

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE ADULTOS AUTORREFERIDOS COM DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSÃO

Jéssica Gabriela Figueiredo da Mata

Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Brasil.

Marcelo Brito de Godoi Filho

Acadêmico do curso de Medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Brasil.

Claudia Bernardi Cesarino

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Geral da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), Brasil.

RESUMO: O objetivo deste estudo é identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de adultos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão. Trata-se de um estudo descritivo-transversal envolvendo 213 indivíduos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão participantes em campanhas de hipertensão arterial realizadas em cidade do interior paulista. Os instrumentos de coleta de dados utilizados foram entrevistas semiestruturadas e questionário de *Morisky e Green*. Foram aplicados o teste qui-quadrado e análise de correspondência múltipla. A maioria dos participantes do estudo relatou não aderir ao tratamento medicamentoso (84%). O sexo feminino apresentou maior adesão. As barreiras à adesão foram dificuldade para mudança de hábitos de vida, irregularidade às consultas médicas e aos horários das medicações. A adesão ao tratamento medicamentoso constitui-se de um processo complexo e multifatorial que merece atenção especial da equipe multiprofissional em saúde com o objetivo de aumentar as taxas de adesão e a qualidade de vida dos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Cooperação do paciente; Hipertensão; Qualidade de vida; Recusa do paciente ao tratamento; Terapêutica.

ADHESION TO MEDICINAL TREATMENT OF ADULTS WITH HYPERTENSION

ABSTRACT: Adhesion level to medicinal treatment by adults diagnosed with hypertension is identified by a descriptive and transversal study involving 213 people diagnosed with hypertension and participating in arterial hypertension campaign in a town in the hinterland of the state of São Paulo, Brazil. Data were collected by half-structured interviews and by Morisky & Green questionnaire. Most participants (84%) failed to adhere to medicinal treatment, with females complying most with adhesion. Adhesion impairments comprised difficulties in changes in lifestyle, irregular visits to the doctor's and medicine timetable. Adhesion to medicine treatment is a complex and multifactor process that needs special attention by the multiprofessional health team to increase adhesion rates and life quality of patients.

KEY WORDS: Hypertension; Therapy; Patient's cooperation; Life quality; Treatment refusal by patient.

Autor correspondente:

Jéssica Gabriela F. Mata
jessicagfig@gmail.com

Recebido em: 04/09/2019

Aceito em: 07/11/2019

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo¹. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) aumenta a probabilidade de doença isquêmica do coração, morte súbita, aterosclerose e mortalidade, em geral². Portanto é evidente a importância dos fatores relacionados ao controle da HAS no âmbito da saúde pública. Nesse sentido, o tratamento medicamentoso tem apresentado um impacto positivo na morbimortalidade cardiovascular³⁻⁴.

A HAS é uma doença crônica clínica tratável e, quando adequadamente controlada a pressão arterial, pode prevenir ou até evitar o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Assim, o tratamento medicamentoso é fundamental na redução da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis⁵⁻⁷.

Nesse contexto, um dos principais problemas que o sistema brasileiro de saúde enfrenta diante dos pacientes é o seu abandono ou a falta de adesão aos tratamentos para hipertensão protocolados pelo Ministério da Saúde. A não adesão ao tratamento da HAS constitui um desafio para os profissionais de saúde. Os baixos níveis de adesão à terapia anti-hipertensiva estão associados aos maiores índices de morbimortalidade. Logo, a adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso da terapia instituída pela equipe de saúde. Envolve certos aspectos referentes aos fatores econômicos ao paciente, à doença, além de fatores relacionados ao tratamento e ao sistema de saúde⁸.

A adesão ao tratamento medicamentoso é definida como o grau de concordância entre o comportamento do indivíduo e as orientações dos profissionais da saúde⁹. Esta definição expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, isto é, adesão, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre o seu tratamento¹⁰.

Assim, a adesão ao tratamento medicamentoso por indivíduos hipertensos pode ser influenciada por fatores, tais como: idade, sexo, etnia, nível de escolaridade, nível econômico, maior quantidade de medicamentos prescritos, esquema terapêutico complexo, efeitos adversos dos medicamentos, dificuldade de acesso

ao sistema de saúde, inadequação da relação com o profissional de saúde, característica assintomática da doença e a sua cronicidade¹¹.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi identificar o nível de adesão ao tratamento medicamentoso de indivíduos autorreferidos com diagnóstico de hipertensão em um município do interior paulista.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo descritivo de corte transversal compreendendo 213 adultos autorreferidos hipertensos residentes em município do interior de São Paulo, diagnosticado por clínico geral. Os critérios de inclusão foram: indivíduos de ambos os sexos com idade maior ou igual a 18 anos, presentes em campanhas sobre HAS realizadas em 2018 na cidade de São José do Rio Preto, São Paulo. De um universo de 532 indivíduos atendidos nas campanhas, 213 (40%) que autorreferiram diagnóstico de hipertensão foram incluídos no estudo.

Para coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada por meio do *Google Drive* testada em estudo piloto e aplicada por entrevistadores treinados e supervisionados pelo coordenador do estudo. Os dados levantados na entrevista foram: (a) sociodemográficos (sexo, faixa etária, cor de pele, situação conjugal, escolaridade, renda familiar e apoio familiar); (b) fatores relacionados ao tratamento e ao sistema de saúde (acesso aos medicamentos, frequência de uso, horário das medicações, regularidade do tratamento, efeitos adversos, maior facilidade para frequentar consultas médicas, quantidade de medicamentos e dificuldades de mudanças de hábitos); e (c) questionário de *Morisky e Green*¹².

O questionário de *Morisky e Green*¹² identifica o grau de adesão ao tratamento anti-hipertensivo com base no autorrelato do paciente. É constituído por quatro questões: (a) Você, alguma vez, esqueceu-se de tomar seu remédio? (b) Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? (c) Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? (d) Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo? De acordo com o protocolo do teste, cada resposta negativa (“não”) acrescenta-se 1 ponto

no escore final, enquanto respostas positivas (“sim”) pontua-se 0 (zero). Assim, considera-se que há adesão ao tratamento o paciente que obtiver pontuação máxima de quatro pontos (nenhuma resposta positiva) e não-adesão aquele que obtiver três pontos ou menos (ao menos uma resposta positiva)¹².

Os dados coletados foram analisados no *software Minitab 17* (Minitab Inc.). Aplicou-se teste qui-quadrado para verificar possíveis associações entre dados sociodemográficos, fatores relacionados ao tratamento e ao sistema de saúde e adesão ao tratamento pelo questionário de *Morisky e Green*¹². Análise de correspondência múltipla também foi empregada, pois possibilita visualizar os resultados de uma forma holística. Em alguns casos, associações não significativas na análise univariada podem ser consideradas significativas. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, CAAE: 88483618.8.0000.5415. Todos os pacientes envolvidos na pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Os resultados da Tabela 1 mostram que a maioria dos participantes do estudo tinha mais de 60 anos (56,3%), mulheres (51,6%), cor de pele branca (74,2%), vivia com companheiro (65,7%), com curso superior completo (31%), renda superior a cinco salários mínimos (33,8%) e apoio familiar (65,7%). Por intermédio do questionário de *Morisky e Green*¹² constatou-se que 84% dos participantes do estudo admitiram não aderir ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo.

Tabela 1. Dados demográficos da amostra selecionada no estudo (n = 213). São José do Rio Preto (SP), 2018

	N	%
Idade		
18 a 60 anos	93	43,7
Acima de 60 anos	120	56,3
Sexo		
Feminino	110	51,6
Masculino	103	48,4
Cor		
Branca	158	74,2
Não branca	55	25,8
Situação conjugal		
Com companheiro	140	65,7
Sem companheiro	73	34,3
Escolaridade		
Fundamental incompleto	51	23,94
Fundamental completo/médio incompleto	36	16,9
Médio completo/superior incompleto	60	28,2
Apoio familiar		
Não	73	34,3
Sim	140	65,7
Renda		
Até 1 SM*	36	16,9
1 a 3 SM	64	30,1
3 a 5 SM	41	19,2
Acima de 5 SM	72	33,8

*SM: salários mínimos.

A Tabela 2 disponibiliza informações estatísticas sobre a associação entre dados demográficos e a capacidade de adesão ao tratamento medicamentoso. Neste particular, identifica-se uma associação significativa para o sexo, apontando que as mulheres demonstraram maior adesão ao uso de medicamentos ($p = 0,002$). Os demais dados demográficos selecionados no estudo não apresentaram associações que pudessem ser estatisticamente consideradas.

Tabela 2. Associação entre dados demográficos e capacidade de adesão ao tratamento medicamentoso. São José do Rio Preto (SP) 2018

	Questionário de Morisky-Green				Valor <i>P</i>
	Adesão		Não adesão		
	N	%	N	%	
Idade					
18 a 60 anos	13	38,2	80	44,7	0,484
Acima de 60 anos	21	61,7	99	55,3	
Sexo					
Feminino	26	76,5	84	46,9	0,002
Masculino	8	23,5	95	53,1	
Cor					
Branca	29	85,3	129	72,1	0,090
Não branca	5	14,71	50	27,9	
Situação conjugal					
Com companheiro	24	70,6	116	82,8	0,510
Sem companheiro	10	29,4	63	35,2	
Escolaridade					
Fundamental incompleto	6	17,6	45	25,1	0,727
Fundamental completo/médio incompleto	7	20,6	29	16,2	
Médio completo/superior incompleto	11	32,3	49	27,4	
Superior Completo	10	29,4	56	31,2	
Apoio familiar					
Não	12	35,2	61	34,1	0,891
Sim	22	64,7	118	65,9	
Renda					
Até 1 SM*	2	5,9	34	18,9	0,176
1 a 3 SM*	10	29,4	54	30,1	
3 a 5 SM*	7	20,6	34	18,9	
Acima de 5 SM*	15	44,1	57	31,8	

*SM: salários mínimos.

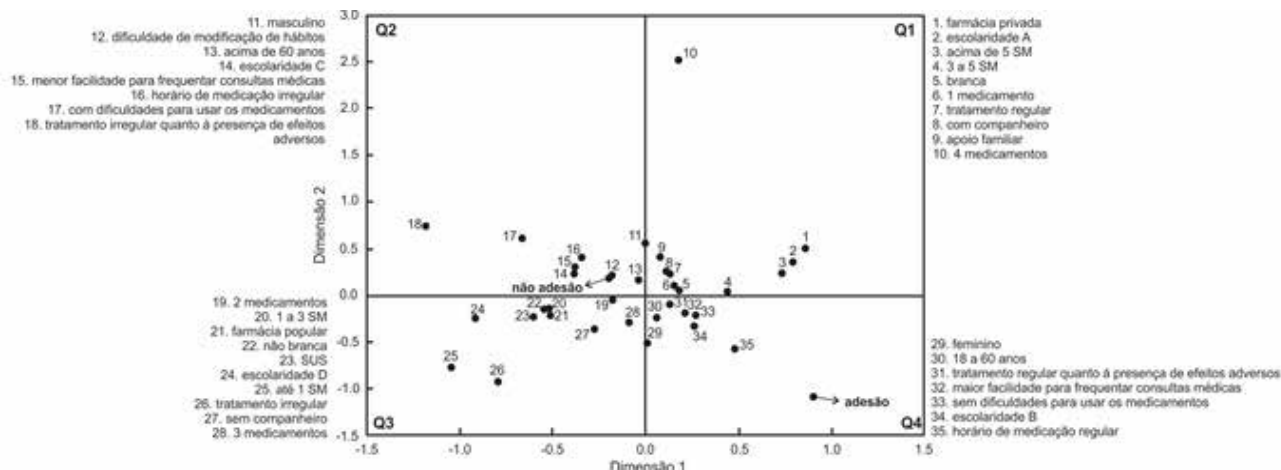
Com relação à associação entre indicadores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo e adesão ao uso de medicamento (Tabela 3) foram identificadas significâncias estatísticas específicas quanto à frequência de uso dos anti-hipertensivos ($p = 0,005$), à regularidade dos horários de uso da medicação ($p < 0,001$), à dificuldade de modificação dos hábitos ($p = 0,046$) e à dificuldade em realizar consultas médicas ($p = 0,038$).

Tabela 3. Associação da adesão ao tratamento em relação aos fatores pessoais. São José do Rio Preto-SP, 2018

	Questionário de Morisky-Green				Valor <i>P</i>
	Adesão		Não adesão		
	N	%	N	%	
Frequência de uso					
Com dificuldades p/ usar os anti-hipertensivos	2	5,9	45	25,1	0,005
Sem dificuldades p/ usar os anti-hipertensivos	32	94,1	134	74,8	
Horário da medicação					
Irregular	0	0,0	118	65,9	<0,001
Regular	34	100,0	61	34,1	
Regularidade do tratamento					
Tratamento irregular	3	8,8	27	15,1	0,312
Tratamento regular	31	91,2	152	84,9	
Regularidade do tratamento: presença de efeitos adversos					
Tratamento irregular	1	2,9	18	10,1	0,134
Tratamento regular	33	97,1	161	89,9	
Dificuldade p/ frequentar consultas médicas					
Encontra dificuldades	9	26,4	81	45,2	0,038
Sem dificuldades	25	73,5	98	54,7	
Qtde de medicamentos					
1	15	44,1	96	53,6	0,684
2	13	38,2	58	32,4	
3	6	17,6	24	13,4	
4	0	0,0	1	0,5	
Dificuldade de modificação de hábitos					
Não	16	47,1	48	26,8	0,046
Sim	18	52,9	117	65,3	
Ignorado	0	0,0	14	7,8	
Acesso					
Farmácia popular	9	26,4	41	22,9	0,817
Farmácia privada	14	41,1	84	46,9	
Sistema Único de Saúde	11	32,3	54	30,2	

*SM: salários mínimos.

Abordagem multivariada foi realizada para verificar possíveis associações entre dados demográficos, indicadores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo e adesão ao uso de medicamento. A análise multivariada avaliou o conjunto de variáveis de maneira simultânea, considerando-se o comportamento pontual e suas interações. A Figura 1 mostra a disposição das variáveis analisadas em um espaço bidimensional em relação ao desfecho (adesão ao tratamento), de acordo com a aplicação da análise de correspondência múltipla.



Nota da Figura: Escolaridade A: superior completo; Escolaridade B: médio completo/superior incompleto; Escolaridade C: fundamental completo/médio incompleto; Escolaridade D: fundamental incompleto; SUS: Serviço Único de Saúde; SM: salário mínimo.

Figura 1. Espaço bidimensional das variáveis do estudo de acordo com uma análise de correspondência múltipla. São José do Rio Preto-SP, 2018.

Os resultados da análise de correspondência múltipla reiteram os resultados obtidos na análise univariada. Os participantes do estudo que demonstraram adesão ao tratamento medicamentoso são, em sua maioria, mulheres com idade entre 18 e 60 anos e com escolaridade equivalente ao ensino médio completo ou superior incompleto. Além disso, relataram maior facilidade para frequentar consultas médicas regularmente, não ter dificuldade para fazer uso dos anti-hipertensivos, fazer uso da medicação em horário regular e manter continuidade do tratamento, mesmo na presença de algum efeito adverso. Dessa forma, todas estas variáveis encontram-se localizadas no mesmo quadrante daqueles participantes do estudo que demonstraram adesão ao tratamento pelo questionário de *Morisky e Green*¹².

Quanto ao tipo de medicamento utilizado observa-se que a maioria dos participantes do estudo faz uso de medicamentos da classe dos β -bloqueadores (27,7%), seguidos de diuréticos (26,5%) e antagonistas de receptor de angiotensina II (21,7%).

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados sugerem que, em cada grupo de cinco participantes do estudo, quatro não aderiam ao tratamento medicamentoso (84%). A adesão ao tratamento de HAS é fator essencial para controle adequado dos níveis pressóricos¹³. Entretanto,

é extremamente complexo detectar e quantificar a necessária adesão¹⁴⁻¹⁶, ou seja, uma adequada adesão.

Em relação às dificuldades para apresentar satisfatória adesão ao tratamento medicamentoso, a maioria dos indivíduos faz uso de um único medicamento e não apresenta qualquer limitação para usá-lo. No entanto, pôde-se observar através do questionário de *Morisky e Green*¹² que uma proporção elevada dos participantes não aderiu ao tratamento. Dessa forma, apesar de os indivíduos fazerem uso de um esquema monoterápico, assim, facilitando o uso regular dos medicamentos, a realidade observada foi a não adesão ao tratamento medicamentoso por uma maioria dos indivíduos. Uma revisão integrativa da literatura indicou que quanto maior a quantidade de medicamentos prescrita para uso, maior a dificuldade dos pacientes de aderirem ao tratamento^{10,17}. Assim, indivíduos que fazem tratamento envolvendo regime terapêutico complexo estão mais propensos ao esquecimento e à não adesão ao tratamento, como aponta estudo realizado em município do Estado do Rio Grande do Sul¹³. Diante dos achados, é possível inferir que a quantidade de medicamentos prescritos influencia na adesão ao tratamento proposto. Além disso, o conhecimento que os indivíduos possuem sobre o regime terapêutico que lhes é proposto, bem como as orientações fornecidas pela equipe multiprofissional dos serviços de saúde, interferem sobremaneira na adesão ao tratamento de um, dois, três ou mais fármacos.

Logo, tal fato pode ter influência nos resultados obtidos no presente estudo.

Além disso, os fatores socioeconômicos levados em conta neste estudo não interferiram significativamente na adesão ao tratamento. Dessa forma, o apoio familiar, a renda e o acesso aos medicamentos não foram fatores preponderantes no comprometimento à adesão ao tratamento, embora estudos que associaram o apoio familiar e a adesão ao tratamento medicamentoso evidenciaram que a família e o suporte social contribuíram para a continuidade regular do tratamento de doenças crônicas não-transmissíveis, como é o caso da hipertensão^{15,18}.

Em uma revisão integrativa da literatura constatou-se que quanto maior o envolvimento e experiência da família com o indivíduo, maior é a sua adesão¹⁰. Apesar de, no presente estudo, o apoio familiar não se apresentar como fator influente no tratamento, uma rede de suporte emocional constituída por familiares ou pessoas próximas pode ser uma grande aliada no processo de enfrentamento da HAS¹⁸, uma vez que indivíduos hipertensos vivenciam limitações no estilo de vida e necessitam se adaptar às novas rotinas. Esse cenário de transformações pode desencadear frustrações, insatisfação e tristeza no paciente hipertenso, que podem ser amenizadas com apoio emocional de um ente benquisto¹⁵. Resultado díspar relacionado à renda e acesso aos medicamentos pode ser visto em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, que aponta que a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos contribui para menor adesão ao tratamento. Ainda, o fator econômico foi o principal motivo de interferência negativa no tratamento da HAS¹⁹.

Foram observadas associações significativas entre indicadores relacionados ao tratamento anti-hipertensivo e adesão ao uso de medicamento. A frequência de uso dos medicamentos associou-se significativamente com a adesão ao tratamento, mostrando que os participantes do estudo com maior dificuldade para usar os medicamentos foram os que apresentaram menor índice de adesão ao tratamento. Todos os pacientes que manifestaram regularidade quanto aos horários de uso da medicação apresentaram adesão ao tratamento. Nos achados de estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto,

São Paulo, foi observado que aproximadamente 77% dos indivíduos analisados consideravam-se cuidadosos no uso dos medicamentos em horários previamente estabelecidos; fato que contribui para uma melhor adesão à terapêutica medicamentosa prescrita¹⁹. Desta forma, seguir as recomendações médicas quanto aos horários pré-determinados para uso dos medicamentos pode estabelecer uma rotina de cuidado que facilita a adesão e a continuidade do tratamento medicamentoso da HAS.

A presença em consultas médicas também apresentou associação significativa com a adesão ao tratamento, pois os pacientes que aderiam ao tratamento medicamentoso apresentaram maior facilidade em comparecer às consultas médicas. Corroborando com este resultado, estudo realizado em Ribeirão Preto, São Paulo, revelou que a quantidade de consultas médicas realizadas durante um ano constituiu-se em um fator relevante para o melhor controle da pressão arterial (P. A.). Como resultado, entre os indivíduos que não realizaram consultas durante esse período, somente 20% apresentavam a P. A. controlada. Entre aqueles que realizaram ao menos quatro consultas anuais, 43% estavam com P. A. controlada¹⁹. Tal situação parece indicar que a maior preocupação dos hipertensos com seu estado de saúde, o acesso e vínculo aos serviços e profissionais de saúde geram maior conhecimento sobre a sua condição, o que pode contribuir para um melhor cumprimento da terapia anti-hipertensiva. Portanto, o acesso aos serviços de saúde e às consultas médicas devem ser garantidos, visando minimizar riscos de não adesão ao tratamento medicamentoso da HAS^{19,20}.

A dificuldade de modificar os hábitos foi outro aspecto que mostrou associação significativa com a adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. As modificações no estilo de vida e a prática de hábitos saudáveis, tais como a adoção de uma alimentação equilibrada e prática regular de atividade física com o objetivo de controle do peso corporal, são fundamentais para prevenção e tratamento da HAS. A VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial ressalta que medidas não medicamentosas têm se mostrado eficazes na redução da P. A., apesar de limitadas pela diminuição de adesão a médio e longo prazo²¹. É preciso, então, que ações educativas acerca da manutenção das mudanças no

estilo de vida sejam sempre reafirmadas e preconizadas aos pacientes para que, apesar do tempo de tratamento, tais medidas ainda sejam seguidas pelos hipertensos.

Notou-se também a existência de associação significativa relacionada à adesão ao tratamento em pacientes do sexo feminino, corroborando com demais estudos. Estes estudos apontam que as mulheres apresentam maior tendência a seguir os tratamentos propostos em comparação aos homens. Nesse contexto, estudo realizado na cidade de São Paulo (SP) acerca do controle da P. A. em homens e mulheres evidenciou que elas apresentaram valores de P. A. mais controlados do que os homens. Esse resultado pode ser decorrente das mulheres demonstrarem um entendimento mais minucioso sobre a sua condição de saúde e, dessa forma, buscarem com mais frequência os serviços de saúde e seguirem de maneira mais eficaz os tratamentos propostos. Sendo assim, o sexo masculino merece uma atenção especial no âmbito da hipertensão¹⁸.

Diante do exposto, é possível observar que a adesão ao tratamento está vinculada à regularidade do paciente no uso dos medicamentos, consultas médicas e mudanças de hábitos de vida²². Vale ressaltar que a maior adesão ao tratamento foi observada nos participantes do estudo com maior escolaridade e menor idade.

Em contrapartida, pacientes que apresentaram menor adesão ao tratamento foram aqueles com horário irregular para o uso da medicação, com dificuldades para mudanças de hábitos de vida, com limitações para o uso dos medicamentos, com irregularidade no uso dos medicamentos quanto à presença de seus efeitos adversos, do sexo masculino, com irregularidade nas consultas médicas, com ensino fundamental completo ou médio incompleto e idade acima de 60 anos. Cabe ressaltar que no que diz respeito à idade dos indivíduos, resultados semelhantes foram observados em estudo realizado em municípios do Estado do Rio Grande do Sul, destacando que, com o avanço da idade, a adesão ao tratamento diminui. Neste sentido, os idosos, além de apresentarem diversas vulnerabilidades, enfrentam declínio das capacidades mentais, cognitivas e físicas, dificultando a compreensão e adesão ao tratamento da HAS¹³. Logo, é preciso que os profissionais de saúde engajem-se para enfrentar essa menor adesão, propiciando destaque para

certas estratégias focadas em ações multidisciplinares, informando e empoderando pacientes idosos em relação à hipertensão e à terapia anti-hipertensiva^{23,24}.

Existem, portanto, diversas variáveis relacionadas à adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão, sendo um processo complexo e multifatorial que merece atenção especial da equipe multiprofissional em saúde²⁵.

Novas pesquisas sobre adesão medicamentosa ainda são necessárias, para entender detalhadamente a complexa dinâmica da determinação da adesão ao tratamento das doenças crônicas. São vários aspectos que favorecem a não adesão ao tratamento da hipertensão, os quais devem ser compreendidos e discutidos por toda equipe de saúde para que o tratamento seja efetivo.

Este estudo teve limitações por apresentar delineamento transversal e a análise de informações autorreferidas pelos indivíduos. Outra limitação na comparação com a literatura é a forma como a adesão foi medida, por meio do questionário de *Morisky e Green*¹², podendo levar a imprecisões na discriminação da adesão e não adesão. É preciso considerar que ainda não há consenso sobre um método para avaliar a adesão que possa ser tomado como padrão-ouro.

CONCLUSÃO

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso de HAS foi constatada pela grande proporção entre os indivíduos estudados, pois foi maior que a descrita pela literatura atual. Barreiras como irregularidade às consultas médicas e aos horários das medicações, dificuldade para as mudanças de hábitos de vida e para usar os medicamentos estão diretamente associadas à menor adesão ao tratamento medicamentoso estabelecido. Assim, a baixa adesão ao tratamento medicamentoso é ainda um desafio para os profissionais de saúde diante das estratégias de intervenção aos indivíduos hipertensos.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo auxílio financeiro para a realização deste estudo.

REFERÊNCIAS

1. Mansur AP, Favarato D. Trends in Mortality Rate from Cardiovascular Disease in Brazil, 1980-2012. *Arq Bras Cardiol.* [Internet] 2016 May [cited 2019 Feb 15]; 107 (1): 20-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004000020
2. Cardoso AL, Torralbo FAP. Evolução hipertensiva: revisão bibliográfica. *Rev UNINGÁ* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 Feb 15]; 54 (1): 72-8. Disponível em: <http://revista.uninga.br/index.php/uninga/article/view/8/453>
3. Mancia G, Rea F, Cuspidi C, Grassi G, Corrao G. Blood pressure control in hypertension. Pros and cons of available treatment strategies. *J Hypertension.* [Internet] 2017 Feb [cited 2019 Feb 22]; 35 (2): 225-33. Available from: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=27898507>
4. Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, Anderson SG, Callender T, Emberson J, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet.* [Internet] 2016 Mar [cited 2019 Feb 22]; 387 (10022): 957-67. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673615012258?via%3Dihub>
5. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global disparities of hypertension prevalence and control: a systematic analysis of population-based studies from 90 countries. *Circulation.* [Internet] 2016 Aug [cited 2019 Mar 05]; 134 (6): 441-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4979614/pdf/nihms-798567.pdf>
6. Mengue SS, Bertoldi AD, Ramos LR, Farias MR, Oliveira MA, Tavares NUL, et al. Access to and use of high blood pressure medications in Brazil. *Rev Saúde Pública.* [Internet] 2016 Dec [cited 2019 Mar 05]; 50 Suppl 2: 1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5157910/pdf/0034-8910-rsp-50-s2-S1518-87872016050006154.pdf>
7. Tavares NUL, Costa KS, Mengue SS, Vieira MLFP, Malta DC, Júnior JBS. Uso de medicamentos para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde.* [Internet] 2015 Jun [acesso em 2019 Mar 22]; 24 (2): 315-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n2/2237-9622-ress-24-02-00315.pdf>
8. Rocha TPO, Neto JAF, Fernandes DR, Santana EEC, Abreu JER, Cardoso RLS, et al. Estudo comparativo entre diferentes métodos de adesão ao tratamento em pacientes hipertensos. *Int J Cardiovasc Sci.* [Internet] 2015 Mar-Abr [acesso em 2019 Mar 24]; 28 (2): 122-29. Disponível em: <http://www.onlinejics.org/english/sumario/28/pdf/v28n2a07.pdf>
9. Lourenço VC. Variáveis associadas a não adesão à terapia medicamentosa em idosos hipertensos e com comorbidades de uma unidade pública de saúde de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Faculdade de Ciências Farmacêuticas; 2016. 146p. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-23052016-141324/publico/Dissertacao_corrigida_Completa.pdf
10. Freitas JGA, Nielson SEO, Porto CC. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Soc Bras Clin Med.* [Internet] 2015 Jan-Mar [acesso em 2019 Mai 08]; 13 (1): 75-84. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2015/v13n1/a4782.pdf>
11. Silva LFRS, Marino JMR, Guidoni CM, Giroto E. Fatores associados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo por idosos na atenção primária. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* [Internet] 2014 [acesso em 2019 Mai 09]; 35 (2): 271-78. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2943/2943
12. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. The Brief Medication Questionnaire and Morisky-Green test to evaluate medication adherence. *Rev Saude Publica.* [Internet] 2012 Apr [cited 2019 May 09]; 46 (2): 279-89. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n2/3357.pdf>
13. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet CF, Oliveira KR. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na atenção primária à saúde. *Saúde Debate.* [Internet] 2018 Jan [acesso em 2019 Ago 03]; 42 (116): 179-90. Disponível

- em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42n116/0103-1104-sdeb-42-116-0179.pdf>
14. Souza FFRS, Andrade KVF, Sobrinho CLN. Adesão ao tratamento farmacológico e controle dos níveis pressóricos de hipertensos acompanhados na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. [Internet]. 2015 Out-Dez [acesso em 2019 Ago 03]; 22 (4): 133-38. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881227/rbh_v22n4_133-138.pdf
 15. Barreto MS, Cremonense IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalence of non-adherence to antihypertensive pharmacotherapy and associated factors. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2015 Jan-Feb [cited 2019 Aug 04]; 68 (1): 54-60. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/en_0034-7167-reben-68-01-0060.pdf
 16. Abdelhalim HN, Zahrani AI, Shuaibi AM. Factors affecting treatment compliance of patients on antihypertensive therapy at National Guard Health Affairs (NGHA) Dammam Primary Health Care Clinics (PHCC). *J Family Community Med*. [Internet] 2019 Sep-Dec [cited 2019 Oct 22]; 26 (3): 168-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6755766/>
 17. Pan J, Wu L, Wang H, Lei T, Hu B, Xue X, et al. Determinants of hypertension treatment adherence among a Chinese population using the therapeutic adherence scale for hypertensive patients. *Medicine (Baltimore)*. [Internet] 2019 Jul [cited 2019 Oct 22]; 98 (27): e16116. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6635171/pdf/medi-98-e16116.pdf>
 18. Silva SSBE, Oliveira SFSB, Pierin AMG. The control of hypertension in men and women: a comparative analysis. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet] 2016 Feb [cited 2019 Aug 10]; 50 (1): 50-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reusp/v50n1/pt_0080-6234-reusp-50-01-0050.pdf
 19. Cesarino EJ, Sigoli PBO, Lourenço VC, Cesarino FT, Andrade RCG. Fatores influentes na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes hipertensos. *Arq Ciênc Saúde*. [Internet] 2017 Jan-Mar [acesso em 2019 Ago 03]; 24 (1): 110-15. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/497/268>
 20. Nashilongo MM, Singu B, Kameera F, Mubita M, Naikaku E, Baker A, et al. Assessing Adherence to Antihypertensive Therapy in Primary Health Care in Namibia: Findings and Implications. *Cardiovasc Drugs Ther*. [Internet] 2017 Dec [cited 2019 Oct 22]; 31 (5-6): 565-78. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5730630/pdf/10557_2017_Article_6756.pdf
 21. Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*. [Internet] 2016 Set [acesso em 2019 Ago 03]; 107 (3suppl 3): 1-82. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HI-PERTENSAO_ARTERIAL.pdf
 22. Peacock E, Krousel-Wood M. Adherence to antihypertensive therapy. *Med Clin North Am*. [Internet] 2017 Jan [cited 2019 Oct 22]; 101 (1): 229-45. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5156530/pdf/nihms-826215.pdf>
 23. Souza AO, Yamaguchi MU. Adesão e não adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. *Saúde e Pesqui*. [Internet] 2015 [acesso em 2019 Set 27]; 8: 113-22. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3769/2518>
 24. Danielson E, Melin-Johansson C, Modanloo M. Adherence to treatment in patients with chronic diseases: From alertness to persistence. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. [Internet] 2019 Oct [cited 2019 Oct 22]; 7 (4): 248-57. Available from: http://ijcbnm.sums.ac.ir/article_45559_2bc4eb281e8427a64b16d52ab28f63e7.pdf
 25. Pirasath S, Kumanan T, Guruparan M. A Study on Knowledge, Awareness, and Medication Adherence in Patients with Hypertension from a Tertiary Care Centre from Northern Sri Lanka. *Int J Hypertens*. [Internet] 2017 Nov [cited 2019 Oct 23]; 2017: 9656450. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5688346/pdf/IJHY2017-9656450.pdf>