

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

**BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO**

**PERFIL DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM IMPERATRIZ - MA**

IMPERATRIZ

2019

**BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO**

**PERFIL DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM IMPERATRIZ - MA**

Trabalho de Conclusão de Ciclo apresentado ao  
Curso de Medicina da UFMA/Imperatriz, como  
parte dos requisitos para a obtenção do título de  
Bacharel em Medicina.

**Orientador(a):** Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lucyia Alves de  
Carvalho Silva

IMPERATRIZ

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cutrim Cardoso, Bruna Cristina.

Perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos em  
unidade básica de saúde em Imperatriz - ma / Bruna  
Cristina Cutrim Cardoso. - 2019.

34 f.

Orientador(a): Lucya Alves de Carvalho Silva.

Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão,  
Imperatriz - MA, 2019.

1. Adesão. 2. Conhecimento. 3. Hipertensão. 4.  
Tratamento. I. Alves de Carvalho Silva, Lucya. II.  
Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, SAÚDE E TECNOLOGIA  
CURSO DE MEDICINA

---

Candidato: Bruna Cristina Cutrim Cardoso

Título do TCC: Perfil de adesão de pacientes hipertensos atendidos em unidade básica de saúde em Imperatriz- MA

Orientador: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luecya Alves de Carvalho Silva

A Banca Julgadora de trabalho de Defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, em sessão pública realizada a ...../...../....., considerou

**Aprovado**

**Reprovado**

Examinador (a): Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

Examinador (a): Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

Presidente: Assinatura: .....  
Nome: .....  
Instituição: .....

## COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERFIL DE ADESÃO TERAPÊUTICA DE PACIENTES ATENDIDOS PELO PROGRAMA HIPERDIA EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE

**Pesquisador:** LUECYA ALVES DE CARVALHO SILVA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 04276818.1.0000.5087

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Maranhão

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.178.348

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1096194.pdf	13/01/2019 13:18:20		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCC_final_bruna.docx	13/01/2019 13:15:54	BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_TCC_final_bruna.pdf	11/01/2019 19:43:22	BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_bruna.docx	11/01/2019 19:38:00	BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizaco_instituicao_bruna.pdf	02/12/2018 23:01:15	BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_bruna.pdf	02/12/2018 22:09:24	BRUNA CRISTINA CUTRIM CARDOSO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, primeiramente, a Deus por estar mais próximo dos meus propósitos

À minha orientadora Luecya Alves de Carvalho Silva, que destinou seu tempo, com atenção e paciência para me auxiliar em todo esse processo.

À toda equipe da Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, por toda prestatividade, fundamental para cada etapa da realização deste trabalho.

Aos meus pais, Gisélia Cristina Cutrim Cardoso e Jose de Ribamar Cardoso Filho, por todo suporte incondicional. Ao meu esposo, Mário Lucio Monteiro de Carvalho, por todo amor e paciência. Ao meu filho, Guilherme Cardoso Monteiro de Carvalho, por ter sido motivação para toda superação.

Aos meus amigos, pelo sentimento de companheirismo e de irmandade.

## RESUMO

O objetivo principal da pesquisa é delinear o perfil de adesão do paciente hipertenso atendido na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes, município de Imperatriz, Maranhão. Realizou-se um estudo transversal com 227 pacientes através de entrevistas que avaliaram o perfil sociodemográfico, a adesão medicamentosa através do questionário de Morisky Green, hábitos de vida relacionados ao controle dos níveis pressóricos e conhecimento acerca da patologia. O perfil sociodemográfico encontrado foi: mulher, idade maior que 60 anos, pardos, casados, ensino fundamental incompleto, aposentados e com renda entre 1 e 2 salários mínimos. Quanto a adesão do tratamento farmacológico, 46,7% dos entrevistados apresentou alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5%, baixa adesão. Sobre o conhecimento, evidenciou-se que 59,9% apresentou conhecimento satisfatório, em que se observou associação com as variáveis sociodemográficas 'escolaridade' e 'estado civil'. Já o grau de adesão encontrou relação com a 'idade', 'renda', 'ocupação' e também com o nível de conhecimento. Ademais, demonstrou-se que pacientes adeptos ao tratamento farmacológico também demonstraram maior autocuidado, a partir da adoção de medidas saudáveis recomendadas para o controle da hipertensão arterial.

**Descritores:** Adesão; Tratamento; Hipertensão; Conhecimento.

## ABSTRACT

The main point of the research is delimitating the adherence profile of the hypertensive patient of the Milton Lopes Basic Health Unit, at the county of Imperatriz, in Maranhão. For that, it was realized a transversal study with two hundred twenty-seven patients through interviews that evaluated the socio sociodemographic profile, drug adherence by means of the Morisky Green questionnaire, life habits related to the control of pressure levels and knowledge about the pathology. The sociodemographic profile found was: woman, age over 60, brown, married, incomplete elementary school, retired and with income between 1 and 2 minimum wages. Regarding adherence to pharmacological treatment, 46.7% of the interviewees had high adherence, 45.8% mean adherence and 7.5%, low adherence. About the knowledge, it was evidenced that 59.9% presented satisfactory knowledge, in which it was observed the association with the sociodemographic variables 'schooling' and 'marital status'. On the other hand, the adhesion process was related to 'age', 'income', 'occupation' and also to the level of knowledge. Besides, it was demonstrated that patients who are adept at pharmacological treatment are also the ones that have demonstrated the greatest self-care, based on the adoption of healthy measures recommended for the control of arterial hypertension.

**Keywords:** Adhesion; Treatment; Hypertensive; Knowledge



**SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>4 DISCUSSÃO .....</b>	<b>23</b>
<b>5 CONCLUSÃO .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>30</b>

**PERFIL DE ADESÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS EM UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE EM IMPERATRIZ – MA**

*Profile of accession of hypertensive patients served in a basic health unit at Imperatriz- MA*

## **1 INTRODUÇÃO**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é conceituada como uma condição clínica multifatorial caracterizada pelo aumento sustentado da pressão arterial (PA), em que a pressão sistólica deve ser  $\geq$  140mmHg e a diastólica  $\geq$  90 mmHg.<sup>1</sup> Frequentemente pode estar relacionada a distúrbios funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares<sup>2,3</sup>.

Trata-se de uma doença de alta prevalência global, estimando-se que mais de sete milhões de pessoas sejam afetadas em todo mundo<sup>4</sup>. No Brasil, dados apontam que a síndrome atinge, aproximadamente, 22% da população brasileira com faixa etária maior que vinte anos, sendo responsável por 80% dos casos de acidente cérebro vascular (AVE), 60% dos casos de infarto agudo do miocárdio (IAM) e 40% das aposentadorias precoces<sup>5</sup>, o que a faz, nesse contexto, ser considerada um fator de risco modificável no âmbito da saúde pública nacional.

Por outro lado, o controle da doença é considerado um desafio e vem sendo priorizado pela Estratégia da Saúde da Família (ESF)<sup>6</sup>. Este controle está voltado e estreitamente associado ao sucesso da terapia anti-hipertensiva, que apesar de encontrar disponibilidade global, eficácia na redução dos valores pressóricos e na redução da morbidade e mortalidade, não apresenta um alto índice de adesão por parte dos pacientes hipertensos. Estima-se que apenas 25% dos

doentes tratados são capazes de conseguir um controle ótimo da pressão arterial e que apenas 50% continua adepto a terapia após um ano<sup>2,7,9</sup>

Ao se falar em ‘adesão à terapêutica’, considera-se o cumprimento das medidas de tratamento recomendadas, medicamentosas ou não, com o objetivo de controlar os níveis pressóricos. É considerado um fenômeno comportamental complexo, fortemente influenciado por diversas dimensões, externas ao paciente (meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica), ou intrínsecos a este (comportamento, sentimentos, posicionamentos e crenças).<sup>9,10</sup>

Acredita-se também que um dos fatores associados à dificuldade no processo de adesão ao tratamento da HAS é a manifestação inicial da doença, que apresenta caráter insidioso, assintomático, evolução lenta e cronicidade, o que gera uma falsa percepção de que a doença não requer cuidados.<sup>11</sup> Assim, os portadores não sentem necessidade de alterar suas rotinas, tanto em relação ao trabalho, ao meio social e à dinâmica familiar, até que surjam as primeiras complicações provocadas pela doença.<sup>12</sup>

Ainda nesse sentido, o conhecimento do indivíduo sobre sua patologia é também pode ser reportado fator decisivo para que haja envolvimento com a terapia, estando associado ao aumento da adesão a medicação e por consequência, ao melhor controle da PA<sup>13,14</sup> Entretanto, o número de pacientes não compreende a doença e o tratamento medicamentoso é significativo, o que eleva o potencial de ‘não adesão’.<sup>15</sup>

O objetivo deste trabalho, portanto, é avaliar o perfil de adesão do paciente hipertenso atendido na unidade básica de saúde Milton Lopes no Município de Imperatriz no Estado do Maranhão, evidenciando e relacionando variáveis sociodemográficas, grau de adesão terapêutico, hábitos de vida relacionados a terapêutica complementar e o conhecimento deste acerca de sua patologia.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, quanti-qualitativo e de corte transversal, realizado no município de Imperatriz, estado do Maranhão, na Unidade Básica de Saúde Milton Lopes.

Foram estudados 227 pacientes hipertensos. O cálculo da amostra foi realizado no software G\*Power 3.1 <sup>16</sup>, utilizando uma análise de qui-quadrado. O poder foi fixado em 0,95 ou 95% e nível de significância ( $\alpha$ ) foi mantido em 0,05 ou 5%.

. Foram excluídos do delineamento da amostra pacientes menores de 18 anos, os com dificuldades cognitivas que comprometessem o entendimento do estudo e os que não aceitaram participar com a assinatura do TCLE.

Os pacientes foram escolhidos de forma aleatória, através de dados disponibilizados na própria unidade de atendimento, em que se obteve nome e endereço para realização de visitas domiciliares e aplicação de questionários. Foram realizados o total de 293 visitas, porém 23 não estavam, 26 não aceitaram participar e 14 haviam falecido.

Os dados foram obtidos através das aplicações de questionários que avaliaram o perfil biosociodemográfico, adesão ao tratamento farmacológico, hábitos adjuvantes ao tratamento medicamentoso e o grau de conhecimento do paciente sobre a HAS.

As variáveis sociodemográficas independentes avaliadas foram: sexo, idade, cor (auto referida), estado civil, escolaridade, renda familiar (em salários mínimos) e profissão.

Avaliação da adesão medicamentosa foi realizada através do teste de Morisky Green: É um questionário validado para avaliar a adesão do tratamento medicamentoso através de 4 perguntas fechadas. A cada resposta “sim” atribui-se a pontuação (0), e a cada resposta “não” atribui-se a pontuação (1). A avaliação da escala é classificada em níveis de adesão: alta adesão

(escore 4), média adesão (escore 3 ou 2) e baixa adesão (escore 1 ou 0). Também pode-se utilizar o score aderentes (4 pontos) e não aderentes (</3 pontos).

Para analisar o grau de conhecimento, utilizou-se um questionário constituído de 10 perguntas sobre diferentes aspectos relacionados ao conhecimento geral sobre a hipertensão arterial sistêmica, em que as respostas podem ser sim ou não. Considera-se conhecimento satisfatório quando 70% das questões forem respondidas de maneira correta.

Foram investigados também hábitos de vida do paciente que se relacionam ao desenvolvimento da HAS: alimentação, prática de exercício físico e assiduidade no acompanhamento profissional. As perguntas dessas esferas foram retiradas do Instrumento da Não Adesão Arterial Sistêmica, questionário validado nacionalmente.<sup>17</sup>

Os dados coletados foram armazenados em um banco de dados específico criado no programa Microsoft Excel versão 2016. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística dos dados foi realizada no programa IBM SPSS 24.<sup>18</sup>

Inicialmente, realizou-se análises descritivas por meio de frequências relativas e absolutas das características sociodemográficas, de adesão ao tratamento e conhecimento sobre o assunto. Para avaliar possíveis associações entre as variáveis, foram utilizados testes de Qui-quadrado, Exato de Fisher ou de Fisher-Freeman-Halton, dependendo do comportamento dos dados.<sup>(19)</sup> Todos os testes foram realizados a 5% de significância.

### 3 RESULTADOS

Para atingir o número esperado da amostra (227 pacientes) foram realizadas 293 visitas, porém 23 pacientes não estavam presentes nas residências, 16 haviam mudado de endereço, 20 não aceitaram participar e 14 haviam falecido. Dos 227 que aceitaram participar, 72,7% pertenciam ao sexo feminino, 81,1% apresentava mais de 60 anos, 40,5% se considerou apresentar cor parda e 59% identificou-se como casado. Aproximadamente metade, 52%, declarou ter frequentado apenas o fundamental incompleto e apenas 3,5% cursou ensino superior. 67,8% relatou renda mensal de 1 até 2 salários mínimos condizendo com o fato de a maioria declarar estar já estar aposentada (65,2%). (Tabela 1)

Quanto ao grau de adesão medicamentosa destes pacientes, avaliado pelo teste de Morisky Green, 46,7% apresentou alta adesão, 45,8% média adesão e 7,5%, baixa adesão. As variáveis sociodemográficas independentes que encontraram relação significativa ao grau de adesão, foram idade ( $p < 0,001$ ), renda mensal ( $p = 0,002$ ) e ocupação ( $p < 0,0031$ ). Pacientes mais velhos, com maior renda e os aposentados apresentaram índice maior de adesão medicamentosa. As demais variáveis não encontraram significância nas comparações. (Tabela 2)

O conhecimento avaliado foi considerado satisfatório em 59,9% do número total de pacientes, e comparando-o às variáveis sociodemográficas, encontrou-se significância relevante com a escolaridade ( $p = 0,01$ ) e estado civil ( $p = 0,05$ ). Pacientes com menor grau de instrução apresentaram menor índice de conhecimento: dentre os indivíduos que não frequentaram a escola, 50% apresentou conhecimento insatisfatório. Dentre os pacientes que cursaram até o fundamental incompleto, este índice foi de 44,9%. Dentre os que cursaram até fundamental completo, 47,8%; médio incompleto, 27,8%; médio completo 8,7%; e superior,

25%. Quanto ao estado civil, o maior índice de conhecimento insatisfatório foi entre os viúvos, 54%, seguidos dos casados, 35,1%, divorciados, 33,3% e solteiros 30%.

O conhecimento também encontrou relação significativa ( $p < 0,001$ ) com os resultados da adesão segundo Morisky Green. Obteve-se que pacientes com conhecimento satisfatório apresentaram maior adesão. E, dentre os pacientes com alta adesão, 58,8% apresentou índice de conhecimento satisfatório. Dentre os pacientes com média adesão este percentual foi de 36,8% e com baixa foi de apenas 4,4%.

Ao comparar as respostas do teste de Morisky Green às respostas das perguntas do questionário de conhecimento, é evidente o baixo percentual de pacientes que consideraram o caráter silencioso da doença: apenas 17% dos pacientes com adesão perfeita e 17,4% dos pacientes com adesão imperfeita acreditam na ausência de sintomas da hipertensão. Encontrou-se, também, um baixo índice de acertos para a pergunta acerca dos valores pressóricos limítrofes da pressão arterial (38,7% dos aderentes perfeitos e 35,5% dos não aderentes) e para a pergunta sobre a efetividade de tratamentos não farmacológicos (17,9% dos não aderentes e 21,5% dos não aderentes). (Tabela 3)

Em análise das questões do questionário de conhecimento comparadas à adesão, este trabalho evidenciou que pacientes que consideram o caráter crônico da doença ( $p = 0,04$ ), bem como o tratamento vitalício ( $p = 0,03$ ) e consideram a redução do estresse como impacto positivo na redução dos níveis pressóricos apresentam maior adesão ao tratamento farmacológico ( $p = 0,002$ ). (Tabela 3)

A relação entre Morisky Green e hábitos individuais relacionados à hipertensão, mostrou que os percentuais de autocuidado foram, de forma geral, maiores nos pacientes considerados em total adesão a terapia medicamentosa, com exceção da baixa participação dos grupos de educação em saúde, em que 93,4% dos pacientes aderentes se consideraram faltosos

e os não aderentes este o percentual é de 86,8%. Evidenciou-se, no entanto, um alto percentual de falta às reuniões. (Tabela 4)

Os fatores em que se encontrou significância com teste de Morisky Green, foram: ‘alimentação pobre em verduras e frutas’ ( $p=0,002$ ), ‘vida estressante’ ( $p<0,001$ ) e ‘falta às consultas de hipertensão’ ( $0,001$ ). Pacientes que possuem adesão imperfeita ao tratamento medicamentoso possuem maior índice de alimentação pobre em frutas e verduras (45%) comparada aos que possuem adesão perfeita (25%). Pacientes que consideraram sua vida estressante também são menos aderentes ao tratamento medicamentoso: 50,4% dos pacientes não aderentes afirmou possuir uma rotina estressante, enquanto dentro dos pacientes aderentes, 72,6% negou o mesmo ritmo de rotina. Pacientes faltosos em suas consultas também estão relacionados à menor adesão à terapêutica medicamentosa: dos pacientes aderentes, apenas 4,7% afirmou a falta, enquanto entre os não aderentes, 19,8% afirmou o mesmo. (Tabela 4).



Tabela 1. Características sociodemográficas dos pacientes hipertensos atendidos da Unidade Básica de Saúde Milton Lopes (n=227)

		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	165	72,7
	Masculino	62	27,3
<b>Idade</b>	20 a 40 anos	9	4,0
	> 40 a 60 anos	34	15,0
	> 60 anos	184	81,1
<b>Cor</b>	Parda	92	40,5
	Branca	81	35,7
	Preta	49	21,6
	Amarela	4	1,8
	Indígena	1	0,4
<b>Estado civil</b>	Casado(a)	134	59,0
	Viúvo(a)	63	27,8
	Solteiro(a)	20	8,8
	Divorciado(a)	9	4,0
	União estável	1	0,4
<b>Escolaridade</b>	Nunca foi à escola	14	6,2
	Fundamental incompleto	118	52,0
	Fundamental completo	46	20,3
	Médio incompleto	18	7,9
	Médio completo	23	10,1
	Superior	8	3,5
<b>Renda Mensal</b>	< 1 salário mínimo	54	23,8
	1 até 2 salários mínimos	154	67,8
	> 2 até 3 salários mínimos	12	5,3
	> 3 salários mínimos	7	3,1
<b>Ocupação</b>	Aposentado(a)	148	65,2
	Do lar	27	11,9
	Autônomo(a)	17	7,5
	Outros	35	15,4

Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00.<sup>20</sup> Fonte: Autoria própria (2019).

Tabela 2. Distribuição dos pacientes em graus de adesão ao tratamento anti-hipertensivo de acordo com as características sociodemográficas, Imperatriz-MA (n=227)

	QMG (Adesão)						p-valor
	Alta		Média		Baixa		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>							
Feminino	78	47,3	74	44,8	13	7,9	0,87*
Masculino	28	45,2	30	48,4	4	6,5	
<b>Idade</b>							
20 a 40 anos	2	22,2	2	22,2	5	55,6	<0,001*
> 40 a 60 anos	15	44,1	13	38,2	6	17,6	
> 60 anos	89	48,4	89	48,4	6	3,3	
<b>Cor</b>							
Branca	37	45,7	39	48,1	5	6,2	0,87**
Preta	25	51,0	18	36,7	6	12,2	
Amarela	3	75,0	1	25,0	0	0,0	
Parda	41	44,6	45	48,9	6	6,5	
Indígena	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
<b>Estado civil</b>							
Solteiro(a)	12	60,0	2	10,0	6	30,0	0,22**
Casado(a)	67	50,0	61	45,5	6	4,5	
Viúvo(a)	24	38,1	36	57,1	3	4,8	
Divorciado(a)	3	33,3	4	44,4	2	22,2	
União estável	0	0,0	1	100,0	0	0,0	
<b>Escolaridade</b>							
Nunca foi à escola	3	21,4	10	71,4	1	7,1	0,41**
Fundamental incompleto	58	49,2	52	44,1	8	6,8	
Fundamental completo	21	45,7	19	41,3	6	13,0	
Médio incompleto	9	50,0	7	38,9	2	11,1	
Médio completo	10	43,5	13	56,5	0	0,0	
Superior	5	62,5	3	37,5	0	0,0	
<b>Renda mensal</b>							
< 1 salário mínimo	20	37,0	22	40,7	12	22,2	0,002**
1 a 2 salários mínimos	74	48,1	75	48,7	5	3,2	
> 2 a 3 salários mínimos	7	58,3	5	41,7	0	0,0	
> 3 salários mínimos	5	71,4	2	28,6	0	0,0	
<b>Ocupação</b>							
Do lar	12	44,4	13	48,1	2	7,4	0,003*
Aposentado(a)	71	48,0	73	49,3	4	2,7	
Autônomo(a)	8	47,1	6	35,3	3	17,6	
Outros	15	42,9	12	34,3	8	22,9	

Salário mínimo vigente em 2019: R\$998,00.\*Teste de Qui-quadrado. \*\*Teste de Fisher-Freeman-Halton. Fonte: Autoria própria (2019).

Tabela 3. Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo de acordo com as atitudes positivas em relação ao conhecimento da doença, Imperatriz-MA (n=227)

	MG_CAT				p-valor*
	Aderente (n=106)		Não Aderente (n=121)		
	n	%	n	%	
Pressão alta é uma doença para toda vida?	85	80,2	85	70,2	0,04
Quem tem pressão alta, na maioria das vezes, não sente nada diferente?	18	17,0	21	17,4	0,99
A pressão alta é quando for maior ou igual a 14 por 9?	41	38,7	43	35,5	0,68
Pressão alta pode trazer problemas para o coração, cérebro e rins?	93	87,7	99	81,8	0,27
O tratamento para pressão alta é para toda a vida?	82	77,4	81	66,9	0,03
A pressão alta também pode ser tratada sem remédios?	19	17,9	26	21,5	0,50
Exercícios físicos regulares ajudam a controlar a pressão alta?	97	91,5	107	88,4	0,62
Para quem é obeso, perder peso ajuda a controlar a pressão alta?	89	84,0	104	86,0	0,81
Diminuir o sal da comida ajuda a controlar a pressão alta?	104	98,1	115	95,0	0,58
Diminuir o nervosismo ajuda a controlar a pressão alta?	97	91,5	92	76,0	0,002

\*Teste de Qui-quadrado. Fonte: Autoria própria (2019).

Tabela 4. Distribuição dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo de acordo com os hábitos de vida (n=227)

HÁBITOS DE VIDA		MG_CAT				p-valor*
		Aderente (n=106)		Não Aderente (n=121)		
		N	%	N	%	
Com o início do tratamento, costuma fazer uso de alimentação rica em sal?	Não	92	86,8	104	86,0	0,85
	Sim	14	13,2	17	14,0	
Com o início do tratamento, costuma fazer uso de alimentação rica em frituras/gordura?	Não	80	75,5	83	68,6	0,25
	Sim	26	24,5	38	31,4	
Com o início do tratamento, costuma fazer uso de alimentação como pizzas, sanduíches, pastéis, batatas fritas, salgadinhos em geral e empanados?	Não	87	82,1	90	74,4	0,16
	Sim	19	17,9	31	25,6	
Possui alimentação pobre em frutas e verduras?	Não	79	74,5	66	54,5	0,002
	Sim	27	25,5	55	45,5	
Costuma manter um estilo de vida estressante?	Não	77	72,6	60	49,6	<0,001

	Sim	29	27,4	61	50,4	
Possui rotina diária sem exercícios físicos?	Não	24	22,6	18	14,9	0,13
	Sim	82	77,4	103	85,1	
Não tem tempo para realizar exercícios físicos?	Não	70	66,0	67	55,4	0,10
	Sim	36	34,0	54	44,6	
Costuma faltar às consultas para tratamento da hipertensão?	Não	101	95,3	97	80,2	0,001
	Sim	5	4,7	24	19,8	
Apresenta baixa participação em grupos de educação em saúde?	Não	7	6,6	16	13,2	0,10
	Sim	99	93,4	105	86,8	

\*Teste de Qui-quadrado. \*\*Teste exato de Fisher. Fonte: Autoria própria (2019).

## 4 DISCUSSÃO

O processo de adesão terapêutica é um fenômeno multidimensional, determinado pela interação de um conjunto de fatores que afetam o comportamento e a capacidade do paciente de seguir o tratamento.<sup>20</sup> Reflete, em parte, o modo como as pessoas compreendem e assumem o cuidado com sua saúde.<sup>21</sup>

Na literatura, há grande variabilidade nos níveis de adesão ao tratamento farmacológico, atribuída à falta de homogeneidade das metodologias utilizadas, que incluem distintas áreas, populações de hipertensos, tempos de seguimento, números de participantes e formas de obter ou sistematizar a informação sobre adesão e não há consenso sobre o melhor, que possa ser considerado como padrão-ouro.<sup>22</sup>

No contexto da grande variabilidade de índices globais de adesão, o presente estudo demonstrou taxa de adesão perfeita inferior à encontrada nos estudos em alguns países, como a Canadá (77%) e Espanha (75%).<sup>8, 24</sup> Entretanto, apresentou níveis superiores a países como China (43%) e na Gâmbia (27%).<sup>25,26</sup> O resultado comparativo pode ser explicado sob a ótica da relação do desenvolvimento e o nível de adesão. Países com menor desenvolvimento apresentam taxas de baixa adesão maiores, com taxa média estimada em 50% ou menos, dada maior a escassez de recursos para a saúde e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde.<sup>27</sup> Diferenças culturais, de idade, do estado de saúde e na origem da população estudada também são alguns dos elementos que podem determinar a variação entre as taxas de não adesão observadas.<sup>26</sup>

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>28</sup> o grau de adesão também é influenciado diretamente pelos modelos de atenção estabelecidos para a saúde. Desta forma, o modelo de atenção à saúde ofertado pela estratégia do Programa Saúde da Família em território nacional, provavelmente, explicaria os o comportamento semelhante dos resultados obtidos nesta pesquisa aos obtidos por Lima et. al, que obtiveram 45% dos pacientes com maior

adesão e 55% dos pacientes com menor adesão, e aos resultados coletados por Motta et. al, que obtiveram 49,2% dos pacientes com maior adesão e 50,8% com menor adesão.<sup>29,30</sup>

No âmbito da caracterização do perfil socioeconômico da população estudada na unidade de saúde obteve-se que mais de dois terços dos pacientes pertencem ao sexo feminino, predominância que vem sido apontada por outros estudos, desenvolvidos no Brasil e no exterior.<sup>31</sup> Sabe-se que o maior número de participantes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) são mulheres, que tem importância neste trabalho, pois todos os pacientes pertencem a esta esfera. Reporta-se a isto, também, o fato de maior autocuidado dessa população.<sup>6</sup>

Estudos apontam, ainda, para o fato das mulheres buscarem tratamento com maior assiduidade, como um reflexo cultural motivado pela forma como são organizados os serviços de saúde (horário de atendimento). Acresce-se o fato de que, na maioria das vezes, são as mulheres que acompanham as crianças aos serviços de saúde, facilitando assim o acesso às atividades e às equipes multidisciplinares da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>32</sup> Contudo, apesar da predominância feminina expressiva no estudo, a variável sexo não encontrou relação com a adesão.

Segundo o Carvalho et. al, o público de maior procura nos atendimentos básicos seria composto por idosos e mulheres.<sup>33</sup> Os resultados obtidos no atual estudo corroboram esta informação, de forma que população idosa encontrada foi expressivamente superior as demais idades e encontrou significância estatística com o grau de adesão. Ademais, o resultado encontra embasamento em LONGO et. al, que estima que a HAS esteja presente em 71% da população com mais de 85 anos devido a um aumento da pressão sistólica com o passar da idade.<sup>34</sup> Outros trabalhos na literatura também se assemelham ao resultado encontrado.<sup>35, 14, 15, 32</sup>

Quanto a prevalência étnica dentre pacientes deste estudo, foi encontrado que a maior se considera parda, seguido de brancos e negros. Esse resultado concorda com o conhecimento de que hipertensão arterial é, aproximadamente, duas vezes mais prevalente em indivíduos de

cor não branca. Entretanto, não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre essa prevalência no Brasil.<sup>36</sup> Este estudo também considerou a etnia autodeclarada, o que pode ser considerado um viés, pois varia conforme a auto percepção do indivíduo em questão.

No aspecto do estado civil, ressalta-se na literatura a participação do cônjuge como componente facilitador para a adesão ao tratamento, contribuindo desta forma para o controle da PA.<sup>36, 32</sup> Afirma-se a importância da família na esfera terapêutica, pois esta, em muitos casos, atua como um lembrete do tratamento e pode promover uma mudança de conduta e autocuidado.<sup>37, 15</sup> Neste trabalho, porém, apesar de a maioria declarar-se casada, o estado civil do paciente não encontrou relação com o grau de adesão.

No Brasil, considera-se que a HAS é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade<sup>31</sup> o que ratifica os resultados encontrados, em que a maioria não chegou a concluir o ensino fundamental. Para Piccini et al. a escolaridade mostrou-se associada ao pior o controle naqueles com menos anos na escola.<sup>38</sup> Justifica-se que indivíduos de baixa escolaridade e com doenças crônicas apresentam dificuldades tanto no entendimento da receita como nas informações obtidas na da bula do medicamento no que diz respeito a dosagem correta, indicações, contraindicações e advertências, uma vez que essas limitações de compreensão aumentam o risco de erros com a medicação.<sup>39, 40, 41</sup>

No que tange ao aspecto 'renda', o resultado encontrado se assemelha à tendência dos achados em literatura que delineiam o caráter de baixa renda dos pacientes atendidos na Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>34, 5, 31, 32</sup>. Em se tratando de uma população de baixo nível socioeconômico, pode haver dificuldades na obtenção dos medicamentos, visto que nem todos estão disponíveis nas farmácias básicas. Sobretudo os pacientes hipertensos de difícil controle que necessitam de outros anti-hipertensivos que não estão disponíveis na Rede Pública de Saúde. Os baixos salários podem também dificultar a ida dos pacientes às consultas bem como uma alimentação mais saudável.<sup>34</sup>

Pessoas com ensino superior e maior poder aquisitivo podem também ser mais conscientes da saúde e bem informados sobre o impacto do mau controle dos níveis pressóricos.<sup>26</sup> Corroborando este raciocínio, um estudo realizado na Finlândia demonstrou que pacientes com baixa renda e baixa escolaridade apresenta maior propensão a apresentar complicações decorrente do mau controle dos níveis pressóricos.<sup>42, 43</sup>

A ocupação, nesta pesquisa, também apresentou impacto significativo no grau de adesão, coincidindo com estudo realizado em Maceió, Alagoas. Nesse quesito, justifica-se que influência da aposentadoria no controle da pressão arterial pode ser justificada pela maior disponibilidade de dedicação ao tratamento. Aderem menos os pacientes cuja ocupação exige maior carga horária, maior distanciamento do lar e maior desgaste físico e emocional.<sup>36</sup>

Um outro fator considerado importante por muitos autores para estimular a adesão ao tratamento é o conhecimento, por parte dos pacientes, das consequências imediatas e tardias da hipertensão e dos benefícios do tratamento na prevenção desses eventos.<sup>2</sup> Entretanto, este fator não é um consenso na literatura pois alguns autores consideram incongruente a relação informação e o controle da PA, apontando para a diferença essencial entre conhecimento e prática. Enquanto o conhecimento seria racional, a adesão seria resultado de um processo multifatorial influenciado por fatores emocionais, sociais, biológicos e culturais<sup>44</sup>

O resultado do atual estudo corrobora com a vertente que relaciona adesão ao grau de conhecimento, pois encontrou relação significativa entre estas esferas. Outros estudos na literatura reportam também essa relação<sup>45, 46, 47</sup>. A explicação para a elevada taxa de não adesão entre os pacientes com menor conhecimento é que muitos pacientes não compreendem a doença e o tratamento medicamentoso, logo diminuem a sua importância ou fazem de maneira inadequada.<sup>48</sup> Condiz a isso outro achado desta pesquisa, que identificou que posse do conhecimento básico da cronicidade da HAS e do tratamento vitalício, apresenta impacto positivo no nível de adesão.



Ao pormenorizar o questionário utilizado para mensurar o conhecimento sobre a doença, evidenciou-se um baixo acerto da questão que considerava o caráter silencioso da doença. Trata-se de um achado importante pois por ser a hipertensão arterial uma doença assintomática, os pacientes interrompem o tratamento por não apresentarem sintomas iniciais e só retornam a fazer uso do medicamento quando algum sintoma reaparece. Considera-se este aspecto um dos principais fatores para não adesão.<sup>34</sup>

Outra questão com baixo índice de acertos elucidada o baixo conhecimento sobre os níveis pressóricos, resultado que concorda com estudos prévios que mostram o baixo nível de informação por parte dos pacientes acerca das metas pressóricas.<sup>28,44</sup> Pacientes que não conhecem os valores adequados e esperados terão maiores dificuldades no processo de controle da doença, pois os valores encontrados durante a aferição da pressão arterial funcionam como fundamental método de acompanhamento e abalizador da eficácia do tratamento. Poucos pacientes consideraram, ainda, a efetividade dos tratamentos adjuvantes, o que pode estar relacionado aos baixos índices de adesão aos hábitos de vida recomendados (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gordura saturada e de bebida alcoólica)<sup>5, 22, 33</sup>

Outro achado desta pesquisa refere a associação entre o reconhecimento da redução do estresse como fator positivo na redução da PA e aumento da adesão medicamentosa. Entretanto, na literatura, associa-se a diminuição do estresse à diminuição dos sintomas e ao abandono terapêutico, justificando que o paciente tende a negligenciar a terapia após a melhora sintomática.<sup>49</sup>

No que concerne as medidas adjuvantes ao tratamento farmacológico, observou-se que indivíduos que demonstraram maior autocuidado também possuíam total adesão à terapia medicamentosa. Destarte, Ungari corrobora com esse resultado ao afirmar que, indivíduos que tomam mais medicamentos de maneira assídua são mais propensos a tomar medidas necessárias

para manter ou corrigir sua saúde, estando mais atentos aos seus tratamentos com medicamentos.<sup>50</sup>

Uma outra característica das medidas adjuvantes que chama atenção é a expressividade do número de indivíduos que afirmam não frequentar às reuniões voltadas para a educação e saúde. Apesar de não se ter encontrado projeções significantes sobre a adesão, é reconhecida a importância da participação dos usuários em atividades de grupo. Nelas, os pacientes podem interagir com outras pessoas que vivem a mesma situação, relatando e superando dificuldades através da reflexão, da troca de experiências e do apoio mútuo. Além disso, podem relacionar-se com a equipe de saúde de maneira distinta daquela a que estão acostumados no atendimento individual, construindo assim outros tipos de vínculo.<sup>15</sup>

Na literatura, a adesão às atividades educativas é dita como é controversa. A depender da região estudada, frequências que variam de 5% a mais de 50% já foram relatadas.<sup>31</sup> Semelhante aos resultados desta pesquisa cita-se um estudo realizado em Novo Hamburgo – RS, que refere que apenas 14,4% compareceu à reunião no último ano.<sup>51</sup>

Este trabalho buscou traçar um perfil de adesão dos pacientes hipertensos, bem como relacionar principais pontos associados a este processo. Sobre as limitações, cita-se os dados auto referidos, que podem gerar viés a depender da percepção e memória do indivíduo. Entretanto, salienta-se que as entrevistas são amplamente utilizadas por serem um recurso rápido e dinâmico. Além disso, possibilitam uma proximidade da equipe pesquisadora com o paciente hipertenso, o que permite troca de experiência mútua.

## 5 CONCLUSÃO

O perfil epidemiológico encontrado evidencia uma maioria constituída por mulheres, pardos, casados, com baixa renda, baixa escolaridade e aposentados. Evidenciou-se um grau de adesão insatisfatório entre os pacientes estudados, intrinsecamente relacionado ao baixo nível socioeconômico e ao conhecimento aquém do desejado.

A ausência deste paciente às reuniões de educação em saúde também corrobora para que haja a perpetuação do desconhecimento e baixa adesão, uma vez que se tem como objetivo central o fomento do autocuidado com base na conscientização do indivíduo de sua condição.

No que diz respeito ao processo de adesão terapêutica, este é multifatorial, estando relacionado à aspectos do próprio indivíduo e ao cenário em que este está inserido. Elucidou-se fragilidade em suas duas vertentes, tanto no farmacológico, quanto em hábitos saudáveis recomendados.

Uma adesão ótima está, ainda, longe de ser alcançada. Entretanto, deve-se frisar a necessidade de estudar as características particulares e limitações do público atendido, visando um trabalho conjunto e multidisciplinar para melhorar o panorama atual. Decisões compartilhadas no tratamento, explicações satisfatórias adaptadas ao interlocutor e aumento do vínculo profissional-paciente podem apresentar resultados positivos.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. 7ª Diretriz Brasileira De Hipertensão Arterial. Arq. Bras de Cardio. 2016;107(03) 1-10.
2. Nobre F, Coelho EB, Lopes PC, Geleilete TJM. Hipertensão Arterial Sistêmica Primária. Medicina (Ribeirão Preto). 2013; 46: 256-72.
3. Lima JL, Souza SL. Fatores De Risco Para Hipertensão Arterial Sistêmica versus estilo de vida docente. 2004; 6(03): 330–5.
4. Kleef, ME, Spiering, W. Hypertension: overly important but under-controlled. Eur J Prev Cardiol.2017; 24: 36- 43.
5. Zaitune MPDA, Barros MBDA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saude Publica. 2006; 22(2):285–94.
6. Silva, F.O; Suto, C.S.S; Costa, L.E.L. Perfil de pacientes cadastrados no hiperdia: conhecendo o estilo de vida. Revista de Saúde Coletiva da UEFS 2016; 05 (1):33-39,.
7. Fernandez-Arias M, Acuna-Villaorduna A, Miranda JJ, Diez-Canseco F, Malaga G. Adherence to pharmacotherapy and medication-related beliefs in patients with hypertension in Lima, Peru. PLoS One. 2014;9(12):1–11.
8. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: Results of a randomized trial. Gac Sanit. 2011;25(1):62–7.
9. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. Einstein (São Paulo). 2013;11(3):331–7.
10. Bezerra AS de M, Lopes J de L, Barros ALBL de. Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. Rev Bras Enferm [Internet]. 2014;67(4):550–5.
11. Pierin AMG, Marroni SN, Taveira LAF, Benseñor IJM. Controle da hipertensão arterial

- e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. *Cien Saude Colet*. 2011;16(suppl 1):1389–400.
12. Costa e Silva MED, Costa e Silva Barbosa LD da, Oliveira AD da S, Gouveia MT de O, Nunes BMVT, Alves ELM. [Social representations of women who live with high blood pressure]. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2008;61(4):500–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18797788>
  13. Almas A, Godil SS, Lalani S, Samani ZA, Khan AH. Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension; a multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. *BMC Res Notes*. 2012;5(579):1-8.
  14. Cabral AC, Moura-Ramos M, Castel-Branco M, Caramona M, Fernandez-Llimos F, Figueiredo I V. Cross-cultural adaptation of Hypertension Knowledge Test into European Portuguese. *Brazilian J Pharm Sci*. 2017;53(4):1–9.
  15. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS. Knowledge about hypertension and factors associated with the non-adherence to drug therapy. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2014;22(3):491–8.
  16. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 2007 39, 175–191.16.
  17. Borges JWP. Universidade estadual do ceará instrumento de avaliação da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial : desenvolvimento e validação de conteúdo fortaleza - ceará. 2012;1–217.
  18. IBM Corp. Released. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0. Armonk, . NY: IBM Corp.
  19. Freeman, G.H., Halton, T.R.. Note on exact treatment of contingency, goodness-of-fit and other problems of significance. *Biometrika*. 1951; 38:141-149.

20. Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in brazil. *Rev Saude Publica*. 2016;50 (suppl 2):1–11.
21. Reiners AAO, Seabra FMF, Azevedo RC de S, Sudré MRS, Duarte SJH. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2013;11(3).
22. Girotto E, Andrade SM de, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Cien Saude Colet*. 2013;18(6):1763–72.
23. Vancini-Campanharo CR, Oliveira GN, Andrade TFL, Okuno MFP, Lopes MCBT, Batista REA. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2015;23(6):1149–56.
24. Natarajan N, Wayne P, Beverley L, Burge, Kristine, Van Aarsen Frederick B. Recherche Observance de la prise d ' antihypertenseurs chez des patients de cliniques de médecine familiale souffrant de diabéte et d ' hypert. *Can Fam Physician*. 2013;56:e93-100.
25. Haynes R, McDonald H, Garg A, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2).
26. Khanam MA, Lindeboom W, Koehlmoos TLP, Alam DS, Niessen L, Milton AH. Hypertension: Adherence to treatment in rural Bangladesh - findings from a population-based study. *Glob Health Action*. 2014;7(1).
27. Remondi FA, Cabrera MAS, Souza RKT de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. *Cad Saude Publica*. 2014;30(1):126–36.
28. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington: OMS; 2004. 199 p.t

29. Lima T de M, Meiners MMM de A, Soler O. Treatment adherence profile of hypertension patients from the Municipal Health Unit of Fátima, City of Belém, Pará, Amazônia, Brazil. *Rev Pan-Amazônica Saúde*. 2010;1(2):113–20.
30. Motta, PG, Carvalho GG, Faiolli MA, Santos RCC, Andrade RBL, Valadão AF Barros, Heriner-Walther SB. Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais. *Rev Uningá jul* 2014; 40:91–103.
31. E Martins AG, Chavaglia SRR, Ohl RIB, Martins IML, Gamba MA. Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica. *ACTA Paul Enferm*. 2014;27(3):266–72.
32. Freitas LC de, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EBS, Xavier NF, Lemos EL da C, et al. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2012;7(22):13–9.
33. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG da, Cunha CP da. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Cien Saude Colet*. 2012;17(7):1885–92.
34. Longo MG, Katz N.; Fuchs, FD. Tratamento da hipertensão arterial no paciente idoso e muito idoso: hora de agir. *Revista Hipertensão*. 2009; 12(2):54-56,
35. Bonadiman RL, Bonadiman SL, Silva DA. Avaliação Da Adesão Ao Tratamento Medicamentoso E Não Medicamentoso De Pacientes Hipertensos Atendidos No Psf Guaritá, Itaperuna-Rj. *Acta Biomed Bras*. 2012;3(1):73–84.
36. Gomes TJ de O, Rocha e Silva MV, Santos AA dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens [Internet]*. 2010;17(3):132–9.
37. Villalva CM, Alvarez-Muiño XLL, Mondelo TG, Fachado AA, Fernández JC. Adherence to treatment in hypertension. *Adv Exp Med Biol*. 2017; 956:129–147

38. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública*. 1994;28(4):261-7
39. Persell SD, Eder M, Friesema E, Connor C, Rademaker A, French DD, King J, Wolf MS. EHR-based medication support and nurse-led medication therapy management: rationale and design for a three-arm clinic randomized trial. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2(5): e000311.
40. Williams A, Manias E, Walker R, Gorelik A. A multifactorial intervention to improve blood pressure control in co-existing diabetes and kidney disease: feasibility randomized controlled trial. *J Advanced Nursing*. 2012; 68(11): 2515–25.
41. Costa FV. Improving adherence to treatment and reducing economic costs of hypertension: the role of olmesartan based treatment *High Blood Press. Cardiovasc. Prev.*, (2017) 24: 265-274
42. Sulbaran T, Silva E, Calmon G, Vegas A. Epidemiologic aspects of arterial hypertension in Maracaibo, Venezuela. *J Hum Hypertens* 2000; 14(Suppl 1): S6\_9.
43. Herttua K, Tabak AG, Martikainen P, Vahtera J, Kivimaki M. Adherence to antihypertensive therapy prior to the first presentation of stroke in hypertensive adults: population-based study. *Eur Heart J* 2013; 34: 2933-9.
44. Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42.
45. Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cad Saude Pública*. 2010; 26(12):2389-98.



46. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo- Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res.* 2010;(4):196-202.
47. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. *Rev Bras Cardiol.* 2012;25(4):322-9
48. Barreto MS, Reiners AAO, Marcon SS (2014) Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. *Rev Latino-Am Enfermagem* 22(3):484–490
49. Marshall, Iain J., Charles DA Wolfe, and Christopher McKeivitt. "Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research." *Bmj* 345 (2012): e3953.
50. Ungari AQ. Adesão ao tratamento farmacológico de pacientes hipertensos seguidos nos Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto, SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007. 95 p.
51. Souza, C. D., Stein, A. T., Bastos, G. A. N., & Pellanda, L. C. (2014). Controle da pressão arterial em hipertensos do Programa Hiperdia: estudo de base territorial. *Arq Bras Cardiol*, 102(6), 571-8