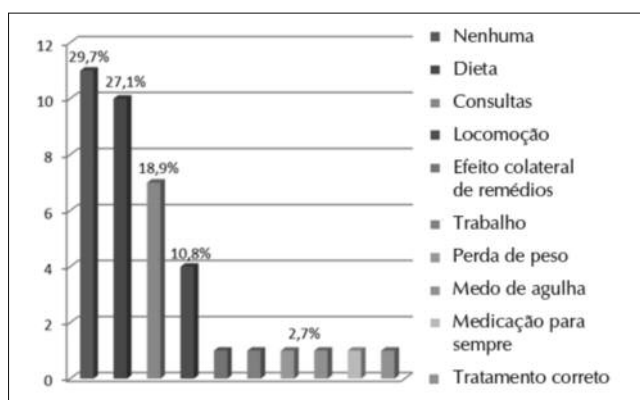


Gráfico 2. Distribuição das dificuldades referidas enfrentadas diante da adesão ao tratamento. Campinas-SP, 2011

onde obteve-se a prevalência de 78,3% de adesão ao tratamento e uso contínuo e correto da medicação¹¹.

Quanto às mudanças na rotina pós-diagnóstico, 62,2% dos participantes tiveram suas rotinas alteradas, seja ela por dieta, preocupação com a doença, gravidez, hábitos de vida e medicação correta (Gráfico 1).

Em relação às maiores dificuldades enfrentadas pelos pacientes frente à adesão ao tratamento, mostra-se no Gráfico 2 que 29,7% referiram não ter nenhuma dificul-

dade, seguida de dificuldade em fazer e seguir a dieta orientada (27,1%), dificuldade para agendar consultas (18,9%) e dificuldade de locomoção (10,8%). Questões subjetivas do tipo medo de agulha e o peso de tomar a medicação pelo resto da vida apareceram em apenas 2,7% dos participantes, porém visto ser uma doença crônica esses dados subjetivos são de suma importância e devem ser abordados em atividades grupais pela equipe de saúde da família.

Tabela 4. Distribuição dos portadores de HAS e DM em seguimento no Centro de Saúde segundo as variáveis sociais. Campinas-SP, 2011

Variáveis sociais						
Possui religião	Não	n	%	Qual?		
	Sim	3	8,1%		Católica	n
		34	91,9%		26	76,5%
				Evangélica	8	23,5%
Influência da religião no tratamento	Não	n	%	De que forma?		
	Sim	24	70,6%		Caminhada	n
		10	29,4%		1	10,0%
				Fé	7	70,0%
				Doutrina	1	10,0%
				Orientação	1	10,0%
Influência da família no tratamento	Não	n	%	De que forma?		
	Sim	9	24,4%		Dieta	n
		28	75,6%		11	39,3%
				Orientação	17	60,7%
Influência dos amigos/vizinhos no tratamento	Não	n	%	De que forma?		
	Às vezes	20	54,1%		Dieta	n
	Sim	1	2,7%		1	5,9%
		16	43,2%	Exercícios físicos	7	41,2%
				Orientação	9	52,9%

Caracterização dos portadores de HAS e DM estudados, segundo as variáveis sociais.

Neste item, serão apresentados dados referentes à influência da religião, família, amigos e vizinhos no tratamento e de que forma.

Em relação ao enfrentamento das dificuldades à adesão ao tratamento (Tabela 4), 75,6% dos pacientes referiram receber apoio de familiares, principalmente no quesito orientação (60,7%). A família exerce um papel fundamental no processo de tratamento do paciente, pois foi identificado que quando demonstra preocupação com o tratamento correto e a saúde do paciente, este por sua vez se mostra mais comprometido e envolvido com a sua própria saúde. Em relação à religião, apesar da maioria declarar-se católico (76,5%), não demonstrou influência no tratamento segundo 70,6% da população estudada. Mas de acordo com 29,4% que acreditam que a religião influencia sim no tratamento, 70,0% disse que a fé interfere positivamente no tratamento.

Segundo os pesquisados, os amigos e vizinhos não interferem no tratamento (54,1%), mas 43,2% que são motivados pelos amigos e vizinhos indicaram que são incentivados com orientação (52,9%) e exercícios físicos (41,2%).

Sugestões e sentimentos referidos pelos pacientes portadores de HAS/DM

Neste item, serão apresentados dados referentes a sugestões de melhoria para o tratamento e sentimento dos pesquisados ao participar regularmente dos grupos de HiperDia.

Quando indagado sobre sugestões de melhoria para o maior sucesso do tratamento, 35,1% dos pacientes referiram não ter nada a melhorar, seguido de 24,4% que referiu necessidade de atividade física com regularidade, dificuldade em aderir ao tratamento (13,5%) e dieta (13,5%). Questões subjetivas foram pontuadas novamente apesar de discreta, 2,7% dos participantes acha difícil melhorar, e 2,7% relata dificuldade em controlar a ansiedade, isso corrobora com a necessidade que a equipe tem de abordar es-

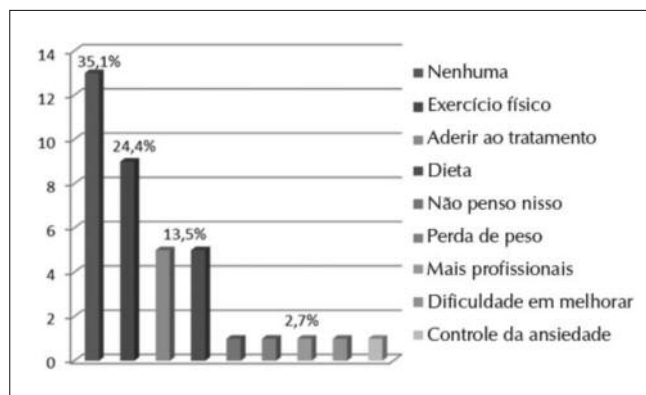


Gráfico 3. Distribuição de sugestões de melhoria para o sucesso do tratamento. Campinas-SP, 2011

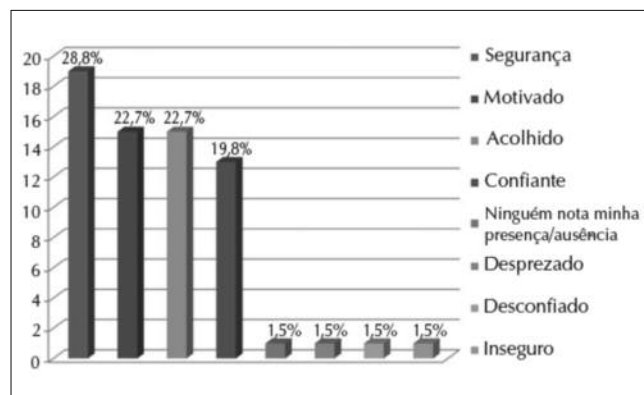


Gráfico 4. Distribuição do sentimento dos participantes ao participar do grupo de HiperDia. Campinas-SP, 2011

ses aspectos subjetivos nas atividades grupais (Gráfico 3).

Diante de todos os dados apresentados e analisados, o sentimento das pessoas em relação ao grupo é de segurança (28,8%), motivação (22,7%), acolhimento (22,7%) e confiança (19,8%), uma vez que 70,2% dos participantes referiram ser assíduos nos grupos de HiperDia (Gráfico 4). Uma minoria (1,5%) relatou sentimento de desprezo, não ser notado, desconfiado e inseguro, tornando-se necessário a abordagem subjetiva nos grupos conforme já sugerido anteriormente. Esses dados encontrados corroboram com pesquisas realizadas com hipertensos onde, os pacientes que participavam de programas de acompanhamento coletivo obtiveram redução nos níveis tensoriais e maior controle da doença, uma vez que frequentes encontros propiciaram melhor monitorização dos níveis pressóricos e mais acesso às informações a cerca do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, servindo de base para o cumprimento dessas orientações, mudança efetiva no estilo de vida e bem estar dos pacientes¹⁷. Isso ressalta novamente a importância e a influência positiva da equipe multidisciplinar de saúde da família no processo de cuidado com pacientes hipertensos e diabéticos.

Conclusão

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são doenças crônicas, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores. Isso gera um grande desafio para os profissionais da saúde, pois cabe a eles, encontrar soluções para diminuir essas barreiras, favorecendo a adesão ao tratamento, mostrando seus benefícios e adotando uma visão holística do portador de HAS e DM.

Diante disso, conclui-se que a equipe multiprofissional local da UBS estudada é um exemplo bem sucedido, visto que os resultados se mostraram relativamente positivos diante do que se encontra na literatura. Uma vez que a adesão ao tratamento está diretamente ligada à participação de grupos de HiperDia, confiança nas informações recebidas e conseqüentemente a formação de vínculo entre os profissionais e os pacientes.

Referências

1. Duarte MTC, Cyrino AP, Cerqueira ATAR, Nemes MIB, Iyda M. Motivos do abandono do segmento médico no cuidado a portadores de hipertensão arterial: a perspectiva do sujeito. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2603-10.
2. Calixto AATF. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial internados em um hospital privado do interior paulista [dissertação de mestrado] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

3. Ministério da Saúde (BR). Programa Pratique Saúde contra a Hipertensão Arterial. [acesso 26 mar 2011]. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude>

4. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(2):74-82.

5. World Health Organization – WHO. Data and statistics. [acesso 26 mar 2011] Disponível em: <http://www.who.int/>

6. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: 2006.

7. Brito DMS, Araújo TLA, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(4):933-40.

8. Palota L. Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2010.

9. Ministério da Saúde (BR). Instituir o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*. Portaria nº 371/GM [acesso 09 ago 2011]. Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/hiperdia/manuais>

10. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf Neto J. Fatores associados a não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12):2389-98.

11. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(1): 46-51.

12. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Bras Hipertens*. 2004;7(3):90-3

13. Reiners AAO, Azevedo RCS, Vieira MA, Arruda ALG. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Suppl. 2):2299-306.

14. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Junior D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol*. 2003;81(4):343-8.

15. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 1998;6(1):33-9.

16. Ministério da Saúde (BR). Hipertensão: um mal que pode ser evitado [acesso 18 abril 2011]. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/saude

17. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enferm*. 2009;17(2):201-6.

18. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influencia na adesão ao tratamento. *Ciênc Saúde Coletiva*.2010;15(1):151-60.

Endereço para correspondência:

Bruna Araújo Alves
Rua Vicente Ferreira Pastinha, 38 - Jardim Santa Cruz
Campinas-SP, CEP 13051-215
Brasil

E-mail: cruz.bruna2@gmail.com

Recebido em 17 de novembro de 2011

Aceito em 2 de abril de 2012