

PERFIL FARMACOTERAPÊUTICO E NÍVEL DE ADESÃO À TERAPIA DE PACIENTES ASSISTIDOS PELO HIPERDIA, LAGARTO–SE

Fernanda Machado Oliveira*
Flávia de Almeida*
Thaynara Santos de Oliveira*
Lívia Nerillo**
Mirian Ueda Yamaguchi***
Edivan Rodrigo de Paula Ramos****

RESUMO: O sucesso da terapia anti-hipertensiva depende dos fármacos utilizados e da adesão do paciente ao tratamento. Por isso, este trabalho objetivou a determinação do perfil farmacoterapêutico e o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de hipertensos atendidos pelo Hiperdia de Lagarto–SE. Foram entrevistados 228 pacientes com o auxílio de um questionário para a coleta de variáveis sociodemográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, às patologias e às farmacoterapêuticas. A adesão à terapia farmacológica foi determinada pelos testes de Morisky–Green (TMG) e Haynes–Sackett (THS). Os resultados foram analisados pelo teste do Qui–quadrado e exato de Fisher ($p < 0,05^*$). A maioria dos pacientes foi do gênero feminino (70,6%), com baixo grau de escolaridade, pertencentes à classe socioeconômica E (49,1%), autodeclarados brancos (44,7%) e com faixa etária entre 51 e 60 anos (37,7%). A prevalência de sobrepeso/obesidade foi de 89,1%. Contudo, um estilo de vida favorável ao controle da pressão arterial foi relatado pela maioria dos entrevistados. A adesão à terapia farmacológica foi encontrada em apenas 31,2% (THS) e 27,2% (TMG) dos hipertensos. O perfil farmacoterapêutico se caracterizou pela monoterapia sendo a losartana (50%) e os inibidores da ECA (18,4%) os mais citados. Maior adesão à terapia foi encontrada nos hipertensos em monoterapia ($p = 0,016^*$), que utilizam medicamentos de outras classes terapêuticas ($p < 0,0001^*$), que esclarecem suas dúvidas sobre a medicação com farmacêuticos ($p = 0,016^*$) e que não realizam consultas médicas para avaliação do anti-hipertensivo usado ($p = 0,001^*$). Estes resultados mostram baixa adesão à terapia farmacológica que pode estar associada ao baixo nível socioeconômico e baixo grau de escolaridade.

PALAVRAS–CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica; Teste de Morisky–Green; Teste de Haynes–Sackett; Medicamentos Anti-hipertensivos.

FARMACO–THERAPEUTIC PROFILE AND ADHESION LEVEL TO THERAPY BY PATIENTS ATTENDED BY HIPERDIA IN LAGARTO, BRAZIL

ABSTRACT: The success of anti-hypertension therapy depends on the drugs used and on patient's adherence to treatment. Current study determines the pharmaco-therapy profile and the adherence level of treatment of hypertensive patients by HIPERDIA in Lagarto SE Brazil. Two hundred and twenty-eight patients were interviewed by means of a questionnaire to collect socio-demographic and economic variables on life style, pathologies and pharmaco-therapies. Adherence to pharmacological therapy was determined by the Morisky–Green (TMG) and Haynes–Sackett (THS) tests. Result were analyzed by Chi–square test and Fisher Exact test ($p < 0.05^*$). Most patients were female (70.6%), with low schooling and belonged to socio-economic class E (49.1%), white (44.7%) within the 51 – 60 year old bracket (37.7%). Prevalence of overweight/obesity was 89.1%. A life-style favorable to arterial pressure control was reported by most interviewees. Adherence to pharmacotherapy reached only 31.2% (THS) and 27.2% (TMG) of hypertensive people. The pharmaco-therapeutic profile was characterized by monotherapy, with losartan (50%) and ECA inhibitors (18.4%). Higher adherence rates occurred in hypertensive

* Discentes do 4º ano do curso de medicina e farmácia da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Brasil; Bolsista Pibic–CNPq.

** Enfermeira especialista em farmacologia; em enfermagem em cardiologia e em urgência e emergência.

*** Docente doutora do curso de medicina do Centro Universitário Cesumar (Unicesumar); docente do Programa de Pós-Graduação Stricto sensu em Promoção Da Saúde (PPGPS) no Centro Universitário Cesumar (Unicesumar), Maringá (PR), Brasil.

**** Docente Adjunto II do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe (UFS), Brasil; E-mail: edivanramos@yahoo.com.br

people with monotherapy ($p=0.016^*$) who used drugs of other therapeutic classes ($p<0.0001^*$) and who exposed their doubts on drugs to the chemist ($p=0.016^*$) and who did not have medical visits for the evaluation of the antihypertension drug used ($p=0.001^*$). Results show low adherence to pharmacological therapy which may be associated to low socio–economic level and schooling.

KEYWORDS: Systemic Arterial Hypertension; Morisky–Green Test; Haynes–Sackett Test; Anti–Hypertension Drugs.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge aproximadamente 40% da população mundial com faixa etária acima de 25 anos, sendo responsável, direta ou indiretamente, por 9,4 milhões de óbitos/ano (WHO, 2013). No Brasil, a prevalência desta doença tem sido estimada em valores entre 22% e 44% da população adulta. Contudo, a HAS acomete mais de 50% dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (SBH, 2010). O aumento na incidência mundial desta doença está associado ao envelhecimento da população e ao aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade (WEBER et al., 2014).

A etiologia da HAS é multifatorial com preditores genéticos e ambientais bem definidos. Os principais fatores ambientais pró–hipertensão podem ser resumidos num estilo de vida caracterizado por dietas com excesso sódio/cálcio/potássio e hipercalóricas, estresse, tabagismo, etilismo e sedentarismo. Neste sentido, o tratamento não farmacológico da HAS consiste na mudança deste estilo de vida (LEUNG et al., 2016).

Na maioria dos casos, as mudanças no estilo de vida não são suficientes para o adequado controle da pressão arterial (PA) o que torna necessário o uso de medicamentos anti–hipertensivos. Os principais grupos de fármacos utilizados no tratamento da HAS são representados pelos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), inibidores de renina, diuréticos, betabloqueadores, alfabloqueadores, simpatolíticos de ação central e inibidores dos canais de cálcio (LEUNG et al., 2016; SBC, 2013; MICHEL; HOFFMANN, 2012; SBH, 2010).

Apesar do grande número de classe de medicamentos disponíveis para o tratamento da

HAS, a adesão à terapia anti–hipertensiva ainda é considerada baixa e representa um desafio na assistência ao paciente hipertenso. Diversos fatores estão associados à baixa adesão do paciente ao seu tratamento, porém os principais são o baixo nível socioeconômico do paciente, o pouco conhecimento sobre sua doença e tratamento, a ausência de confiança na equipe de saúde e os efeitos colaterais dos medicamentos (VARLETA et al., 2015; BRASIL, 2013). A baixa adesão ao tratamento da HAS implica no aparecimento de suas complicações como a insuficiência renal, doença arterial coronariana, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca congestiva, todas estas doenças com elevado índice de mortalidade (WEBER et al., 2014).

A criação do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (Hiperdia), em 2001, representou grande avanço na assistência aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, pois este programa tem como propósito principal, melhorar a relação do hipertenso com a equipe de saúde. Neste sentido, o Hiperdia permite a fidelização do paciente à rede pública de saúde e, por meio de programas educativos, consultas e dispensação de medicamentos, aumenta a adesão do paciente à terapia farmacológica (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011). De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), 109.771 pacientes hipertensos estão cadastrados no Hiperdia de Sergipe, sendo 9.193 somente no município de Lagarto–SE.

Diante da importância da terapia farmacológica e não farmacológica da HAS para prevenção das comorbidades induzidas por esta doença e da necessidade de adesão dos pacientes ao tratamento anti–hipertensivo, este trabalho caracterizou o perfil farmacoterapêutico de pacientes cadastrados no Hiperdia de Lagarto–SE e relacionou este perfil com o nível de adesão à terapia anti–hipertensiva.

2 METODOLOGIA

Este trabalho foi realizado em três Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Lagarto–SE. Participaram da pesquisa 228 pacientes hipertensos cadastrados e atendidos pelo Hiperdia do município. O tamanho da amostra foi determinado por conveniência sendo que a participação dos sujeitos se deu por adesão voluntária. A coleta dos dados foi realizada durante o período em que os pacientes aguardavam as consultas médicas.

As variáveis utilizadas nesta pesquisa foram obtidas por meio de entrevista direcionada por um questionário estruturado e duas escalas de avaliação da adesão à terapia. O questionário permitiu a pesquisa de variáveis sociodemográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, patológicas e terapêuticas. A estratificação social seguiu os critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2013). As medidas antropométricas (peso e altura) foram colhidas para o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Os valores de IMC foram utilizados para classificar os sujeitos nas seguintes categorias: peso ideal (20 – 24,9); sobrepeso (25 – 29,9); e sobrepeso (acima de 30). Os instrumentos usados para determinar o grau de adesão à terapia anti-hipertensiva foram o teste de Morisky–Green (TMG) e o teste de Haynes–Sackett (THS).

O TMG é composto por quatro perguntas que avaliam as atitudes do paciente quanto à utilização dos medicamentos. Essas perguntas são: 1. você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? 2. você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3. quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? 4. quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? São considerados aderentes os indivíduos que apresentam as quatro respostas negativas (TAN; PATEL; CHANG, 2014; STRELEC; PIERIN; MION–Jr., 2003; BERRY; et al., 2010; MORISKY; et al., 2008). Já o THS se baseia no relato de autoadesão do paciente baseado em uma única pergunta: “a maioria dos pacientes tem dificuldade em tomar seus comprimidos, você tem

dificuldades em tomar todos os seus comprimidos?”. Em caso de negativa, o indivíduo é classificado como aderente (BORGES; et al., 2012; HAYNES; TAYLOR, SACKETT, 1981).

Os resultados foram descritos de forma quantitativa como frequência absoluta e percentual dos entrevistados em relação às suas variáveis sociodemográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida e patológicas. Além disso, os pacientes classificados como aderentes e não aderentes de acordo com o TMG e THS foram distribuídos, também de forma absoluta e percentual, em relação às variáveis farmacoterapêuticas. Nestes casos, o teste Exato de Fisher e o teste do Qui–quadrado foram utilizados para avaliar se estas variáveis influenciaram significativamente na prevalência de distribuição dos pacientes nos grupos aderentes e não aderentes. Foi adotado, como nível de significância, valores de p inferiores a 0,05. As análises foram feitas com o auxílio do programa GraphPad Prima 5.0.

Este projeto foi realizado mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa sob C.A.A número 41095615.7.0000.5546.

3 RESULTADOS

De modo geral, a amostra estudada nesta pesquisa se caracteriza por apresentar pacientes predominantemente do gênero feminino, com baixo nível de escolaridade, autodeclarados brancos, casados ou com união estável, pensionistas, aposentados ou dependentes de programa social do governo, pertencentes à classe social E e com faixa etária entre 51 e 60 anos (Tabela 1). A maioria dos entrevistados apresentou estilo de vida favorável ao controle da PA em níveis saudáveis (Tabela 2). Contudo, grande parte dos hipertensos (89,0%) tem sobrepeso ou obesidade. A frequência de distribuição dos pacientes com histórico pessoal e familiar de doenças cardiovasculares e diabetes, autopercepção de saúde, frequência de consultas médicas e tempo de diagnóstico de HAS é apresentada na Tabela 3.

Tabela 1. Frequência de distribuição absoluta e percentual dos hipertensos em função das variáveis sociodemográficas e econômicas

| VARIÁVEIS | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| GÊNERO | | |
| Masculino | 65 | 29,4% |
| Feminino | 163 | 70,6% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| GRAU DE ESCOLARIDADE | | |
| Analfabeto | 28 | 12,3% |
| Alfabetizado | 33 | 14,5% |
| Ensino fundamental incompleto | 133 | 58,3% |
| Ensino fundamental completo | 34 | 14,9% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| FAIXA ETÁRIA | | |
| Até 40 anos | 19 | 8,3% |
| 41 – 50 anos | 35 | 15,4% |
| 51 – 60 anos | 86 | 37,7% |
| 61 – 70 anos | 55 | 24,1% |
| Acima de 70 anos | 33 | 14,5% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| RAÇA | | |
| Branca | 102 | 44,7% |
| Negra | 56 | 24,6% |
| Parda | 60 | 30,7% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| ESTADO CIVIL | | |
| Casado/união estável | 165 | 72,4% |
| Solteiro/divorciado/viúvo | 63 | 27,6% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| OCUPAÇÃO | | |
| Autônomo/sem carteira assinada | 80 | 35,1% |
| Desempregado | 34 | 14,9% |
| Aposentado/pensionista/bolsa família | 114 | 50,0% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| CLASSE SOCIOECONÔMICA | | |
| C1/C2 | 08 | 3,5% |
| D | 108 | 47,4% |
| E | 112 | 49,1% |
| TOTAL | 228 | 100% |

Tabela 2. Frequência de distribuição absoluta e percentual dos hipertensos em função das variáveis relacionadas ao estilo de vida

| VARIÁVEIS | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|--|-------------------------|-------------------------|
| ÍNDICE DE MASSA CORPORAL | | |
| IMC 20 – 24,9 | 25 | 11,0 |
| IMC 25 – 29,9 | 84 | 36,8 |
| IMC maior que 30 | 119 | 52,2 |
| TOTAL | 228 | 100% |
| CONSUMO DE ÁLCOOL | | |
| Não | 157 | 68,9% |
| Sim | 71 | 31,1% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| TABAGISMO | | |
| Não | 196 | 86,0% |
| Sim | 32 | 14,0% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| SEDENTARISMO | | |
| Não | 124 | 54,4% |
| Sim | 104 | 45,6% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE SAL | | |
| Sim | 204 | 89,5% |
| Não | 24 | 10,5% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE AÇÚCAR | | |
| Sim | 149 | 65,4% |
| Não | 69 | 34,6% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE GORDURAS | | |
| Sim | 174 | 76,3% |
| Não | 54 | 23,7% |
| TOTAL | 228 | 100% |

Tabela 3. Frequência de distribuição absoluta e percentual dos hipertensos em função das variáveis patológicas

| VARIÁVEIS | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa (%) |
|---|-------------------------|-------------------------|
| HISTÓRICO PESSOAL DE OUTRAS DC* | | |
| Não | 133 | 58,3% |
| Sim | 95 | 41,7% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| HISTÓRICO FAMILIAR DE OUTRAS DC* | | |
| Não | 121 | 53,1% |
| Sim | 107 | 46,9% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HAS | | |
| Menos de 01 ano; | 10 | 4,4% |
| Entre 01 e 05 anos; | 102 | 44,7% |
| Superior a 05 anos. | 116 | 50,9% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| FREQÜÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS | | |
| Mensal | 28 | 12,3% |
| Trimestral | 142 | 62,2% |
| Semestral | 49 | 21,5% |
| Uma ou menos consulta/ano | 09 | 3,5% |
| TOTAL | 228 | 100% |
| AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE | | |
| Ótima | 18 | 7,9% |
| Muito boa | 14 | 6,1% |
| Boa | 52 | 22,9% |
| Razoável | 110 | 48,2% |
| Fraca | 34 | 14,9% |
| TOTAL | 228 | 100% |

*DC – Doença crônica.

A prevalência de hipertensos aderentes à terapia farmacológica foi de 31,2% (THS). O uso de um único fármaco anti-hipertensivo foi relatado pela maioria dos entrevistados e a prevalência de

pacientes aderentes sob o regime de monoterapia foi significativamente maior ($p=0,016^*$) em relação àqueles que usam dois ou mais medicamentos. O consumo de outras classes farmacoterapêuticas

foi encontrado em 64,0% dos entrevistados, sendo que os fármacos utilizados para o diabetes os mais frequentes (49,3%). A maioria dos pacientes (92,1%) procura o médico para esclarecer suas dúvidas sobre

os medicamentos usados e relata realizar consultas periódicas para avaliação do anti-hipertensivo utilizado (Tabela 4).

Tabela 4. Frequência de distribuição absoluta e percentual dos hipertensos aderentes e não aderentes à terapia farmacológica (Haynes–Sackett) em função das variáveis farmacoterapêuticas

(continua)

| VARIÁVEIS | ADERENTES n (%) | NÃO DERENTES n (%) | TOTAL | VALOR DE <i>p</i> |
|---------------------------------------|-----------------|--------------------|------------------------|-------------------|
| FÁRMACOS UTILIZADOS | | | | |
| Anlodipino/nifedipino | 02 (14,3%) | 12 (85,7%) | 14 | |
| Atenolol/propranolol | 01 (05,3%) | 18 (94,7%) | 19 | |
| Captopril/enalapril/ramipril | 16 (30,2%) | 37 (69,8%) | 53 | |
| Furosemida | 05 (29,4%) | 12 (70,6%) | 17 | 0,180 |
| Hidroclorotiazida | 08 (23,5%) | 26 (76,5%) | 34 | |
| Losartana | 47 (32,6%) | 97 (67,4%) | 144 | |
| Espironolactona | 01 (14,3%) | 06 (85,7%) | 07 | |
| TOTAL | 80 | 208 | 288 | |
| NÚMERO DE ANTI-HIPERTENSIVOS | | | | |
| Monoterapia | 61 (37,2%) | 103 (62,8%) | 164 | |
| Polifarmácia – 2 fármacos | 11 (17,7%) | 51 (82,3%) | 62 | 0,016** |
| Polifarmácia – 3 fármacos | 00 (00,0%) | 01 (100%) | 01 | |
| TOTAL | 72 | 155 | 227[#] | |
| CONSUMO DE OUTROS MEDICAMENTOS | | | | |
| Não | 21 (25,6%) | 61 (74,4%) | 82 | |
| Sim | 51 (34,9%) | 95 (65,1%) | 146 | 0,183 |
| TOTAL | 72 | 156 | 228 | |
| OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS | | | | |
| Metformina/glibenclamida/insulina | 33 (47,1%) | 37 (53,9%) | 70 | |
| Omeprazol/ranitidina | 07 (30,4%) | 16 (69,6%) | 23 | |
| Sinvastatina | 03 (16,7%) | 15 (83,3%) | 18 | |
| AINES | 05 (27,8%) | 13 (72,2%) | 18 | 0,123 |
| Diazepam/clonazepam/carbamazepina | 01 (16,7%) | 05 (83,3%) | 06 | |
| Outros | 02 (28,6%) | 05 (71,4%) | 07 | |
| TOTAL | 51 | 91 | 142 | |

(Conclusão)

| DÚVIDA SOBRE O MEDICAMENTO | | | | |
|-----------------------------------|------------|-------------|------------|--------------|
| Médico | 63 (30,0%) | 147 (70,0%) | 210 | |
| Enfermeiro | 05 (38,5%) | 08 (61,5%) | 13 | 0,051 |
| Farmacêutico | 04 (80,0%) | 01 (20,0%) | 05 | |
| TOTAL | 72 | 156 | 228 | |

| CONSULTAS PARA AVALIAÇÃO DOS ANTI-HIPERTENSIVOS | | | | |
|--|------------|-------------|------------|--------------|
| Sim | 52 (28,6%) | 130 (71,4%) | 182 | |
| Não | 20 (43,5%) | 26 (56,5%) | 46 | 0,075 |
| TOTAL | 72 | 156 | 228 | |

*Teste Qui-Quadrado ($p < 0,05$).

#Um paciente não soube responder esse item.

Por fim, a taxa de adesão à terapia anti-hipertensiva encontrada com o TMG foi de 27,2%. Embora considerada baixa, a prevalência de adesão foi significativamente maior nos hipertensos que utilizam outros

medicamentos ($p < 0,0001^*$) e que não realizam consultas médicas periódicas para avaliação dos medicamentos utilizados (Tabela 05).

Tabela 5. Frequência de distribuição absoluta e percentual dos hipertensos aderentes e não aderentes à terapia farmacológica (Morisky-Green) em função das variáveis farmacoterapêuticas

(continua)

| VARIÁVEIS | ADERENTES n (%) | NÃO ADERENTES n (%) | TOTAL | VALOR DE p |
|--|----------------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------------|
| FÁRMACOS UTILIZADOS | | | | |
| Anlodipino/nifedipino | 04 (28,6%) | 10 (71,4%) | 14 | |
| Atenolol/propranolol | 05 (26,3%) | 14 (73,7%) | 19 | |
| Captopril/enalapril/ramipril | 14 (26,4%) | 39 (73,6%) | 53 | |
| Furosemda | 03 (17,6%) | 14 (82,4%) | 17 | 0,4035 |
| Hidroclorotiazida | 10 (29,4%) | 24 (70,6%) | 34 | |
| Losartana | 39 (27,1%) | 105 (72,9%) | 144 | |
| Espironolactona | 00 (0%) | 07 (100%) | 07 | |
| TOTAL | 75 | 213 | 288 | |
| NÚMERO DE ANTI-HIPERTENSIVOS USADOS | | | | |
| Monoterapia | 50 (32,5%) | 114 (67,5%) | 164 | |
| Polifarmácia – 2 fármacos | 12 (19,4%) | 50 (80,6%) | 62 | 0,203 |
| Polifarmácia – 3 fármacos | 00 (0%) | 01 (100%) | 01 | |
| TOTAL | 62 | 165 | 227 | |

(Conclusão)

| CONSUMO DE OUTROS MEDICAMENTOS | | | | |
|---|------------|-------------|------------|---------------------|
| Não | 10 (12,2%) | 72 (87,8%) | 82 | <0,0001** |
| Sim | 52 (35,6%) | 94 (64,4%) | 146 | |
| TOTAL | 62 | 166 | 228 | |
| OUTROS MEDICAMENTOS UTILIZADOS | | | | |
| Metformina/glibenclamida/insulina | 33 (47,1%) | 37 (52,9%) | 70 | 0,074 |
| Omeprazol/ranitidina | 07 (30,4%) | 16 (69,6%) | 23 | |
| Sinvastatina | 02 (11,1%) | 16 (88,9%) | 18 | |
| AINES# | 07 (38,9%) | 11 (61,1%) | 18 | |
| Diazepam/clonazepam/carbamazepina | 01 (16,7%) | 05 (83,3%) | 06 | |
| Outros | 02 (28,6%) | 05 (71,4%) | 07 | |
| TOTAL | 50 | 85 | 135 | |
| DÚVIDA SOBRE O MEDICAMENTO | | | | |
| Médico | 53 (25,2%) | 157 (74,8%) | 210 | 0,016** |
| Enfermeiro | 05 (38,5%) | 08 (61,5%) | 13 | |
| Farmacêutico | 04 (80,0%) | 01 (20,0%) | 05 | |
| TOTAL | 62 | 166 | 228 | |
| CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DOS ANTI-HIPERTENSIVOS | | | | |
| Sim | 40 (22,0%) | 142 (88,0%) | 182 | 0,001* |
| Não | 22 (47,8%) | 24 (52,2%) | 46 | |
| TOTAL | 62 | 166 | 228 | |

*Teste Exato de Fisher ($p < 0,05$).**Teste Qui-quadrado ($p < 0,05$).

#AINES: Anti-inflamatórios não esteroidais.

4 DISCUSSÃO

Apesar de o número de hipertensos e/ou diabéticos, cadastrados no sistema Hiperdia de Lagarto-SE, ser 9.193 durante o período de realização desta pesquisa, dados obtidos junto à secretaria de saúde do município mostram que aproximadamente 700 pacientes frequentavam regularmente o programa neste mesmo período (não mostrado). Esta baixa adesão ao Hiperdia local contrasta com o propósito principal do programa que é o acompanhamento

dos hipertensos com o objetivo de aumentar seus vínculos com os serviços de saúde (CARVALHO FILHA; NOGUEIRA; VIANA, 2011). Para tanto, a construção de uma relação de confiança entre o paciente e a equipe de saúde da UBS é indispensável para o sucesso do programa. Na contramão desta ideia foi observado que há alta rotatividade das equipes de saúde nas UBS frequentada neste estudo e que isso, provavelmente, tenha sido fator determinante para a

pequena adesão dos hipertensos ao Hiperdia local. Além disso, também foi relatado pelos entrevistados que a falta de medicamentos nas UBS é constante o que obriga os pacientes a terem que comprar seus anti-hipertensivos e, conseqüentemente, reduzir a frequência de procura dos serviços do Hiperdia nas UBS.

Um paciente é considerado aderente à sua terapia quando o mesmo segue o tratamento exatamente da forma que lhe foi proposto pela equipe de saúde refletindo, dessa forma, a coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (SANTOS et al., 2013; SBH, 2010). O monitoramento do grau de adesão de um hipertenso à sua terapia medicamentosa pode ser feito por meio de métodos diretos, como a dosagem do fármaco e/ou seus metabólitos em fluidos biológicos, ou com auxílio de métodos indiretos, como o uso de questionários de autoavaliação validados (OBRELI–NETO et al., 2012). Além destes, a medida ambulatorial da pressão arterial durante 24 h (Mapa) também tem sido utilizada em alguns estudos com essa finalidade (GREZZANA; STEIN; PELLANDA, 2012). Contudo, é importante ressaltar que os pacientes com resistência orgânica ao tratamento farmacológico podem apresentar alterações na Mapa mesmo utilizando adequadamente os medicamentos, o que sugere cautela na interpretação de seus resultados (RUZICKA; HIREMATH, 2015). No que se refere aos estudos de natureza epidemiológica como este, o TMG e o THS são os medicamentos mais utilizados por serem de fácil aplicação, baixo custo e boa especificidade (VARLETA; AKEL; ACEVEDO, 2015; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; PUCCI; PEREIRA; VINHOLES, 2012; SANTOS et al., 2011; GONÇALVES, 2010; STRELEC; PIERIN; MION–JR, 2008).

No Brasil, a maioria dos estudos que abordam esta temática mostra, como resultados mais encontrados, baixa prevalência de adesão ao tratamento anti-hipertensivo (BASTOS–BARBOSA et al., 2012; BUENDIA, 2012; BEM; NEUMANN; MENGUE, 2012; CARVALHO; et. al., 2012; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012; GUIRADO; RIBEIRA; HUERGO; BORRAS, 2011; LEÃO E SILVA, et al., 2013; SANTOS et al., 2010).

De forma semelhante, os resultados apresentados neste trabalho apontam para baixa prevalência de adesão à terapia farmacológica em hipertensos do Hiperdia de Lagarto–SE.

Entre as variáveis sociodemográficas e econômicas, que podem estar relacionadas com a baixa adesão dos hipertensos a sua terapêutica medicamentosa, estão o grau de escolaridade e a classe socioeconômica. Os hipertensos atendidos pelo Hiperdia de Lagarto–SE apresentam, em sua maioria, baixo grau de escolaridade e pertencem às classes sociais mais baixas como a classe E. O nível socioeconômico, normalmente, está associado a um baixo grau de escolaridade e os dois dificultam o sucesso de uma das principais estratégias usadas para aumentar a adesão de um paciente a terapêutica que é a implementação de medidas de educação em saúde. Estas ações visam melhorar o conhecimento do paciente sobre sua doença e tratamento e tem sido demonstrado que pacientes com baixo grau de escolaridade e baixo nível socioeconômico são menos aderentes à terapia anti-hipertensiva, talvez por não compreenderem corretamente as ações educativas e informativas propostas (GIROTTI et al., 2013; SANTOS, 2013).

A influência da faixa etária sobre a maior ou menor adesão à terapêutica ainda é controversa. A maior parte dos trabalhos vem demonstrando ausência de relação entre a idade e os níveis de adesão (EIDI, 2015; BARRETO, 2015; PUCCI, 2012; CARVALHO et al., 2010; LIMA, et al., 2010). Contudo, melhores níveis de adesão também têm sido relatados em pacientes com maior faixa etária (GIROTTI, 2013; DEMONER; RAMOS; PEREIRA, 2012). Se por um lado hipertensos com idade superior a 60 anos têm maior preocupação com sua saúde em função, muitas vezes, de já terem apresentado as complicações da HAS, por outro, os déficits de memória, comuns com o processo de senescência, somados ao fato de morarem sozinhos podem prejudicar o seguimento do tratamento. A faixa etária com maior frequência de distribuição de hipertensos observadas neste trabalho é relativamente jovem (51 a 60 anos). Entretanto, as

faixas etárias com idade igual ou superior a 60 anos, estudadas aqui, representam quase a metade da população desta pesquisa. Este dado, somado ao baixo grau de escolaridade e nível socioeconômico também baixo, aponta para a necessidade de uma atenção especial das equipes de saúde no acompanhamento destes pacientes.

Quanto ao tratamento não farmacológico da HAS, as ações educativas que visam um estilo de vida caracterizado por restrições dietéticas (sal, açúcar e gorduras), práticas regulares de atividade física e ausência de tabagismo e de etilismo devem ser implementadas juntamente com a terapia farmacológica (WEBER, 2014; SBC, 2010). É importante destacar que este perfil de estilo de vida foi observado na maioria dos hipertensos estudados neste trabalho sugerindo que os mesmos apresentam boa adesão à terapia não farmacológica. Contudo, o fato de os hipertensos apresentarem estilo de vida favorável ao controle da HAS pode ter influenciado negativamente a adesão à terapia farmacológica. Neste caso, seria admitida a hipótese de que estes pacientes consideram suficiente a adoção de um estilo de vida saudável para controlar a PA e, por consequência, diminuem seu comportamento frente ao uso dos anti-hipertensivos.

Apesar do estilo de vida saudável, os participantes do Hiperdia de Lagarto-SE se apresentavam, em sua maioria, com sobrepeso/obesidade. Considerando que boa parte dos hipertensos também são diabéticos e que esta patologia, sobretudo o tipo 2, tem grande associação com a obesidade, as estratégias de saúde devem visar à redução do peso corpóreo como medida auxiliar na eficácia da terapia medicamentosa (WEBER et al., 2014). Além disso, a presença de outras doenças crônicas torna a baixa adesão à terapia anti-hipertensiva ainda mais grave em função das comorbidades e agravamentos de comorbidades com o não controle da HAS (SBC, 2013).

A autopercepção da saúde é uma forma de avaliação empírica da saúde baseada no conhecimento e crenças pessoais. Sendo assim, este tipo de avaliação não reflete apenas o estado de ausência da doença, mas também leva em consideração a percepção do

paciente acerca do seu estado de saúde frente a um contexto social, demográfico e comportamental. Dessa forma, a avaliação da autopercepção de um indivíduo sobre a sua saúde pode auxiliar na compreensão de seu comportamento frente à própria saúde como é o caso da adesão à terapêutica medicamentosa e não medicamentosa (BARROS et al., 2009). Algumas variáveis, como baixo nível socioeconômico, maior faixa etária e obesidade, vêm sendo associadas com a autopercepção da saúde razoável/ruim (REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA, 2012; AZEVEDO; ZANCHETTA; MOURA; MALTA, 2009). Estas variáveis também foram predominantes nos hipertensos do Hiperdia de Lagarto-SE onde foi encontrada maior prevalência (63,1%) de relato de autopercepção de saúde razoável ou ruim.

A frequência de visitas aos serviços de saúde é extremamente importante quando se trata de pacientes com doenças crônicas como a HAS e diabetes. Neste contexto, foi possível observar que os pacientes cadastrados no Hiperdia e que frequentam regularmente o programa apresentam boa frequência de consultas médicas (mais de 60% procuram o médico 1 vez a cada 3 meses). Todavia, isso parece não ter sido o suficiente para garantir a boa adesão à terapia farmacológica. Um dado interessante e que chama atenção foi o fato de que mais de 82% dos hipertensos relataram tirar suas dúvidas sobre os medicamentos anti-hipertensivos com os médicos. Se for considerado que a demanda de atendimentos médicos na rede pública de saúde é elevada, é possível que o tempo das consultas seja insuficiente para promover as devidas orientações aos hipertensos. Neste sentido, a participação de outros profissionais de saúde, em especial o farmacêutico, passa a ter importância de destaque na orientação dos pacientes do Hiperdia quanto ao uso adequado dos fármacos anti-hipertensivos. Esta hipótese é reforçada pelos resultados apresentados neste trabalho que mostram que a adesão à terapia farmacológica, segundo TMG, foi significativamente maior nos hipertensos que esclarecem suas dúvidas com o farmacêutico (Tabela 05).

Considerando que apenas 4,4% dos entrevistados foram diagnosticados com HAS há menos de um ano, estes pacientes precisam de um acompanhamento especial, pois tem sido demonstrado que entre 16% e 50% dos novos hipertensos descontinuam a medicação anti-hipertensiva e, aqueles que a utilizam, um número substancial o faz de modo inadequado (ANDRADE et al., 2002).

Em relação ao perfil farmacoterapêutico, todos os medicamentos utilizados estão listados na relação municipal de medicamentos (Remume). As classes de anti-hipertensivos mais consumidas pelos entrevistados foram aquelas que interferem com o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) como os bloqueadores de receptores de angiotensinogênio (BRA) (losartana), e inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (captopril). A maior prevalência de uso destes medicamentos no tratamento da HAS também foi encontrada em outros estudos (MIBIELLI et al., 2014; LIMA; MEINERS; SOLER, 2010). A preferência pelos medicamentos que reduzem a atividade do SRAA é justificada pelos efeitos adicionais que estas drogas apresentam como a redução da agregação plaquetária e trombose, redução do remodelamento cardíaco e vascular e efeitos metabólicos protetores cerebrais e renais (DÜSING, 2016). É importante ressaltar, contudo, que a terapia com BRA bloqueia os efeitos da angiotensina II em seus receptores, mas não impede a síntese deste peptídeo vasoconstrictor. Ao contrário, os níveis plasmáticos de angiotensina II estão elevados em usuários de BRA (HILAL-DANDAN, 2012). Considerando estes aspectos, a adesão de um paciente à terapia farmacológica contendo BRA deve ser alta, pois a não utilização do medicamento pode implicar em vasoconstrição exagerada e crise hipertensiva em razão da elevada biodisponibilidade de angiotensina II.

Um dos fatores que influencia a não adesão do paciente à terapia farmacológica são os efeitos adversos apresentados pelos medicamentos usados no tratamento da HAS (FERREIRA, 2012). Em razão disso, deve-se preferir, sempre que possível, o uso de anti-hipertensivos em monoterapia e com menor

potencialidade para induzir efeitos secundários (SBH, 2010). Talvez isso explique a maior prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso nos hipertensos que usam apenas um medicamento (Tabela 04). Por outro lado, o uso de outras classes terapêuticas foi relatado por mais de 60% dos entrevistados. De forma interessante, a frequência de distribuição dos pacientes aderentes ao tratamento anti-hipertensivo foi significativamente maior naqueles que utilizam outros medicamentos (Tabela 05). Considerando que a maioria dos outros medicamentos consumidos pelos entrevistados é usada para o tratamento do diabetes e que esta condição clínica exige maior rigor nos horários de aplicação dos medicamentos, é provável que a maior disciplina na tomada dos antidiabéticos tenha influenciado positivamente à adesão a terapia anti-hipertensiva.

No que se refere à prática da polifarmácia, a possibilidade de interação medicamentosa deve ser sempre considerada. A carbamazepina, por exemplo, foi um dos fármacos consumidos pelos hipertensos e seu uso tem sido associado ao aumento na taxa de metabolismo do anlodipino, ibersartana, losartana e carvedilol. Os anti-histamínicos H₂, cimetidina e ranitidina inibem o metabolismo de betabloqueadores (metoprolol e carvedilol), drogas usadas frequentemente na terapia da HAS (LYNCH; PRICE, 2007). Além das interações diretas citadas, é importante destacar que o risco destas interações ocorrerem é maior com o aumento da idade do paciente em função de sua redução na capacidade de depuração e distribuição dos medicamentos.

Por fim, destaca-se que a maioria dos pacientes realiza consultas médicas para avaliação dos anti-hipertensivos utilizados. Entretanto, foi observado que a prevalência de hipertensos não aderentes à terapia farmacológica foi significativamente maior naqueles que não realizam esse tipo de consulta (Tabela 05). Embora esse tipo de relação não tenha sido descrito em diferentes trabalhos que abordam essa temática, a procura do médico, pelo paciente, com o intuito de avaliar os medicamentos usados pode indicar a presença de efeitos colaterais e/ou

ausência dos efeitos anti-hipertensivos. Isto, por si só, justifica a menor adesão à terapia. Além disso, após o diagnóstico de HAS é comum um maior número de consultas médicas com a finalidade de estabelecer o tratamento mais adequado para o paciente. Como descrito anteriormente, há maior taxa de abandono da terapia farmacológica no início do tratamento anti-hipertensivo o que vai ao encontro com os resultados apresentados aqui.

5 CONCLUSÃO

Apesar de os hipertensos assistidos pelo Hiperdia de Lagarto-SE apresentarem um estilo de vida considerado saudável, foi encontrada baixa prevalência de adesão à terapia farmacológica. Estes resultados podem estar associados ao baixo nível de escolaridade e à baixa classe socioeconômica da amostra estudada. Além disso, foi observado que a adesão à terapia farmacológica foi significativamente maior quando outros profissionais de saúde, além do médico, participam do esclarecimento de dúvidas dos hipertensos sobre os medicamentos utilizados.

6 AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, pelo apoio financeiro.

À Secretaria de Saúde do município de Lagarto-SE, pela disponibilidade para realização desta pesquisa e pelo fornecimento dos dados solicitados.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. S.; CREMONESE, I. Z.; JANEIRO, V. et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 1, p. 60–67, jan./fev. 2015.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2016.

BASTOS-BARBOSA, R. G. et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2012/AOP/aop05112_port.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BEM, A. J.; NEUMANN, C. R.; MENGUE, S. S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/2012nahead/3357.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2016.

BERRY, S. D. et al. Poor Adherence to Medications May Be Associated with Falls. **The Journals of Gerontology**, Boston, v. 65, n. 5, p. 553–558, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20231214>>. Acesso em: 04 dez. 2015.

BORGES, J. W. P. et al. Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a30v46n2.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. SISHIPERDIA, 2016. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 02 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 128p, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2015.

BUENDÍA, J. A. Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación anti-

hipertensiva. **Biomédica**, v. 32, p. 578–584, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v32n4/v32n4a13.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

CARVALHO, A. L. M. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/630/63023392028.pdf>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

DEMONER, M. S.; RAMOS, E. D. P.; PEREIRA, E. R. Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. spe 1, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000800005>. Acesso em: 15 dez. 2015.

DÜSING, R. Pharmacological interventions into the renin-angiotensin system with ACE inhibitors and angiotensin II receptor antagonists: effects beyond blood pressure lowering. **Therapeutic Advances in Cardiovascular Disease**, abril. 2016. Disponível em: <<http://tak.sagepub.com/content/early/2016/04/25/1753944716644130.full.pdf+html>>. Acesso em: 30 abr. 2016.

EIDI, L. P. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo teste de Morisky–Green. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 362–367, abr./jun. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.emnuvens.com.br/fen/article/view/15599>>. Acesso em: 07 out. 2015.

FERREIRA, G. S. **O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul**, 2012. Projeto de pesquisa. (Especialização e tecnológica em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz–FIOCRUZ, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6818/1/Grazielle%20da%20Silva%20Ferreira%5B1%5D.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2016.

CARVALHO FILHA, F. S. S.; NOGUEIRA, L. T.; VIANA, L. M. M. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12, p. 930–936, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp/pdf/a06v12esp_n4.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2014.

GIROTTI, E. et al. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27>>. Acesso em: 03 maio 2016.

GREZZANA, G. B.; STEIN, A. T.; PELLANDA, L. C. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, 2012. Disponível em: <http://www.arquivosonline.com.br/2012/AOP/aop05112_port.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2015.

GUIRADO, E. A. et al. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. 1, p. 62–67, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/gs/v25n1/original9.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

HAYNES, R. B.; TAYLOR, D. W.; SACKETT, D. L. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins; University Press, 1981. 516p.

HILAL–DANDAN, R. Renina e angiotensina. In: GOOD–MAN; GILMAN, A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro, RJ: McGraw–Hill, 2012. p. 721–743.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas (Brasil, grandes regiões e unidades da federação)**. 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

LEÃO E SILVA, L. O. et al. Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 21,

- n. 2, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000200004>>. Acesso em: 06 abr. 2015.
- LEUNG, A. A. et al. Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program Guidelines for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. **Canadian Journal of Cardiology**, Calgary, v. 32, n. 5, p. 589–597, 2016. Disponível em: <[http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X\(16\)00192-6/pdf](http://www.onlinecjc.ca/article/S0828-282X(16)00192-6/pdf)>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hipertensão em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada – PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**, v. 2, n. 1, p. 9–17, dez. 2012. Disponível em: <<http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo02.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- LYNCH, T.; PRINCE, A. The Effect of Cytochrome P450 Metabolism on Drug Response, Interactions, and Adverse Effects. **American Family Physician**, v. 76, n. 3, p. 391–396, aug. 2007. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp/2007/0801/p391.pdf>>. Acesso em: 11 jan. 2015.
- MIBIELLI, P. et al. Interações medicamentosas potenciais entre idosos em uso dos anti-hipertensivos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais do Ministério da Saúde do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, set. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0102311X2014000901947&lng=en&nr=m=iso&tlng=pt>. Acesso em: 03 maio 2016.
- MICHEL, T.; HOFFMANN, B. B. Tratamento da Isquemia Miocárdica e da Hipertensão. In: BRUNTON, L. L.; CHABNER, B. A.; KNAOLLMANN, B. C. **Goodman & Gilman: as bases farmacológicas da terapêutica**. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: McGraw-Hill, 2012. p. 745–788.
- MORISKY, D. E. et al. Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. **Journal of Clinical Hypertension**, Greenwich, v. 10, n. 5, p. 348–354, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Predictive+Validity+of+A+Medication+Adherence+Measure+in+an+Outpatient+Setting>>. Acesso em: 15 mar. 2016.
- OBRELI-NETO, P. R. et al. Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 93, n. 4, p. 403–410, 2012. Disponível em: <<http://www.rbfarma.org.br/files/rbf-2012-93-4-2.pdf>>. Acesso em: 25 nov. 2015.
- PUCCI, N. et al. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 25, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://rbconline.org.br/wp-content/Archives/v25n4/V25n04a08.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2015.
- RUZICKA, M.; HIREMATH, S. Can Drugs Work in Patients Who Do Not Take Them? The Problem of Non-adherence in Resistant Hypertension. **Current Hypertension Reports**, v. 17, n. 9, 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11906-015-0579-4#page-1>>. Acesso em: 15 jan. 2016.
- SANTOS, B. R. M. et al. Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 46, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v46n3/v46n3a04.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.
- SANTOS, M.V.R. et al. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. **Revista Brasileira Clínica Médica**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 55–61, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3390.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2016.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://publicacoes>.

cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_as-sociados.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/pdf/diretrizes_final.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2016.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION–JR., D. A Influência do Conhecimento sobre a Doença e a Atitude Frente à Tomada dos Remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343–348, 2003. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/2003/8104/8104002.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2016.

TAN, X.; PATEL, I.; CHANG, J. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS–4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS–8). **Innovations in Pharmacy**, Birmingham, v. 5, n. 3, 2014. Disponível em: <http://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/171823/cop_article_483579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 17 fev. 2016.

VARLETA, P. et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva em pacientes de la Región Metropolitana. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 143, n. 5, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v143n5/art03.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2016.

WEBER, M. A. et al. Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **The Journal of clinical Hypertension**, New York, v. 32, n. 1, p. 3–15, jan. 2014. Disponível em: <<http://csc.cma.org.cn/attachment/2014315/1394885445745.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

WORLD ORGANIZATION HEALTH. **Información general sobre la hipertensión en el mundo**. 2013.

Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf>. Acesso em: 08 jan. 2016.

Recebido em: 03 de maio de 2016

Aceito em: 23 de maio de 2016