

---

---

**Adesão medicamentosa ao tratamento da hipertensão de  
pacientes do hiperdia em Ipatinga e Timóteo, Minas Gerais**  
**Medication adherence treatment of hypertension in the  
hiperdia Ipatinga and Timoteo, Minas Gerais**

---

---

PATRÍCIA GONÇALVES DA MOTTA<sup>1</sup>  
GISELLY GOMES CARVALHO<sup>2</sup>  
MARINA ABREU FAIOLI<sup>2</sup>  
RAFAELA CAROLINA CRUZ SANTOS<sup>2</sup>  
RAÍSSA BRAGA LINHARES ANDRADE<sup>2</sup>  
ANALINA FURTADO VALADÃO<sup>3</sup>  
SÍLVIA BASTOS HERINGER-WALTHER<sup>3</sup>

**RESUMO:** Objetivo: analisar o perfil de hipertensos e verificar a adesão ao tratamento medicamentoso. Métodos: pesquisa transversal, descritiva e exploratória em que foram entrevistados 713 hipertensos. Resultados: os dados demonstraram que hipertensos cadastrados no HIPERDIA de Ipatinga e Timóteo apresentavam idade média de 61,86 anos, 68,3% do gênero feminino; 64,5% casados; 6,7% separados, 19,5% viúvos, 77% com hipertensão e 23% hipertensão e diabetes; 48,9% estudaram até quatro anos, 28,1 % de cinco a oito anos, 15,6% mais de oito anos e 7,4% eram analfabetos; 88,6% tinham renda familiar de um a cinco salários mínimos, 8,3% mais de cinco e 3,1% menos de um salário mínimo; 89% eram não fumantes e 80,6% não consumiam bebida alcoólica; 69,5% possuíam história familiar de doença cardiovascular e 18,7% tinham algum problema renal, hepático, pulmonar ou hematológico. A adesão ao tratamento segundo o teste de Morisky-Green foi de 49,2%. Quanto ao nível de conhecimento, 72,4% entendem que HAS é uma doença crônica, 94,4% têm a percepção de que a hipertensão pode ser controlada com dieta e/ou medicamentos, 62,7% não souberam relatar os principais órgãos afetados pela HAS. Conclusão: os pacientes não apresentam uma

---

<sup>1</sup>Professora Doutora do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

<sup>2</sup>Acadêmicas do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

<sup>3</sup>Doutoras, Docentes do curso de Medicina do Instituto Metropolitano de Ensino Superior/ IMES - Univaço, Ipatinga, Minas Gerais, Brasil.

boa adesão medicamentosa, embora tenham consciência que a HAS é uma doença crônica.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Tratamento medicamentoso. Epidemiologia.

**ABSTRACT:** Objective: analyze the profile of hypertensive and check therapy adherence. Methods: It was a cross sectional analysis of a sample of 713 patients. Results: The data collected in this study showed that the cities Ipatinga and Timoteo have the following profile of hypertensive patients registered in HIPERDIA: average age of 61.86 years, 68% female, 64.5% married, 8.8% single, 6.7% separated, 19.5% widowed, 77% were just hypertensive and 23% hypertensive and diabetic; Education: 48.9% had one to four years, 28.1% five to eight years, 15.6% over eight years and 7.4% were illiterate, Salary: 88.6% have a family income of one to five minimum wages, 8.3% more than five and 3.1% less than the minimum wage, 89% was a non-smoker and 80.6 % did not consume alcohol, 69.5 % had a family history of cardiovascular disease and 18.7% had no kidney liver, lung health problems. According to the Morisky–Green test, 49,2% adhere to treatment. The level of knowledge: 72,4% understands that hypertension is a chronic disease, 94,4% understand that hypertension can be controlled with diet and / or drugs and 62,7% did not report at least two organs affected by hypertension. Conclusion: According to the tests used, patients do not have a good medication adherence, whilst awareness that hypertension is a chronic disease.

**Key-words:** Hypertension. Drug Therapy. Epidemiology

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (KOHLMANN JR et al., 1999; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Mundialmente a HAS possui grande importância epidemiológica devida sua alta prevalência e importante associação com outras doenças cardiovasculares (HAJJAR et al., 2006; ZHAO et al., 2013). Inquéritos populacionais em cidades brasileiras, nos últimos 20 anos, apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (BARBOSA, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS é uma doença altamente prevalente na população adulta. Atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são hipertensos por serem muitas vezes assintomáticos (PEDROSA; DRAGER, 2005; SANTOS et al., 2005). Dos pacientes que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento (PEDROSA; DRAGER, 2005; BARBOSA; LIMA, 2006). Além disso, apenas uma pequena parcela dos pacientes está com o nível de pressão arterial devidamente controlado (CIPULLO et al., 2010; MCALISTER et al., 2011).

A hipertensão arterial primária não tem cura, mas o tratamento previne as complicações. O êxito ou fracasso terapêutico depende da adesão que, por sua vez, consiste no principal desafio (SANTOS et al., 2005; DOURADO et al., 2011).

Segundo Nogueira et al. (2010), sabe-se que a utilização de medicamentos para o controle e a manutenção dos níveis tensionais normais é indicada em mais de 70% dos casos, porém o controle desta morbidade também pode ocorrer sem medicamentos, isto é, pela adoção de um estilo de vida saudável.

O tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida, e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos, ou até mesmo à sua dispensa. São estas: redução do peso corporal, dieta hipossódica, exercícios físicos regulares, dieta rica em frutas e vegetais, abandono do fumo e do consumo de álcool e tratamento da apneia obstrutiva do sono (LOPES; MORAES, 2011). A diminuição da circunferência abdominal (CA) com a redução de peso se relaciona com o melhor controle da PA e de alguns parâmetros metabólicos como os lípides e a glicemia (GARCIA-TOUZA; SOWERS, 2012).

A adesão ao tratamento é definida como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (OIGMAN, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Vários são os determinantes para a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo: falta de conhecimento por parte do paciente sobre a doença ou de motivação para tratar uma doença assintomática e crônica; baixo nível socioeconômico, aspectos culturais e crenças erradas adquiridas em experiências com a doença no contexto familiar, e baixa autoestima; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; custo elevado dos medicamentos e ocorrência de efeitos colaterais indesejáveis; e polifarmácia (GUSMÃO et al., 2009; CINTRA et al., 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; MOTTER et al., 2013).

Apesar do desenvolvimento de drogas altamente eficazes e seguras, o controle da HAS em termos epidemiológicos não está sendo efetivo e a redução da morbidade e mortalidade não atingiram os índices desejados (GUSMÃO, 2009; LOPES; MORAES, 2011). A não adesão ao tratamento, a politerapia, o uso incorreto e o nível socioeconômico podem ser causas desse insucesso terapêutico (BORGES; CAETANO, 2005; SANTA-HELENA et al., 2010; CARVALHO et al., 2012; ZHAO et al., 2013).

Conhecendo-se o que pode interferir na adesão ao tratamento da HAS, o presente estudo propôs-se a avaliar a taxa de aderência ao tratamento medicamentoso, identificando-se os fatores de adesão e de risco que complicam o quadro de HAS, bem como aqueles que interferem na efetividade do tratamento em indivíduos hipertensos residentes nos municípios de Ipatinga e Timóteo, e correlacionar estes com o perfil da amostra e com a compreensão da patologia e seu respectivo tratamento.

## MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de uma pesquisa transversal de base populacional, descritiva e exploratória, aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Unileste-MG, Protocolo nº. 36.219.10. Ofício: 32/10.

Este estudo foi realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas residências dos entrevistados, nos municípios de Ipatinga e Timóteo-MG, no período de outubro de 2010 a novembro de 2011. Participaram da pesquisa 713 hipertensos, de ambos os sexos, usuários de medicamentos anti-hipertensivos, maiores de 18 anos, sem distinção de credo, etnia ou religião, cadastrados no programa HIPERDIA.

O HIPERDIA é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2003).

Todos os participantes desta pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos indivíduos que apresentaram pelo menos uma das seguintes condições: não responderam todo o formulário, não permitiram a realização do exame de aferição da pressão arterial, não aceitaram medir a CA e pacientes que eram somente diabéticos.

De acordo com os dados fornecidos pelas prefeituras de Ipatinga e Timóteo, o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no programa HIPERDIA eram, respectivamente, 27.580 e 845 indivíduos.

A seleção da amostra foi baseada no número total de indivíduos hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, residentes nos municípios de Ipatinga e Timóteo-MG. Para os municípios foi estimada uma amostra de 713 pacientes.

**Medida da circunferência abdominal:** Realizada com o posicionamento da fita métrica inelástica no meio da distância entre a crista ilíaca e o rebordo costal inferior, com o indivíduo de pé. Os pontos anatômicos estão de acordo com I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica e da Organização Mundial de Saúde. Foi considerado como valor normal da CA para mulheres < 88 cm e para os homens < 102 cm.

**Aferição da pressão arterial:** A medida da pressão arterial foi realizada em um ambiente calmo. O sujeito da pesquisa foi orientado a evitar, pelo menos trinta minutos antes da aferição, a ingestão de alimentos, ingestão de bebida alcoólica, café ou chá, uso de fumo e realização de atividade física. Foi solicitado o esvaziamento da bexiga. A aferição foi feita com o paciente sentado, o tronco recostado no encosto da cadeira, pernas descruzadas, com o braço livre de roupas apertadas, sendo que este foi apoiado e posicionado na altura do coração, com a palma da mão voltada pra cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA sistólica (PAS) foi determinada na fase I de Korotkoff e a PA diastólica (PAD) na fase V de Korotkoff. De acordo com a última VI Diretriz Brasileira de Hipertensão considerou-se como valor normal de pressão arterial a PAS < 130 mmHg e PAD < 85 mmHg.

**A avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso:** foi realizada a partir da aplicação dos critérios propostos por Morisky-Green (1986). Esta classificação leva em consideração quatro itens: 1) ficar sem tomar o medicamento por algum motivo, ou seja, inclui a obediência ao número de medicamentos e número de tomadas ao dia; 2) atitude para não ficar sem o medicamento, o que representa o grau de responsabilidade e compromisso com o tratamento; 3) a frequência de esquecimento, o que equivale ao número de vezes que esquece o horário do medicamento e revela o grau de compromisso com a terapêutica, mas está sujeito à labilidade de memória e às alterações de rotina que eventualmente podem contribuir para o esquecimento e, 4) atitude ao esquecer o medicamento, o que representa o grau de compromisso com o

tratamento, considerando-se a possibilidade de reparar uma atuação indevida.

O teste considera como aderente o usuário que responder corretamente todos os questionamentos.

Foram garantidos aos sujeitos o sigilo e o anonimato da identidade e das informações obtidas por meio da entrevista.

Os procedimentos adotados para a coleta de dados foram realizados em duas etapas: na primeira foi preenchido o formulário e na segunda etapa aferimos a PA e medimos a CA.

Os dados obtidos foram analisados através do programa Ep-info® 3.5.3 e SPSS® 15.0. Valores de  $p$  menores que 5% ( $p < 0,05$ ) foram considerados significantes.

## RESULTADOS

Participaram da pesquisa 713 indivíduos, dos municípios de Ipatinga e Timóteo-MG, hipertensos cadastrados no HIPERDIA. O perfil socioeconômico e a prevalência de fatores de risco para a predisposição para doenças cardiovasculares estão descritos na Tabela 1. Dos entrevistados, 69,5% apresentam história familiar de doença cardiovascular; 19,4% consumiam bebidas alcoólicas; 11% eram fumantes; e 64,4% eram sedentários.

A média da pressão arterial sistólica foi de  $134,18 \pm 20,3$  mmHg e da pressão arterial diastólica foi de  $80,1 \pm 11,30$  mmHg. A CA média entre os pacientes foi de 96,8 cm; entre os homens a média foi de 97,46cm; entre as mulheres a média foi de 96,56cm.

Em relação ao conhecimento dos usuários sobre o tratamento medicamentoso, 408 (57,6%) sabiam o nome do medicamento prescrito, 408 (57,6%) a dose administrada, 645 (93,6%) o intervalo entre as doses, 638 (90,2%) sua finalidade e 387 (54,7%) até quando devem tomá-los.

De acordo com o teste de Morisky-Green, 351 (49,2%) foram considerados aderentes e 362 (50,8%) não aderentes ao tratamento medicamentoso. Dentre as possíveis causas da não adesão, as mais citadas foram, em ordem decrescente, esquecimento próprio (25,7%), medo que possam lhe fazer mal (1,5%), sente-se mal com os medicamentos (1,3%) e medo de ficar dependente (1,1%).

Na análise das variáveis sociodemográficas (idade, gênero, anos de escolaridade e renda familiar) como possíveis fatores interferentes na adesão ao tratamento medicamentoso, segundo o teste de Morisky-Green, não houve nenhum tipo de associação significativa com a adesão.

Também não houve associação significativa entre o tipo de doença (hipertenso ou hipertenso e diabético) e a adesão.

A compreensão da doença e da utilização dos medicamentos não foram significativamente associadas à adesão ao tratamento. Ao associar o valor da PA e da CA na data da entrevista com a adesão ao tratamento, somente a PAS teve associação significativa (valor  $p=0,0368$ ).

**Tabela 1** -Caracterização da amostra estudada.

<b>Variável</b>	<b>Resultados</b>
<b>Gênero</b>	
Feminino	68% (485)
Masculino	32% (228)
<b>Idade</b>	
Média	61,86
Máxima	97
Mínima	19
<b>Estado civil</b>	
Casado	64,5% (460)
Solteiro	8,8% (63)
Separado	6,7% (48)
Viúvo	19,5% (139)
União estável	0,4% (3)
<b>Grau de escolaridade</b>	
Analfabeto	7,4% (53)
1 a 4 anos de estudo	48,9% (349)
5 a 8 anos de estudo	28,1% (200)
Mais de 8 anos de estudo	15,6% (111)
<b>Renda familiar</b>	
Menos de 1 salário mínimo	3,1% (22)
1 a 5 salários mínimos	88,6% (627)
Mais de 5 salários mínimos	8,3% (59)
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>	
Consome	19,4% (138)
Não consome	80,6 (575)
<b>Tabagismo</b>	
Fumante	11% (78)
Não fumante	89% (633)
<b>Problema renal, hepático, pulmonar ou hematológico</b>	
Presente	18% (132)
Ausente	81,3% (575)

## DISCUSSÃO

A adesão a um tratamento pode ser definida pelo comportamento do paciente em corresponder ao conselho do médico ou da equipe de

saúde, pelo comparecimento às consultas marcadas, pela administração dos medicamentos conforme as prescrições ou pela mudança de estilo de vida. O conceito de adesão é multidimensional, pois envolve diferentes elementos que constituem o processo: portador de HAS, profissional de saúde e sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um componente isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, ou seja, é necessária a ação conjunta para que a adesão ao tratamento seja alcançada.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS é a doença crônica mais comum e um importante problema de saúde pública.

Para atender os pacientes hipertensos, o Ministério da Saúde possui o Programa Nacional de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa compreende um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da hipertensão. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimentos, os gastos com tratamentos e complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com consequente melhoria da qualidade de vida dos portadores (BRASIL, 2009). No nosso estudo, 23% dos hipertensos, eram também diabéticos.

As taxas de adesão ao tratamento anti-hipertensivo são muito variáveis na literatura. A baixa adesão prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando desfechos adversos, tais como o aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). No tratamento da hipertensão, sua primeira consequência é a falha no controle da PA. Estudos ressaltam essa relação, na qual valores significativamente menores de pressão arterial sistólica e diastólica foram observados entre os pacientes com alto grau de adesão (JARDIM, 2001). Em nosso estudo, foi estatisticamente significativa (valor de  $p=0,0368$ ) a relação entre valor da PAS e adesão ao tratamento.

Segundo Barbosa e Lima (2006), é difícil detectar a falta de adesão, e mais ainda quantificá-la. A adesão é frequentemente descrita como variável dicotômica (adesão versus não adesão). Ela pode variar de zero a mais de 100% em pacientes que usam mais do que as medicações prescritas pelo médico. Ainda não há consenso acerca do padrão que constitui a taxa de adesão adequada para o tratamento de doenças crônicas, embora alguns estudos relativos à hipertensão considerem taxas acima de 80% como aceitáveis.

A forma de avaliação dos critérios adaptados pelo Teste de Morisky-Green é bastante rigorosa, haja vista que não admite nenhuma forma de descuido ou esquecimento em relação ao horário de tomada de



medicamentos, pois episódios isolados de esquecimento até uma vez por semana se relacionam, de modo semelhante ao uso diário, resultando em redução dos níveis pressóricos no período de doze meses (MORISKY et al., 1986).

O grau de adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso para o teste mostrou-se inferior ao percentual dito “recomendável” (80%) por estudos anteriores, sendo encontrada uma taxa de adesão de 49,2%, que condiz com vários trabalhos nacionais e de outros países (SANTOS et al., 2006; ARAÚJO et al., 2010).

O estudo de Melo et al. (2005) encontrou 51% de adesão utilizando o teste de Morisky-Green em pacientes idosos, semelhante aos 50% encontrado por Bezerra et al. (2009) e 53,1% mostrados no estudo de Santa-Helena et al. (2010).

Segundo Morisky et al. (1986), o esquecimento e o atraso no uso dos medicamentos foram apontados como as principais causas para não adesão, sendo estes comportamentos involuntários, simples de serem resolvidos comparados a atitudes intencionais. Na presente investigação o esquecimento também foi o fator de maior relevância para a não adesão.

A prevalência global de hipertensos é semelhante entre homens e mulheres, o gênero não é um fator de risco para hipertensão (MION JÚNIOR, 2006). Nesse estudo, encontrou-se predominância do gênero feminino, *68% da amostra*. Esse dado é esperado e não surpreende, pois durante a realização desta pesquisa observou-se um maior percentual de mulheres frequentando as Unidades Básicas de Saúde (UBS), especialmente da terceira idade.

Diversas medidas de controle da PA vêm sendo testadas, contudo, nem mesmo as fortes evidências de que vários tratamentos medicamentosos anti-hipertensivos são efetivos na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular significam percentuais de controle em virtude da baixa adesão ao tratamento.

Segundo Pucci et al. (2012), o baixo custo dos medicamentos anti-hipertensivos influencia de forma significativa a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. A taxa de aderentes observada na nossa investigação confirma que o acesso gratuito aos fármacos implica em melhores níveis de adesão.

De acordo com dois dos principais estudos de revisão sobre a adesão terapêutica, um dos quais abrange cinquenta anos de pesquisa sobre o tema, a adesão não tem relação aparente com características demográficas – como gênero, idade, nível socioeconômico e grupo étnico

– e gravidade da doença (DIMATTEO, 2004; OSTERBERG; BLASCHKE, 2005). Na presente investigação, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre o uso incorreto das medicações e as variáveis: idade, gênero, estado civil, escolaridade e renda mensal.

Os métodos de autorrelato para determinação da adesão terapêutica são simples, rápidos, não invasivos e econômicos, e podem proporcionar um parecer em tempo real a respeito do comportamento aderente do paciente e as razões potenciais para a não adesão (ZELLER et al., 2008). Embora tais métodos estejam sujeitos a vieses, como a superestimação da adesão, o constante aprimoramento desses instrumentos e estudos sobre suas validações em diferentes populações tem aumentado sua adoção na prática clínica (MORISKY et al., 2008).

Melhorar a adesão não é tarefa fácil. As intervenções educativas, comportamentais ou baseadas em recursos tecnológicos apresentam resultados limitados e precisam ser desenvolvidas e adaptadas às características das pessoas e contextos dos serviços.

### CONCLUSÃO

A taxa de adesão no presente estudo se assemelha à encontrada em outras pesquisas realizadas, embora o valor preconizado seja de 80%. Dessa forma, observa-se que diversos aspectos interferem na adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica.

Estudos que avaliam a adesão ao tratamento mostram esta é um fenômeno multifatorial, onde há envolvimento de pelo menos cinco fatores: o sistema de saúde; fatores socioeconômicos; fatores relacionados à doença; fatores relacionados à terapêutica e fatores relacionados ao paciente. Sendo desta forma difícil detectá-la e quantificá-la.

Portanto, pode-se afirmar que a não adesão do hipertenso ao tratamento persiste como um grande desafio para os profissionais de saúde. Aos gestores da atenção primária, em particular da Estratégia Saúde da Família, fica o desafio de propor e executar abordagens coletivas (grupos, campanhas etc.) e individuais (nas consultas médicas, na enfermagem e nas visitas dos agentes de saúde) para melhorar a adesão. Isso pode materializar-se na busca ativa de unidades por pessoas com baixa frequência às unidades, bem como a ampliação de fornecimento de medicamentos (entrega domiciliar, por exemplo) para quem tem limitação de locomoção ou trabalha durante todo o dia. A implantação de equipes multiprofissionais de apoio (Núcleos de Apoio à

Saúde da Família – NASF), especialmente com profissional farmacêutico, também pode contribuir para melhor aderência.

Assim, por meio de tais medidas torna-se possível atingir a taxa de adesão medicamentosa preconizada para a população, diminuindo-se a morbimortalidade atribuída ao controle inadequado da hipertensão arterial.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.F. et al. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Escola Anna Nery**, v. 14, n. 2, p. 361-67, 2010.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p.815-23, 2003.

BARBOSA, J.B. et al. Prevalência da hipertensão arterial em adultos e fatores associados em São Luís-MA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 4, p. 260-66, 2008.

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 35-8, 2006.

BORGES, S.C.P.; CAETANO, J.C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis-SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 3, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de diabéticos, hipertensos e diabéticos com hipertensão por sexo, tipo e risco agrupado por município, período de 05/2002 até 10/2010 UF: PI**. Disponível em: <http://www.hiperdia.datasus.gov.br>. Acesso em: 10 Maio 2013.

CARVALHO, A.L.M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 7, p. 1885-92, 2012.

CINTRA, F.A.; GUARIENTO, M.E.; MIYASAKI, L.A. Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 3, p. 3507-15, 2010.

CIPULLO, J.P. et al. Prevalência e Fatores de Risco para Hipertensão em uma População Urbana Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 4, p. 519-26, 2010.

DIMATTEO, M.R. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. **Medicine Care**, v. 42, n.3, p. 200-9, 2004.

DOURADO, C.S. et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Scientiarum Health Sciences**, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.

GARCIA-TOUZA, M.; SOWERS, J.R. Evidence-based hypertension treatment in patients with diabetes. **Journal of Clinical Hypertension**, v. 14, n. 2, p. 97-102, 2012.

GUSMÃO, J.L. et al. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 16, n. 1, p. 38-43, 2009.

HAJJAR, I.; KOTCHEN, J.M.; KOTCHEN, T.A. Hypertension: trends in prevalence, incidence, and control. **Annual Review of Public Health**, v. 27, p. 465-90, 2006.

JARDIM, P.C.B.V. Adesão ao tratamento antihipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, F.; PIERIN, A.M.G; MION JR, D. **Adesão ao tratamento - o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos, p. 59-68, 2001.

KOHLMANN JR, O. et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo**, v. 43, n. 4, p. 257-86, 1999.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n.3, p. 775-82, 2003.

LOPES, L.O.; MORAES, E.D. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista Bioquímica da Hipertensão**, São Paulo – SP. Disponível em: <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em: 26 Dez. 2011.

MCALISTER, F.A. et al. Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. **Canadian Medical Association Journal**, v. 183, n. 9, p. 1007-13, 2011.

MELO, A. et al Three strategies of treatment adherence evaluation in resistant hypertension: comparative analyze. **Journal of Hypertension**, v. 23, 2005.

MION JUNIOR. V **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbo-ok/2005-2009/13-ha.pdf>>. Acesso em: 01 Ago 2013.

MORISKY, D.E. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. **Journal Clinical of Hypertension**, v. 10, n.5, p.348-54, 2008.

MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. **Medical Care**, v. 24, p. 67-73, 1986.

MOTTER, F.R.; OLINTO, M.T.A.; PANIZ, V.M.V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2263-74, 2013.

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, p. 322-29, 2012.

NOGUEIRA, D. et al. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial: estudo Pró-Saúde, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 103-9, 2010.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 30-4, 2006.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **New England Journal of Medicine**, v. 353, n. 5, p.487-97, 2005.

PEDROSA, R.P.; DRAGER, L.F. **Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**. Disponível em: <[http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico\\_e\\_classificacao\\_da\\_hipertensao\\_arterial\\_sistemica.htm](http://www.medicinanet.com.br/conteudos/revisoes/1430/diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao_arterial_sistemica.htm)>. Acesso em: 03 Out 2013.

SANTA-HELENA, E.T.; NEMES, M.I.B.; NETO, J.E. Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 12, p. 2389-98, 2010.

SANTOS, D.B; NETO, J.A; RODRIGUES, E.L. **Avaliação da adesão ao tratamento e perfil dos pacientes atendidos pelo Programa Hiperdia em Santa Bárbara do Goiás**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade de Brasília. Brasília, 2006.

SANTOS, Z.M.S.A. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. 1-51, 2010.

ZELLER, A. et al. Patients' self-reported adherence to cardiovascular medication using electronic monitors as comparators. **Hypertension Research**, v. 31, n. 11, p. 2037-43, 2008.

ZHAO, Q. et al. Progress and Future Aspects in Genetics of Human Hypertension. **Current Hypertension Report**, v.15, n.6, p.676-86, 2013.

Enviado em: março de 2014.

Revisado e Aceito: maio de 2014.