

Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família

Adherence to pharmacological treatment in hypertensive people followed in the Family Health Strategy

Felipe Ferreira Ribeiro de Souza¹, Kaio Vinicius Freitas de Andrade¹, Carlito Lopes Nascimento Sobrinho²

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica é uma doença multifatorial com controle ainda difícil no Brasil, sendo a adesão ao tratamento um importante aspecto neste processo. Este estudo objetiva estimar a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo e sua associação com controle dos níveis pressóricos em indivíduos hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em São Francisco do Conde, Bahia. **Materiais e métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com 356 indivíduos hipertensos cadastrados no Programa de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA). Os dados foram coletados através de visitas domiciliares, aplicação de questionário contendo o teste de Morisky-Green para avaliação da adesão farmacológica e realização da medida da pressão arterial. **Resultados e discussão:** Segundo o teste de Morisky-Green, 22,9% dos sujeitos foram considerados aderentes à terapia farmacológica, dado semelhante ao encontrado em outros estudos. O controle dos níveis pressóricos esteve associado com a adesão ao tratamento farmacológico. Os indivíduos aderentes à terapia farmacológica apresentaram maior média de idade e níveis pressóricos mais baixos. **Conclusão:** Nesse estudo a adesão ao tratamento farmacológico foi baixa entre os hipertensos, e esteve associada a melhores níveis pressóricos. Fazem-se necessárias diversas estratégias para melhor controle terapêutica desta doença.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão; adesão à medicação; anti-hipertensivos; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

Introduction: Arterial systemic hypertension is a multifactorial disease hard to control in Brazil, and the adherence to treatment is a substantial aspect of this process. To estimate the prevalence of adherence to antihypertensive pharmacological treatment and its association with blood pressure level control in persons suffering from hypertension that were assisted by the Family Health Strategy (FHS), in São Francisco do Conde, Bahia, Brazil. **Methods:** It is a cross-sectional study, performed on 356 hypertense persons registered on the Hypertensive Diabetics Monitoring program (HIPERDIA). The data were collected through home visits, application of questionnaire containing the Morisky-Green test and two evaluations of blood pressure, both separated by at least 5 minutes within one another. **Results:** According to the Morisky-Green test, 22.6% of individuals did adhere to the pharmacological treatment, similar information were found in other studies. Blood pressure control was associated with medication adherence. Adherent individuals in this study possess higher average age and lower blood pressure levels. **Conclusion:** Medication adherence were low among hypertensive people and contributes to blood pressure level control. Various strategies are necessary for a better therapeutic control of this disease.

KEYWORDS

Hypertension; medication adherence; antihypertensive agents; primary health care.

Recebido em 24/01/2016. Aprovado em 30/01/2016.

¹Departamento de Saúde. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) – Feira de Santana (BA), Brasil.

²Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UEFS – Feira de Santana (BA), Brasil.

Correspondência para: Kaio Vinicius Freitas de Andrade – Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde – Avenida Transnordestina, s/n – Novo Horizonte – CEP: 44036-900 – Feira de Santana (BA), Brasil – E-mail: kaioviniicius@yahoo.com.br

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) – Edital nº 029/2012.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um agravo de natureza multifatorial, caracterizado pela persistência de níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica (PS) e/ou 90 mmHg de pressão diastólica (PD). Para diagnosticar esta condição, fazem-se necessárias três medições da pressão arterial, tecnicamente adequadas, em momentos diferentes.¹

No Brasil, a prevalência da HAS é, em média, igual a 32% em adultos, chegando a mais de 50% em indivíduos com 60 a 69 anos, e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.¹ Também é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, estando presente em 69 e 77% dos indivíduos que tiveram um episódio de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico, respectivamente, em 74% dos indivíduos com insuficiência cardíaca crônica, e 60% dos sujeitos com doença arterial periférica.²

Segundo o DATASUS, em 2013, cerca de 340 mil pessoas foram a óbito em função de doenças cardiovasculares no Brasil, sendo que, praticamente, metade desses óbitos era evitável. Para a redução da morbimortalidade por estes agravos, estudos mostraram que o tratamento adequado da HAS é fundamental.³ Para garantir um tratamento eficaz, um mês após o início do mesmo, deve-se verificar, em consulta médica, se o usuário atingiu a meta pressórica consoante ao grupo de risco em que se enquadra.^{1,3} Caso não atinja, deve-se cogitar a possibilidade de não adesão.^{4,5}

O termo adesão é entendido como o quanto o comportamento do indivíduo, em relação ao uso de medicamentos, seguimento de dieta e modificações no estilo de vida coincidem com as recomendações dos profissionais de saúde que o acompanham.⁶ Existem vários métodos para mensurar a adesão farmacológica, sem, contudo, haver consenso quanto ao método mais adequado, podendo ser diretos ou indiretos.⁷ Dentre os métodos indiretos mais utilizados, o teste de Morisky-Green (TMG) é um instrumento simples e validado no Brasil.⁸ Entretanto, os dados recentes são desanimadores, ao apresentarem que a adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil varia entre 22 e 40%.^{9,10} Ainda existem muitas lacunas na compreensão de como atuam os fatores associados com a adesão, sendo necessários estudos com maior poder analítico.

O presente estudo foi desenvolvido em um município no recôncavo baiano, no qual uma considerável parcela da população referiu cor da pele negra.¹¹ Estudos apontam que a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca.¹ Em estudo prévio, foi estimada uma prevalência de "suspeitos" de HAS de 39,8% neste município. Dessa forma, este agravo foi definido como um problema de saúde prioritário pelos gestores locais, em virtude da sua alta magnitude e transcendência.¹²

Esse estudo teve por objetivo estimar a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico da HAS e medir sua associação

com controle dos níveis pressóricos em indivíduos hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em São Francisco do Conde, Bahia.

MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal em uma população de 356 indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, cadastrados ao Programa de Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), em duas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil, onde esse programa estava devidamente estruturado para a sua realização, no período de novembro de 2013 a outubro de 2014.

São Francisco do Conde é um município localizado na mesorregião do Recôncavo Baiano, distando 67 km da capital do estado, Salvador. Em 2010, esse município possuía 31.703 habitantes, distribuídos por sexo em 16.073 mulheres (50,7%) e 15.630 homens (49,3%). Apresenta a maior arrecadação *per capita* entre todos os municípios da América Latina, valores estes, oriundos de impostos de uma das maiores refinarias de petróleo do Brasil e única do Norte-Nordeste. Ao todo, 40% da população referiu cor da pele negra e o índice de desenvolvimento humano (IDH) do município é igual a 0,65.¹¹

Os dados foram coletados por meio de visitas domiciliares previamente agendadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Foram formadas cinco duplas de entrevistadores treinados para a aplicação de um questionário e aferição da pressão arterial dos sujeitos que aceitassem participar voluntariamente do estudo, após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para medir a adesão ao tratamento farmacológico foi utilizado o TMG, que avalia as atitudes do indivíduo em relação ao tratamento medicamentoso através de quatro perguntas com respostas dicotômicas (sim ou não):

1. Você alguma vez esqueceu de tomar seu medicamento?
2. Você, às vezes, é descuidado com o horário de tomar seu medicamento?
3. Quando está se sentindo bem, alguma vez, deixa de tomar seu medicamento?
4. Se você se sentir pior ao tomar o medicamento, você, às vezes, para de tomá-lo?

Por meio deste teste, foram considerados aderentes apenas os indivíduos que responderam não a todas as quatro perguntas.⁸

Durante as visitas, além da aplicação do questionário, foram realizadas duas aferições da pressão arterial em cada indivíduo, utilizando-se medidor de pressão arterial portátil, automático, oscilométrico de pulso Visomat® *handy IV*, respeitando-se um intervalo de pelo menos cinco minutos entre as aferições utilizando-se a média das duas medidas para a definição do nível

pressórico. As medidas foram realizadas no membro superior esquerdo, na posição sentada, com pernas descruzadas, pés apoiados no chão, dorso relaxado e recostado em cadeira, seguindo as orientações da Sociedade Brasileira de Cardiologia.¹

Todos os entrevistadores participaram de um treinamento no Laboratório de Enfermagem do Departamento de Saúde da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), no qual foi discutido o formulário de coleta de dados e o TCLE. Foram apresentadas e debatidas todas as questões do instrumento, o modo mais adequado para a realização das perguntas e a técnica de verificação da pressão arterial, sendo distribuído um manual para orientar a coleta de dados. Todo esse processo teve duração de oito horas. Visando verificar o tempo aproximado de preenchimento e a clareza do instrumento de coleta de dados, foi realizado piloto.

Os estudantes foram acompanhados e supervisionados por professores/pesquisadores membros da Sala de Situação e Análise Epidemiológica e Estatística da UEFS e pelo agente comunitário responsável pela microárea onde era realizada a coleta.

Os dados obtidos foram processados no programa *EpiData* versão 3.1 e analisados com o auxílio do *SPSS for Windows* versão 9.0. Para confrontar as informações e identificar possíveis erros de digitação foram construídos dois bancos de dados no *EpiData* 3.1. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas e medidas de tendência central e dispersão para as variáveis quantitativas (idade e medidas de pressão arterial).

A Razão de Prevalência (RP) foi adotada para medir a associação entre as variáveis. As variáveis que descreveram a adesão ao tratamento farmacológico (preditoras) foram associadas com as proporções de indivíduos com pressão sistólica inferior a 140 mmHg e pressão diastólica inferior a 90 mmHg (variáveis efeito).

O estudo foi aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de São Francisco do Conde, Bahia e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia (CEP/UEFS), sob protocolo nº 150/2011 (CAAE nº 0156.0.059.000-11), estando em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O trabalho intitulado "Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência da estratégia de saúde da família, São Francisco do Conde (BA)", foi financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), através do Edital nº 029/2012.

RESULTADOS

A maioria dos participantes do estudo foi do sexo feminino (75,1%) e sua média de idade foi de 57,5 anos (DP: \pm 14,2) (Tabela 1). Esse dado também foi observado em outros estudos semelhantes.^{4,9,13,14} Já foi demonstrado que as mulheres, por possuírem uma melhor percepção sobre os cuidados em saúde,

representam a maior demanda nos serviços, considerando-se que a amostra do presente estudo foi obtida a partir do cadastro em um programa de acompanhamento de hipertensos na atenção primária.¹⁵

Em relação à idade, houve predomínio de indivíduos com idade entre 19 e 59 anos (57,3%), e média acima dos 50 anos (Tabela 1). Sabe-se que a prevalência de HAS é diretamente proporcional à idade do indivíduo,¹ dado encontrado também em outros estudos.^{9,14} Dentre os entrevistados, encontramos baixo nível de escolaridade (83,8%) (Tabela 1), assim como diversos autores também obtiveram maiores frequência de indivíduos com poucos anos de estudo.^{1,4,9,13,16} No município em questão, aproximadamente 47% da população não é alfabetizada ou possui ensino fundamental incompleto, segundo dados do IBGE.¹¹ Ainda quanto aos dados sociodemográficos, a maioria referiu cor da pele negra (44,6%). A quase totalidade dos entrevistados

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica de indivíduos hipertensos cadastrados no Programa Hipertensão em São Francisco do Conde, Bahia, 2013 – 2014.

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo (n = 354)		
Feminino	266	75,1
Masculino	88	24,9
Idade (n = 356)		
19 – 59 anos	204	57,3
60 anos ou mais	152	42,7
Escolaridade (n = 352)		
Não alfabetizado	92	26,1
Fundamental	203	57,7
Médio e superior	57	16,2
Situação conjugal (n = 356)		
Casado	96	27,0
Solteiro	90	25,2
Outra	170	47,8
Tem filhos (n = 356)		
Sim	344	96,6
Não	12	3,4
Ocupação (n = 353)		
Não	265	74,4
Sim	91	25,6
Raça/cor (n = 354)		
Preta	158	44,6
Parda	153	43,2
Outras	43	12,2
Organização familiar (n = 353)		
Mora com família ou amigos	319	90,4
Mora sozinho	34	9,6
Renda familiar (n = 353)		
< 1 salário mínimo	72	20,4
1 – 3 salários	272	77,1
≥ 4 salários	9	2,5

referiu ter filhos (96,6%) e morar com família ou amigos (90,4%); porém, somente 1/3 dos entrevistados disseram ser casados (27,0%) (Tabela 1).

A maioria dos entrevistados não tinha ocupação (74,4%) e a renda familiar era de até três salários mínimos (97,5%) (Tabela 1). A maior frequência de indivíduos sem atividade ocupacional também é um achado comum a outros estudos, em que a maioria dos sujeitos eram aposentados ou realizavam exclusivamente trabalhos domésticos.^{9,13} O Censo Demográfico de 2010 mostrou que aproximadamente 48% da população do município de São Francisco do Conde relatou não possuir ocupação laboral. Com relação à renda familiar observada, predominantemente baixa, corrobora com resultados de outros estudos consultados.^{4,9} No entanto, a maioria dos estudos não encontraram associações estatisticamente significativas entre adesão a terapêutica e variáveis sociodemográficas.^{9,17-23}

O TMG mostrou uma prevalência de adesão ao tratamento farmacológico de 22,9% (n = 349). A prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo em outros estudos, que também utilizaram o teste de Morisky-Green, variou de 13,3 a 56%.^{14,24,25} Considerou-se a prevalência de adesão farmacológica obtida no presente estudo semelhante ao dos estudos consultados.

A adesão ao tratamento farmacológico de acordo com o TMG e o não esquecimento do uso de medicamento apresentaram associação com a maior prevalência (40 e 33%, respectivamente) de níveis pressóricos controlados (< 140 mmHg) que os não aderentes e os que referiram esquecer de fazer uso de medicamento (Tabela 2). O esquecimento do uso do

medicamento também foi verificado em pesquisa realizada por Santos et al.¹⁶ como um dos elementos de maior frequência para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.¹⁶ O estudo de Ungari et al.²⁶ apontou que 26,6% dos sujeitos referiram episódios de esquecimento e 45,9% referiram ter se descuidado com o horário de uso dos medicamentos.²⁶ Apesar desses achados, Bovet et al.²³ verificaram que, após 12 meses de seguimento, indivíduos com episódios de esquecimento de até uma vez por semana apresentaram reduções da pressão arterial semelhantes aos indivíduos que não relataram tais episódios.²³

As variáveis de adesão farmacológica também mostraram associação positiva com o controle da pressão diastólica, exceto para a variável "deixa de tomar quando se sente mal", que praticamente não se associou com a prevalência de indivíduos com pressão diastólica controlada (< 90 mmHg). A prevalência de indivíduos com pressão diastólica controlada foi 30% maior entre os que não esquecem de tomar o medicamento e 36% maior entre os classificados como aderentes pelo TMG (Tabela 3). Em relação às perguntas relativas aos aspectos sintomáticos (interromper o uso do medicamento por sentir-se melhor ou pior ao tomá-lo), os achados do presente estudo estão de acordo com o descrito na literatura.²⁶ Estudo de Weber et al.²⁷ mostrou frequências de 83 e 92%,²⁷ respectivamente, para as perguntas acima, valores próximos dos quais encontramos (77,6 e 79,3%, respectivamente). Vale ressaltar que, ainda, se considera a ausência de sintomas em fases não

Tabela 2. Associação entre adesão ao tratamento farmacológico segundo o teste de Morisky-Green e prevalência de hipertensos com pressão sistólica média inferior a 140 mmHg em São Francisco do Conde, Bahia, 2013 – 2014.

Variáveis de adesão	Frequência		Prevalência	RP bruta
	n	%	%	
Esquece de tomar o medicamento				
Não	141	40,5	42,6	1,33
Sim	207	59,5	31,9	1
Descuida de tomar o medicamento				
Não	146	42,0	40,4	1,21
Sim	202	58,0	33,2	1
Deixa de tomar quando se sente bem				
Não	270	77,6	38,1	1,29
Sim	78	22,4	29,5	1
Deixa de tomar quando se sente mal				
Não	276	79,3	37,3	1,17
Sim	72	20,7	31,9	1
Adesão farmacológica*				
Aderentes	80	22,9	46,3	1,40
Não aderentes	269	77,1	33,1	1

*Segundo o Teste de Morisky-Green, são considerados aderentes apenas os indivíduos que responderam não a todas as quatro questões anteriores; RP: Razão de prevalência.

Tabela 3. Associação entre adesão ao tratamento farmacológico segundo o teste de Morisky-Green e prevalência de hipertensos com pressão diastólica média inferior a 90 mmHg, em São Francisco do Conde, Bahia, 2013 – 2014.

Variáveis	Frequência		Prevalência	RP bruta
	n	%	%	
Esquece de tomar o medicamento				
Não	141	40,5	49,6	1,30
Sim	207	59,5	38,2	1
Descuida de tomar o medicamento				
Não	146	42,0	46,6	1,16
Sim	202	58,0	40,1	1
Deixa de tomar quando se sente bem				
Não	270	77,6	45,6	1,37
Sim	78	22,4	33,3	1
Deixa de tomar quando se sente mal				
Não	276	79,3	42,4	0,95
Sim	72	20,7	44,4	1
Adesão farmacológica*				
Aderentes	80	22,9	53,8	1,36
Não aderentes	269	77,1	39,4	1

*Segundo o Teste de Morisky-Green, são considerados aderentes apenas os indivíduos que responderam não a todas as quatro questões anteriores; RP: Razão de prevalência.

complicadas da HAS como um dos fatores mais relacionados à baixa adesão à terapia farmacológica anti-hipertensiva.

Foram obtidas diferenças entre os valores médios da idade e da pressão diastólica entre os indivíduos aderentes e não aderentes ao tratamento farmacológico. Verificou-se uma diferença média de 3,74 anos entre aderentes e não aderentes. Em relação à pressão diastólica, a diferença média observada foi de 5,44 mmHg. Este fato pode estar relacionado não apenas à maior frequência de indivíduos com idade mais avançada nos serviços de saúde, mas também pela maior preocupação com a própria saúde e pela presença de comorbidades que necessitam de acompanhamento.

Esses resultados apontam que no grupo dos aderentes estão os indivíduos com idades mais elevadas e pressão arterial diastólica mais baixas; entretanto, em relação a pressão arterial diastólica, o valor médio observado encontrou-se acima do ponto de corte (90 mmHg) em ambos os grupos. Em relação à pressão arterial sistólica, obteve-se uma diferença média de 5,24 mmHg, entre aderentes e não aderentes; entretanto, os níveis médios observados encontraram-se acima do ponto de corte (140 mmHg) para ambos os grupos (Tabela 4). Souza e colaboradores⁴ também apontaram que a maioria dos hipertensos, mesmo aqueles que recebem tratamento medicamentoso, permanece com controle inadequado da pressão arterial.⁴

Praticamente todas as associações de anti-hipertensivos consistentemente embasadas na literatura têm efeito na redução da pressão arterial e presumivelmente na prevenção de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares,²⁸ sendo a adesão uma condição imprescindível para o sucesso da terapia. Recomenda-se que indivíduos que estejam aderindo ao tratamento e, mesmo assim, não estiverem com a pressão controlada devam realizar consulta médica mensal para reavaliação^{29,30} até que atinjam a meta de controle pressórico, sendo necessário investigar hipertensão resistente e/ou secundária e/ou com complicações.⁵

CONCLUSÃO

A adesão ao tratamento anti-hipertensivo farmacológico, segundo verificado no Teste de Morisky-Green, foi muito baixa (22,9%), assim como obtido em diversos outros estudos semelhantes. Como doença multifatorial, diversas são as variáveis para o controle da HAS. Estratégias favorecendo o envolvimento do paciente como parte ativa do seu tratamento e fortalecendo a necessidade do tratamento contínuo, mesmo em pacientes assintomáticos, seriam possíveis, visto que o esquecimento do uso e descuido no horário foram os principais obstáculos à terapêutica.

O presente estudo apresentou resultados sugerindo que a idade média entre indivíduos aderentes ao tratamento farmacológico da

hipertensão arterial é superior aos não aderentes. Considerando os idosos um dos principais segmentos com frequentes idas à Unidade de Saúde da Família, ressalta-se a importância desta estratégia na oferta de informação e orientação, bem como no manejo e acompanhamento do hipertenso.

Verificou-se que hipertensos aderentes ao tratamento farmacológico apresentaram menores níveis médios pressóricos médios que os não aderentes, o que evidencia a importância da adesão ao tratamento para o controle da pressão arterial e redução do risco cardiovascular e cerebrovascular em hipertensos.

Entretanto, os níveis pressóricos dos indivíduos considerados aderentes ainda se mostraram acima do adequado. Sugere-se a adoção de estratégias para melhoria da adesão, envolvendo práticas de educação em saúde e fortalecimento do vínculo entre usuário e a equipe de saúde da família.

REFERÊNCIAS

1. Aronow WS. Treatment of systemic hypertension. *Am J Cardiovasc Dis.* 2012;2(3):160-70.
2. Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(1 Suppl):1-51.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;42(6):1206-52.
4. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood Pressure Control in Hypertensive Patients in the "Hiperdia Program": A Territory-Based Study. *Arq Bras Cardiol.* 2014;102(6):571-8.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 128 p.
6. Geest S, Sabaté E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2003;2(4):323.
7. Piñeiro F, Gil V, Donis M, Orozco D, Torres M, Merino J. Validez de 6 métodos indirectos para valorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico en las dislipemias. *Aten Primaria.* 1997;19(9):465-8.
8. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública.* 2012;46(2):279-89.
9. Carvalho ALM, Leopoldino RWD, Silva JEG, Cunha CP. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012;17(7):1885-92.
10. Rocha CH, Oliveira APS, Ferreira C, et al. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008;13(Suppl. 0):703-10.
11. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística [Internet]. IBGE Cidades. [cited 2015 jul 25]. Available from: <http://www.cidades.ibge.gov.br/>
12. West LEM, Carvalho RC, Brito JS, Almeida EA. Prevalência de hipertensão arterial em São Francisco do Conde. In: Anais do XVII SEMIC: Seminário de Iniciação Científica; 2012 out 16-19; Feira de Santana, Bahia, Brasil. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2012.
13. 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. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Suppl 1):1389-400.
14. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients noncompliance with hypertension treatment. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009;17(2):201-6.
15. Sousa AL. Educando a pessoa hipertensa. In: Pierin AMG, organizadora. Hipertensão arterial – Uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole; 2005. p. 165-184.
16. Santos BRM, Teixeira J, Gonçalves D, Gatti RM, Yavo B, Aragão CCV. Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. *Braz J Pharm Sci.* 2010;46(3):421-30.
17. Cintra FA, Guariento ME, Miyasaki LA. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. *Cien Saude Colet.* 2010;15(Supl. 3):3507-15.

18. Araújo MF, Gonçalves TC, Damasceno MMC, Caetano JA. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(2):361-7.
19. Plaster W. Adesão ao tratamento da Hipertensão arterial por idosos usuários da Unidade Básica de Saúde Princesa Isabel em Coacal-RO [dissertação]. Goiânia: Convênio Rede Centro-Oeste (Universidade de Brasília/Universidade Federal de Goiás/Universidade Federal de Mato Grosso do Sul); 2006.
20. Santos DB, Neto JA, Rodrigues EL. Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hipertensão em Santa Bárbara do Goiás [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2006.
21. Dewulf NLS, Monteiro RA, Passos ADC, Viera EM, Troncon LEA. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Ciênc Farm.* 2006;42(4):575-84.
22. Faria HTG. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético a terapêutica medicamentosa. [dissertação] Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2008.
23. Bovet P, Burnier M, Madeleine G, Waeber B, Paccaud F. Monitoring one-year compliance to antihypertensive medication in Seychelles. *Bull WHO.* 2002;80(1):33-9.
24. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion JR D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol.* 2003;81(4):343-8.
25. Martino, MD, Veronesi C, Espositi LD, et al. Adherence to antihypertensive drug treatment and blood pressure control: a real practice analysis in Italy. *J Hum Hypert.* 2008;22(1):51-3.
26. Ungari AQ, Lelis A, Fabbro D. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz J Pharm Sci.* 2010;46(4):811-8.
27. Weber D, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso de hipertensos em Unidade Básica de Saúde. *Rev Bras Hipertens.* 2014;21(2):114-21.
28. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ.* 2009;338:b1665.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.