

Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial

Compliance with drug treatment and capacity for self-care of patients with hypertension

Ana Paula Antoniassi da Silva¹, Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller²,
Daniele Alcalá Pompeo³, Leticia Palota Eid⁴, Luciana Kusumota²

Resumo

Introdução: No Brasil e no mundo a Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos mais importantes problemas de Saúde Pública. A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser um obstáculo à obtenção de resultados efetivos para o tratamento. **Objetivo:** Analisar a adesão dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso, identificar a capacidade para o autocuidado e verificar a correlação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a capacidade para o autocuidado. **Casística e Métodos:** Estudo transversal e populacional realizado em pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial, cadastrados no programa de assistência ao hipertenso, na Estratégia Saúde da Família de Monte Verde Paulista-SP. A coleta de dados ocorreu por meio dos instrumentos Medida de Adesão ao Tratamento e Instrumento para Avaliação da Capacidade ao Autocuidado, validados na literatura. **Resultados:** Dos pacientes participantes do estudo, 85,2% foram classificados na categoria adesão, a média da capacidade para o autocuidado dos pacientes deste estudo foi de 88,3. Foi encontrada significância estatística na comparação entre os valores de pressão sanguínea, aferidos no momento da entrevista, e escores de Avaliação da Capacidade de Autocuidado Não houve correlação com significância estatística entre as variáveis mensuradas pelos instrumentos. **Conclusão:** Ações que promovam a adesão ao tratamento da hipertensão devem ser fortalecidas em todos os níveis de atenção à saúde.

Descritores: Autocuidado; Hipertensão; Pressão Arterial; Adesão à Medicação; Enfermagem.

Abstract

Introduction: Systemic Arterial Hypertension is one of the most important public health problems in Brazil and worldwide. Non-compliance with drug treatment may be an obstacle to achieving effective results for the treatment. **Objective:** Analyze the compliance with hypertensive patients to drug treatment, identify the capacity for self-care and verify the correlation between the compliance with drug treatment and the capacity for self-care. **Patients and Methods:** Cross-sectional and population study performed in patients with arterial hypertension diagnosis, registered in the assistance program to hypertensive patient Family Health Strategy of Monte Verde Paulista, São Paulo State. Data collection occurred through the following instruments: Measure of Compliance with Treatment and Instrument for Assessing the Capacity to Self-Care both validated in the literature. **Results:** Of the patients participating in the study, 85.2% were classified in category compliance; the average capacity for self-care of patients in this study was 88.3. Statistical significance was found in comparison between the values of blood pressure, measured at the time of the interview, and scores of the Self-Care Capacity Assessment. There was no correlation with statistical significance between the variables measured by instruments. **Conclusion:** Actions that promote compliance with the hypertension treatment should be strengthened at all levels of health care.

Descriptors: Self Care; Hypertension; Arterial Pressure; Medication Adherence; Nursing.

¹Hospital de Moléstias Cardiovasculares (HMC)-São José do Rio Preto-SP-Brasil

²Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo(EERP-USP)- Ribeirão Preto-SP-Brasil

³Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)-São José do Rio Preto-SP-Brasil.

⁴Universidade Federal do Goiás(UFG) - Goiás-GO - Brasil.

Conflito de interesses: Não

Contribuição dos autores: APAP concepção e planejamento do projeto de pesquisa. GASAOO concepção e planejamento do projeto de pesquisa. DAP análise/interpretação dos dados. LPE análise/interpretação dos dados. LK revisão crítica.

Contato para correspondência: Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller

E-mail: gra.oller@usp.br

Recebido:27/10/2015; Aprovado: 28/03/2016

Introdução

No Brasil, como nos outros países, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do sistema circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda. Os principais fatores de risco para as DCNT são tabaco, alimentação não saudável, inatividade física e consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, elevada prevalência de hipertensão arterial e colesterol alto⁽¹⁾. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular comum e o fator de risco principal para acidente vascular cerebral (AVC) ou doenças cardíacas. Nos Estados Unidos, por exemplo, há uma taxa de prevalência de aproximadamente 40% em adultos acima de 20 anos, sendo praticamente igual entre homens e mulheres. Entre os adultos hipertensos, 80%, sabem da sua condição, 71% usam anti-hipertensivos e, apenas 48% daqueles que tem consciência da sua doença, possuem a pressão sanguínea controlada⁽²⁾.

Em 2000, aproximadamente um bilhão de pessoas viviam com hipertensão, valor que deve aumentar 60% em 2025, somando 1,56 bilhão⁽³⁾. No Brasil e no mundo, a HAS é um dos problemas mais importantes para a Saúde Pública⁽⁴⁾. A prevalência média estimada dos casos de HAS no país, em 2007, foi de 24%, afetando em torno de 50% das pessoas com idade entre 60 e 69 anos e mais de 70% daqueles com 70 anos ou mais⁽⁵⁾.

Os resultados de pesquisas de série, mostram um aumento da prevalência de hipertensão nos países em desenvolvimento, possivelmente causada pela urbanização, envelhecimento da população, mudanças de hábitos alimentares, obesidade e aumento da exposição ao estresse⁽⁴⁾.

Recentemente, estima-se que mais de 70% dos clientes com hipertensão não controlam a pressão sanguínea⁽⁶⁾. Dentre os fatores que contribuem para o baixo controle da PA, a não adesão ao tratamento medicamentoso tem uma função significativa⁽⁷⁾. A não adesão ao tratamento medicamentoso pode ser um obstáculo à obtenção de resultados efetivos para o tratamento da HAS⁽⁸⁾, e está fortemente relacionada a falta de acesso dos pacientes aos serviços de saúde, nível de conhecimento, atitudes e crenças sobre a hipertensão e seu tratamento⁽⁹⁾.

O modelo conceitual de Orem tem como meta ajudar as pessoas a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado. As capacidades de autocuidado se referem ao conjunto de conhecimentos, experiências e habilidades que são adquiridas por meio da educação e autotreinamento do indivíduo ao longo da vida. Essas capacidades são as possibilidades que o indivíduo possui de desempenhar seu desenvolvimento e funcionamento, definir o que pode e o que deve ser feito, e desenvolver as atividades selecionadas no sentido de atender às demandas de autocuidado. São as habilidades das pessoas no engajamento das atividades de autocuidado e, para isso, devem utilizar suas capacidades físicas, mentais e sociais⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

Assim, o presente estudo possui como objetivos analisar a ade-

são dos pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso, identificar a sua capacidade para o autocuidado e verificar a correlação entre a adesão ao tratamento medicamentoso e a capacidade para o autocuidado.

Casuística e Métodos

Realizou-se um estudo transversal com a inclusão de toda a população de pacientes hipertensos, cadastrados no programa de assistência ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família de Monte Verde Paulista-SP. A coleta de dados foi realizada de maio a agosto de 2012, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de medicina de São José do Rio Preto, nº 388/2011.

Foram incluídos os pacientes n=101 com diagnóstico de HAS, maiores de 18 anos, com avaliação cognitiva satisfatória, avaliada por instrumento específico⁽¹²⁾.

Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: instrumento de caracterização sociodemográfica e clínica; Medida de Adesão ao Tratamento (MAT)⁽¹³⁾ e Instrumento para Avaliação da Capacidade ao Autocuidado (*Appraisal of Self-Care Agency ASA Scale - ASA-A*)⁽¹⁴⁾.

O MAT foi aplicado para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes com HAS. Esse teste foi desenvolvido e adaptado do Teste de *Morisky* e validado para a língua portuguesa em 2001, apresentando boa consistência interna, com coeficiente de Cronbach de 0,74⁽¹³⁾.

Para a avaliação da capacidade de autocuidado exercida por pacientes com HAS, foi aplicado o instrumento a ASA-A⁽¹⁴⁾, que teve como marco conceitual a teoria de enfermagem do déficit do autocuidado de OREM⁽¹⁰⁾ e o conceito de competência para o autocuidado. Conceitualmente, mede o poder para o desempenho de operações produtivas de autocuidado, sendo traduzida, validada e adaptada para a cultura brasileira em 2002⁽¹⁵⁾. Suas dimensões são medidas em uma escala normatizada que varia de 24 a 120 pontos, em que 24 representa a menor capacidade de autocuidado e 120 a melhor capacidade de autocuidado.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos pacientes, com duração aproximada de 20 minutos. Foi estabelecido contato com os entrevistados, apresentação, esclarecimento sobre a pesquisa e obtenção do consentimento por escrito.

Os dados foram processados e analisados por meio do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS®) versão 19 for Windows IBM Company Copyright 2010. Foi utilizada estatística descritiva para caracterizar a amostra, Teste Exato de Fisher para verificar a associação entre as variáveis qualitativas relacionadas e variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. Utilizou-se também a Análise de variância – ANOVA para comparar os escores totais da ASA e da MAT com as variáveis categóricas e o Teste *t-Student* foi utilizado para comparar as médias provenientes de amostras não pareadas. Os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância $p < 0,05$.

Resultados

Dos 101 pacientes que participaram da pesquisa, 70 (69,3%) eram do sexo feminino e 31 (30,7%) do sexo masculino. A idade

variou de 30 a 93 anos, com média de 62,7, mediana de 63 e desvio padrão de 13 anos. Quanto à escolaridade, verificou-se que, 87 (86,1%) sabiam ler e escrever e tinham entre 1 e 17 anos de estudo. A maioria dos pacientes, 74 (73,3%), relatou ter um companheiro.

Em relação aos meios de obtenção de renda, 83 (82,1%) não possuíam trabalho próprio, 57 (56,4%) se mantinha com a aposentadoria, outras rendas, como o auxílio-doença da Previdência Social ou a renda do cônjuge. A idade média que os pacientes se aposentaram foi de 58,3 anos +8,2.

As comorbidades mais frequentes encontradas foram: déficit visual (n=81; 80,2%), outras (n=50; 49,5%), osteopatias (n=40; 39,6%) e diabetes *mellitus* (n=27; 26,7%). Foi calculado em 2,4 o número médio de comorbidades para cada paciente, no qual se observa variação pouco significativa entre adultos e idosos (2,1 e 2,6 respectivamente).

Verificou-se que o escore médio de MAT, foi de 5,3, em um intervalo de 1 a 6, demonstrando alta adesão ao tratamento medicamentoso (≥ 5 : adesão e < 5 não adesão)⁽¹³⁾. Desta forma, 86 (85,2%) participantes foram classificados na categoria adesão e 15 (14,8%), na não adesão.

A média da capacidade para o autocuidado dos pacientes deste estudo foi de 88,3, desvio-padrão de 11,6, com variação de 54 a 114 pontos do escore total. Foi encontrada significância estatística na comparação entre os valores de pressão sanguínea, aferidos no momento da entrevista, e escores de ASA-A. Não houve correlação com significância estatística entre as variáveis MAT e ASA-A (Tabela 1).

Tabela 1. Variáveis sociodemográficas, clínicas e escores total de ASA-A dos 101 pacientes hipertensos. Monte Verde Paulista/SP, 2012

Variável	Categoria	n	ASA-A		p
			Média	DP	
Sexo	Masculino	31	90,3	10,2	0,244
	Feminino	70	87,4	12,1	
Escolaridade	Analfabeto	13	88,6	14,5	0,924
	Sabe ler e escrever	88	88,3	11,2	
Idade	Até 59 anos	41	87,7	12,8	0,672
	60 anos ou +	60	88,7	10,7	
Tabagismo	Não	93	88,4	11,3	0,738
	Sim	8	87,0	14,4	
Etilismo	Não	93	87,5	11,6	0,085
	Sim	6	96,3	9,4	
Pressão	Ótima/Normal/Limítrofe	21	93,1	10,0	0,033
Arterial	Hipertensão	80	87,0	11,6	
MAT	Adesão (≥ 5)	86	89,1	11,3	0,096
	Não adesão (< 5)	15	83,7	12,3	

Teste T-Student

Verifica-se, na Figura 1, que as medianas dos *boxplots* apresentam valores muito próximos, o que demonstra que o número de comorbidades presentes nos pacientes não influencia a capacidade para o autocuidado.

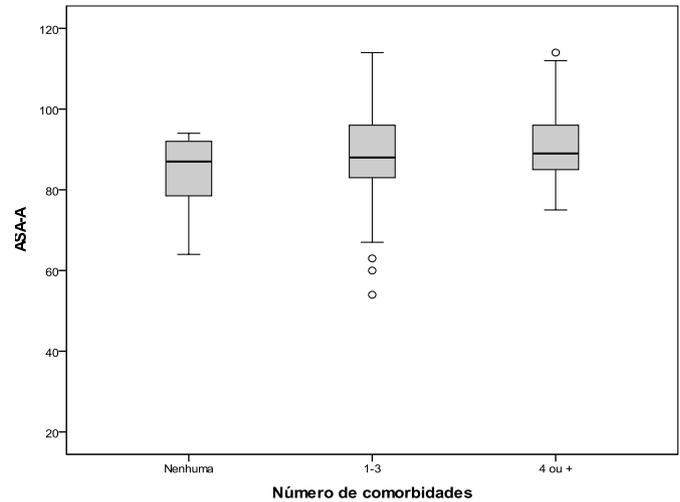


Figura 1. *Boxplots* do número de comorbidades apresentados pelos pacientes hipertensos, segundo a capacidade para o autocuidado (ASA-A). Monte Verde Paulista/SP, 2012

Identificou-se correlação entre o número de comorbidades e os escores total de MAT, em que a presença de 1 a 3 comorbidades indica maior adesão ao tratamento medicamentoso (Tabela 2).

Tabela 2. Número de comorbidades e escores total de MAT dos 101 pacientes hipertensos. Monte Verde Paulista/SP, Brasil, 2012

Comorbidades	MAT						
	Adesão		Não adesão		Total		p
	N	%	N	%	N	%	
Nenhuma	3	42,9	4	57,1	7	100	0,014
1 - 3	64	88,9	8	11,1	72	100	
4 ou +	18	81,8	4	18,2	22	100	

Teste Exato de Fisher $p \leq 0,05$

Discussão

O aumento crescente e contínuo das doenças crônicas não transmissíveis é apontado como um fator preocupante na saúde pública, e ações educativas e medidas preventivas junto à população geral, são essenciais para a redução dessas complicações⁽⁴⁾. Grande parte dos sujeitos hipertensos apresentou adesão ao tratamento medicamentoso (85,2%) e capacidade para o autocuidado satisfatória (88,3%). As variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas compõem importantes condições que podem influenciar e/ou se associar à adesão ao tratamento medicamentoso e à capacidade para o autocuidado dos pacientes com hipertensão.

Este estudo encontrou uma alta adesão medicamentosa de pacientes com HAS, corroborando resultados de outras investigações. Pesquisa realizada com hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família, em Ribeirão Preto-SP, identificou que 79,8% dos pacientes foram classificados como aderentes ao tratamento anti-hipertensivo⁽¹⁶⁾. Uma meta-análise realizada nas bases de dados MEDLINE, Web of Science, EMBASE e Cochrane, com população de 1.978.919, identificou que 59% dos hipertensos aderem ao tratamento medicamentoso, destacando

que a baixa adesão está associada ao baixo nível socioeconômico, existência de comorbidades e a necessidade de utilizar diversos medicamentos⁽⁹⁾.

A presença da baixa adesão ao autocuidado, concomitante a uma alta adesão ao tratamento medicamentoso, condiz com a literatura em relação a ser mais fácil tomar alguns comprimidos diariamente do que mudar o estilo de vida⁽¹⁷⁾.

Outro estudo com pacientes de 50 a 79 anos, também demonstrou que a maioria (59%) dos pacientes entrevistados tinha adesão ao tratamento farmacológico e associou esse resultado à frequência do paciente em consultas com a equipe de saúde, pelo menos uma vez ao ano, a não ingestão de bebidas alcólicas e a infarto do miocárdio prévio⁽¹⁸⁾.

Dados semelhantes também foram mostrados em um estudo de coorte retrospectivo que abordou a adesão e a persistência ao tratamento anti-hipertensivo, ligando quatro bancos de dados administrativos e um banco de dados clínicos em toda a província de Ontário, no Canadá, para obter uma coorte de idosos hipertensos, com idade entre 66 anos ou mais, que havia recebido uma nova receita médica de um agente anti-hipertensivo, entre 1997 e 2005. Os resultados demonstraram uma melhoria global da adesão ao tratamento ao longo dos anos, com diferenças significativas de acordo com as classes de drogas prescritas e outros fatores individuais⁽¹⁹⁾.

No Brasil, alguns estudos comprovaram que a implantação da Estratégia de Saúde da Família apresentou impacto positivo no controle da hipertensão arterial, por meio de ações que criaram ambientes favoráveis à saúde e favoreceram escolhas saudáveis⁽²⁰⁾. Valores controlados de pressão arterial foram encontrados em 91% de pacientes hipertensos, cadastrados em equipes de Estratégia de Saúde da Família, em Maceió⁽²¹⁾.

Indivíduos de idades mais avançadas apresentaram melhor adesão ao tratamento farmacológico⁽¹⁸⁾. O aumento da idade está ligado à maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e, isto, pode tornar o indivíduo mais preocupado com seu estado de saúde, aumentando a adesão ao tratamento, uma vez que este processo depende, em grande parte, de como o hipertenso percebe sua condição de saúde.

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo está associada ao aumento do risco relativo de desenvolver doenças coronarianas⁽⁹⁾. Hipertensos que abandonaram o tratamento apresentaram risco de síndrome coronária aguda três vezes mais do que os pacientes que mantiveram o tratamento anti-hipertensivo⁽²²⁾. Demonstra-se, ainda, que a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo está relacionada a altas taxas de doenças cerebrovasculares⁽²³⁾ e renais⁽⁴⁾.

Os pacientes deste estudo apresentaram boa capacidade para o autocuidado (média 88,3 pontos +12,2). Estes dados indicam relativo conhecimento dos pacientes em relação a seus requisitos universais e de desenvolvimento do ponto de vista das necessidades humanas básicas. Isso pode refletir em suas ações de autocuidado e em consequências em seu tratamento.

Ao analisar a pontuação obtida pelos participantes, no presente estudo, em relação à capacidade de autocuidado, é preciso considerar, especialmente, a média de idade e a presença de comorbidades.

Não se encontrou correlação entre a capacidade para o autocuidado e a variável idade, no entanto, a literatura aponta que nos idosos, a presença de incapacidades e de doenças crônicas são mais comuns. Porém, a longevidade não impede o idoso de manter sua independência, autonomia e autocuidado. Com o envelhecimento, a pessoa tende a apresentar uma diminuição na sua capacidade funcional e, conseqüentemente, no seu autocuidado. A manutenção ou restauração do autocuidado no idoso é importante, pois torna o paciente ativo no processo de cuidar⁽²⁴⁾. O caráter de cronicidade de doenças, associado às características do regime terapêutico, pode contribuir para a diminuição da capacidade de autocuidado⁽²⁵⁾. Dessa forma, é possível inferir que a presença de comorbidades, como a própria hipertensão, pode acentuar a menor capacidade para o autocuidado ($p=0,014$). É importante ressaltar que, apesar de os instrumentos utilizados no estudo para identificar a adesão ao tratamento medicamentoso e a capacidade para o autocuidado serem amplamente utilizados, são medidas autorreferidas que fornecem informações em um determinado contexto. Partem da percepção e da manifestação da pessoa que pode superestimar sua própria capacidade para o autocuidado e adesão ao tratamento medicamentoso.

Estudos futuros de segmento e analíticos são louváveis para obtenção de resultados mais conclusivos e determinação de causas-efeitos. Esses podem ser incluídos no planejamento da assistência de enfermagem e subsidiarão intervenções para a melhoria da assistência de enfermagem prestada.

Conclusão

No estudo, 85,2% dos participantes foram classificados na categoria adesão, a média da capacidade para o autocuidado dos pacientes deste estudo foi de 88,3 +12,2. Foi encontrada significância estatística na comparação entre os valores de pressão arterial, aferidos no momento da entrevista, e escores de ASA-A. Não houve correlação com significância estatística entre as variáveis MAT e ASA-A.

Isso permitiu compreender os aspectos relacionados a essas variáveis, que poderão subsidiar intervenções de enfermagem para a melhoria da assistência prestada a essa população. A capacidade para o autocuidado, nessa mesma população, apontou um relativo conhecimento dos pacientes em relação aos requisitos universais e de desenvolvimento das necessidades humanas básicas.

Referências

1. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):425-38.
2. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(4):e18-209. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182009701.
3. Lawes CM, Vander Hoorn S, Rodgers A, International Society of Hypertension. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. 2008;371(9623):1513-8. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60655-8.

4. World Health Organization – WHO. Cardiovascular disease [homepage na Internet]. WHO; 2016 [acesso em 2015 Abr 23]. A global brief on hypertension; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/en/.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipert*. 2010;17(1):1-64.
6. Calhoun DA, Jones D, Textor S, Goff DC, Murphy TP, Toto RD, et al. Resistant hypertension: diagnosis, evaluation, and treatment: a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension*. 2008;117(25):e510-26. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.189141.
7. Young JH, Ng D, Ibe C, Weeks K, Brotman DJ, Dy SM, et al. Access to care, treatment ambivalence, medication nonadherence, and long-term mortality among severely hypertensive African Americans: a prospective cohort study. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015;17(8):614-21. doi: 10.1111/jch.12562.
8. Bosworth HB, Granger BB, Mendys P, Brindis R, Burkholder R, Czajkowski SM, et al. Medication adherence: a call for action. *Am Heart J*. 2011;162(3):412-24. doi: 10.1016/j.ahj.2011.06.007.
9. Chowdhury R, Khan H, Heydon E, Shroufi A, Fahimi S, Moore C, et al. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences. *Eur Heart J*. 2013;34(38):2940-8.
10. Orem DE. *Nursing: concepts of practice*. 2. ed. St. Louis: Mosby; 1991.
11. Silva JV, Machado DR, Martins JCC, Narcy JL, Porfirio TA, Andrade FN. Capacidades de autocuidado e sua relação com os fatores condicionantes básicos: um estudo em Unidade Básicas de Saúde. *REAS Rev Eletr Acervo Saúde*. 2012;4(1):185-99.
12. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*. 1975;23(10):433-41.
13. Delgado AB, Lima ML. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicol Saúde Doenças* 2001;2(2):81-100.
14. Evers GC, Isenberg MA, Philipsen H, Senten M, Brouns G. Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency A.S.A.-scale. *Int J Nurs Stud*. 1993;30(4):331-42.
15. Silva JV, Kimura M. Adaptação cultural e validação do instrumento de capacidade de autocuidado do “Appraisal of self-care agency scale” [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
16. Ungari AQ, Fabbro ALD. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz J Pharm Sci*. 2010;46(4):811-8.
17. Hallberg I, Ranerup A, Kjellgren K. Supporting the self-management of hypertension: patients’ experiences of using a mobile phone-based system. *J Hum Hypertens*. 2016;30(2):141-6. doi: 10.1038/jhh.2015.37.
18. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adherence to pharmacological and non pharmacological treatment for arterial hypertension and associated factors in primary care. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
19. Friedman O, McAlister FA, Yun L, Campbell NR, Tu K. Antihypertensive drug persistence and compliance among newly treated elderly hypertensives in Ontario. *Am J Med*. 2010;123(2):173-81.
20. Ribeiro AG, Cotta RMM, Ribeiro SMR. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(1):7-17.
21. Gomes TJO, Silva MVR, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. 2010;17(3):132-9.
22. Vergetti BK, Melo AN, Nogueira AR. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. *Cad Saúde Publica*. 2008;24(12):2979-84.
23. Reach G, Guedj-Meynier D, Darné B, Herpin D. Factors associated with medication non-adherence in uncontrolled hypertensive males and females: ODACE study. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. 2015;64(3):222-6. doi: 10.1016/j.ancard.2015.04.012.
24. Lommi M, Matarese M, Alvaro R, Piredda M, Marinis MGDE. The experiences of self-care in community-dwelling older people: a meta-synthesis. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(12):1854-67. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.06.012.
- Akin S, Mendi B, Ozturk B, Cinper C, Durna Z. Assessment of relationship between self-care and fatigue and loneliness in haemodialysis patients. *J Clin Nurs*. 2014;23(5-6):856-64.

Ana Paula Antoniassi da Silva é enfermeira do Hospital de Molestias Cardiovasculares (IMC). E-mail: paula.antoniassi@hotmail.com

Graziella Allana Serra Alves de Oliveira Oller é enfermeira, doutoranda do programa de pós-graduação da escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP) e coordenadora auxiliar do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Paulista (UNIP). E-mail: gra.oller@usp.br

Daniele Alcalá Pompeo é enfermeira, professora doutora adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). E-mail: daniele.pompeo@famerp.br

Letícia Palota Eid é enfermeira, professora da Universidade Federal de Goiás(UFG). E-mail: lpalota@yahoo.com.br

Luciana Kusumota é enfermeira, professora doutora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). E-mail: kusumota@eerp.usp.br