

# ADESÃO AO TRATAMENTO: ESTUDO ENTRE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL

## ADHERENCE TO TREATMENT: A STUDY WITH HYPERTENSIVE OUTPATIENTS

## ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: ESTUDIO ENTRE PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL CON SEGUIMIENTO EN AMBULATORIO

Eliana Cavallari<sup>I</sup>  
Maria Suelly Nogueira<sup>II</sup>  
Silvana Maria Coelho Leite Fava<sup>III</sup>  
Claudia Bernardi Cesarino<sup>IV</sup>  
José Fernando Vilela Martin<sup>V</sup>

**RESUMO:** Estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido com 75 portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial em um hospital em São José do Rio Preto-SP. O objetivo foi identificar o perfil sociodemográfico e clínico; avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso; identificar os fatores que comprometem a adesão e relacioná-la com o controle da pressão arterial (PA). Os dados foram coletados de setembro de 2008 a abril de 2009, foram utilizados dois instrumentos: um relativo a dados sociodemográficos e clínicos e o Teste de Morisky e Green, que avalia a adesão ao tratamento medicamentoso. Dos entrevistados, 52% eram mulheres, 85,3% brancos, 70,7% casados; 48% aposentados, com idade média de 61,5 anos, 65,3% possuíam ensino fundamental incompleto, 81,3% possuíam renda familiar de um a três salários mínimos; 48% apresentaram PA  $\geq$  140X90 mmHg e 28% tiveram adesão ao tratamento. Permanece o desafio: implementar medidas que possam melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso.  
**Palavras-chave:** Hipertensão arterial; adesão; tratamento; pressão arterial.

**ABSTRACT:** Descriptive study with quantitative approach, developed with 75 hypertensive outpatients in a teaching hospital in São José do Rio Preto, São Paulo, Brazil. The study aimed at identifying the subjects' socio-demographic and clinical profile; at assessing their adherence to the drug-based treatment; and at identifying the factors compromising their adherence to treatment, thus relating it to blood pressure control. Data collection took place from September, 2008 to April, 2009, on the basis of two questionnaires: one with socio-demographic and clinical variables; and the other with the Morisky and Green test, for the assessment of adherence to drug-based treatment. Fifty-two per cent (52%) of the individuals surveyed were women, 85.3% were Caucasian 70.7% were married 48% were retired, averaging 61.5 years old; 65.3% did not conclude primary education, 81.3% had a family income between 1 and 3 minimum wages; the blood pressure of 48% was  $\geq$  140X90 mmHg, and 28% adhered to the treatment. Results show the persisting challenge to develop measures to improve adherence to the drug-based treatment.

**Keywords:** Hypertension; adherence to treatment; therapy; blood pressure.

**RESUMEN:** Estudio descriptivo de abordaje cuantitativo, desarrollado con 75 portadores de HA, pacientes externos, en un hospital en São José do Rio Preto-SP – Brasil. El objetivo fue identificar el perfil sociodemográfico y clínico; evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso; identificar los factores que la comprometen relacionándola al control de la presión arterial. La colecta de datos ocurrió en el período de septiembre de 2008 a abril de 2009, usándose dos cuestionarios: uno con variables sociodemográficas y clínicas; y el test de Morisky y Green para evaluar la adhesión al tratamiento medicamentoso. De los entrevistados, 52% eran mujeres, 85,3% eran blancos, 70,7% casados; 48% jubilados con edad media de 61,5 años, 65,3% poseían educación primaria incompleta, 81,3% tenían renta familiar de uno a tres salarios mínimos; 48% presentaron presión arterial  $\geq$  140X90 mmHg; 28% presentaron adhesión. Estos resultados demuestran la necesidad de desarrollar medidas que puedan mejorar la adhesión al tratamiento medicamentoso.

**Palabras clave:** Hipertensión arterial; adhesión; tratamiento; presión arterial.

## INTRODUÇÃO

A adesão ao tratamento<sup>VI</sup> pode ser caracterizada pelo grau de coincidência entre a prescrição médica e o comportamento do paciente. O controle inadequado

da pressão arterial (PA), fato frequentemente observado, pode estar relacionado à falta de adesão do portador de hipertensão arterial (HA) ao tratamento<sup>1</sup>.

<sup>I</sup>Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação: Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: eliana.cavallari@usp.br

<sup>II</sup>Professora Doutora Associada do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: msnog@eerp.usp.br

<sup>III</sup>Docente da Universidade Federal de Alfenas - MG, Doutoranda em Enfermagem Fundamental pelo Programa de Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: silvanalf2005@yahoo.com.br

<sup>IV</sup>Professora Doutora da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: claudiacesarino@famerp.br

<sup>V</sup>Professor Doutor da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto. São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. E-mail: vilelamartin@uol.com.br

<sup>VI</sup>Extraído da dissertação *Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial* apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2010.

Segundo vários autores, a utilização dos medicamentos em pelo menos 80% da sua totalidade, incluindo os horários de tomada, conhecimento de dosagens e o tempo do tratamento, é uma forma geral de definir adesão<sup>2</sup>.

A falta de adesão ao tratamento na HA é um problema frequente. Vários fatores contribuem para que esse fato ocorra, destacando-se entre eles os relativos à doença, como a cronicidade e a ausência de sintomas específicos; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os esquemas terapêuticos complexos; ao paciente portador de HA, como a idade, o sexo, a raça, a escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e as crenças de saúde; ao sistema de saúde: aspectos institucionais, como a falta de política no atendimento das doenças crônicas; e ao relacionamento com membros da equipe de saúde<sup>3</sup>.

Este estudo objetivou identificar o perfil dos portadores de HA em seguimento ambulatorial, segundo variáveis sociodemográficas; avaliar a adesão do portador de HA ao tratamento medicamentoso, identificar os fatores que comprometem a adesão e relacioná-la com o controle da pressão arterial.

## REFERENCIAL TEÓRICO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil a partir da década de 1960<sup>4</sup>. Até o final dos anos 1940, pouco se conhecia sobre a epidemiologia da HAS e não havia critérios padronizados e amplamente divulgados para sua definição; a partir de 1970, devido ao aumento de óbitos por doenças cardiovasculares (DCVs), despontou o interesse pela HAS como problema de saúde pública<sup>5</sup>.

A HAS representa sério problema de saúde pública, pela sua elevada prevalência de 22,3% a 43,9% entre os brasileiros<sup>6</sup>.

No Brasil, cerca de 35% dos óbitos totais são causados por DCVs e, por este motivo, o tratamento para os portadores de HA é de suma importância para a prevenção dessas complicações<sup>7</sup>.

A HAS é o maior problema médico e social dos países desenvolvidos e em muitos dos emergentes. Apesar da eficácia das várias medidas preventivas, de tratamento e de controle disponíveis, sejam ou não farmacológicas, a hipertensão continuará por décadas, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores ônus para o portador de HA e para a sociedade<sup>8</sup>.

Diagnosticar a HAS não é suficiente. O essencial é conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão e do controle da doença. Esse é um passo importante para redução do impacto social, dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário<sup>8,9</sup>.

Um estudo revelou que a adesão à terapia de longo prazo para as doenças crônicas nos países desenvolvidos é em média de 50% e nos países em desenvolvimento as taxas são ainda mais baixas<sup>10</sup>.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e de abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de HA do hospital universitário da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP, no período de setembro de 2008 a abril de 2009. Os critérios de exclusão utilizados na seleção dos participantes foram: indivíduos menores de 18 anos, voluntários com escolaridade maior que oito anos, portador de hipertensão secundária, uso de dois ou menos medicamentos, déficit cognitivo, dependente na administração de medicamentos e em uso de antidepressivos tricíclicos.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista individualizada, conduzida pela própria pesquisadora, e para a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: um com questões estruturadas e semiestruturadas, sobre os dados pessoais, clínicos, da doença, do tratamento medicamentoso, dos fatores que influenciam o controle da HAS, dos fatores de risco modificáveis da HAS e sobre o atendimento de saúde, e o outro, o Teste de Morisky e Green<sup>11</sup>, que avalia a adesão dos portadores de HA ao tratamento medicamentoso.

O Teste de Morisky e Green é composto de quatro perguntas: Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? Quando você se sente bem, alguma vez, você deixa de tomar o remédio? Quando você se sente mal com remédio, às vezes deixa de tomá-lo? A pontuação das respostas: Sim = 0 e Não = 1. O critério adotado para pontuação foi de 0 a 3 pontos para os que não têm adesão e 4 pontos para os que têm adesão, conforme protocolo do teste de Morisky e Green.

A medida da PA foi realizada de acordo com a padronização<sup>6</sup>, no membro superior direito, com o indivíduo sentado e em repouso de cinco minutos, uso de bolsa de borracha de 12 cm de largura (a circunferência braquial dos portadores de HA variou de 25 a 33 cm), sendo utilizado o aparelho digital da marca Omron (Model HEM-471 CINT) com o intuito de minimizar a influência do observador. Foram realizadas três medidas consecutivas, com intervalo de um minuto entre cada uma, sendo classificados com valores de PA alterados aqueles que apresentaram valores de PA  $\geq 140 \times 90$  mmHg, na média das duas últimas medidas.

Os dados obtidos foram dispostos em um banco de dados, validados com dupla digitação. Os testes estatísticos foram realizados por meio do *software*

Statistica 8.0, bem como no aplicativo *Statiscal Package for the Social Science* (SPSS), versão 15.0. Os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. A distribuição dos dados referentes à pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) foi avaliada pelo teste de *Shapiro-Wilk* e a homogeneidade das variâncias verificada pelo teste de *Levene*. Para a comparação entre duas amostras independentes foram utilizados os testes *t-Student* ou *Mann-Whitney*. A análise bivariada de associação para as variáveis categóricas foi realizada empregando-se tabelas de contingência com seus respectivos indicadores, a saber, qui-quadrado, razão de prevalência (RP) e razão de chances de prevalência (RCP), considerando-se o nível de significância alfa ( $\alpha$ ) = 0,05 e o intervalo de confiança (IC) de 95%.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (Protocolo nº 0835/2007). Fizeram parte do estudo aqueles portadores de HA que, após esclarecimentos sobre os objetivos, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Variáveis sociodemográficas

Fizeram parte do estudo 75 portadores de HA em seguimento no ambulatório de HA, sendo 39(52%) do sexo feminino, 64(85,3%) brancos, com idade que variou de 40 a 84 anos, com média de  $61,5 \pm 10,36$  anos, 53(70,7%) casados, com média de  $3,08 \pm 1,99$  filho. As ocupações mais frequentes foram 36(48%) aposentados e 18(24%) do lar, a maioria, 49(65,3%), com ensino fundamental incompleto, 61(81,3%) com renda familiar de um a três salários mínimos e média de  $2,69 \pm 0,99$  pessoa dependen-

tes da renda, 71(94,7%) residiam com outros membros da família, média de  $2,85 \pm 1,19$  pessoa.

A caracterização dos pacientes assemelha-se ao perfil de 334 hipertensos estudados em uma unidade de saúde da família: 64,1% eram mulheres, 53,3% casados, 44,4% brancos, média de faixa etária de 61,3 anos e 48% aposentados<sup>12</sup>.

Estudos têm mostrado que idade mais elevada, baixa escolaridade, baixa renda, menos de 5 anos de doença associam-se ao abandono e controle inadequado da PA<sup>13,14</sup>.

### Variáveis clínicas

Quanto aos valores de PA, 36(48%) portadores de HA apresentaram valores maiores ou iguais a 140x90mmHg<sup>6</sup>.

### Adesão ao tratamento medicamentoso e fatores influentes

Em relação à adesão ao tratamento medicamentoso, 21(28%) dos portadores de HA revelaram adesão pelo Teste de Morisky e Green e 54(72%) não apresentaram adesão (pontuação no teste  $\leq 3$ ).

Estudiosos<sup>15</sup> obtiveram 45% de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em amostra de pessoas atendidas em hospital universitário no Rio de Janeiro, outros autores, com a utilização de questionário validado encontraram 77% de não adesão<sup>16</sup>.

A questão com maior número de portadores de HA apresentando comportamento positivo foi em relação à *não deixar de tomar o medicamento quando sentem-se mal* (98,7%), seguida por *não deixar de tomar o medicamento quando sentem-se bem* (94,7%).

Foram relacionados alguns dados sociodemográficos dos portadores de HA em relação à prevalência de adesão ao tratamento medicamentoso pelo Teste de Morisky e Green, conforme mostra a Tabela 1.

**TABELA 1:** Distribuição dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário, segundo a associação entre a adesão ao tratamento pelo Teste de Morisky e Green e variáveis sociodemográficas. São José do Rio Preto, 2008-2009. (N=75)

Variáveis	Adesão pelo TMG				RP(****)	RCP(****)	p
	Sim		Não				
	f	%	f	%			
<b>Sexo</b>							
Masculino	9	25	27	75	0,81(0,39-1,69)	0,75(0,27-2,07)	0,578(*)
Feminino	12	30,8	27	69,2			
<b>Cor da pele</b>							
Branca	16	25	48	75	0,55(0,25-1,19)	0,4(0,11-1,49)	0,273(**)
Não Branca	5	45,5	6	54,5			
<b>Idade</b>							
Adulto	10	31,3	22	68,7	1,22(0,59-2,52)	1,32(0,48-3,64)	0,589(*)
Idoso	11	25,6	32	74,4			
<b>Mora sozinho?</b>							
Sim	0	0	4	100	—	—	0,571(**)
Não	21	29,6	50	70,4			

(\*) Qui-quadrado; (\*\*) Teste Exato de Fisher; (\*\*\*) Razão de prevalência; (\*\*\*\*) Razão de chances de prevalência

Ao investigar a adesão ao tratamento medicamentoso em relação ao sexo, constatou-se que a prevalência de adesão foi de 25% nos homens e 30,8% nas mulheres, não sendo observada diferença estatisticamente significativa. Estudo realizado em nosso meio mostrou que homens tendem a ser menos aderentes ao tratamento<sup>17</sup>.

Quanto à variável cor, a prevalência de adesão ao tratamento foi de 45,5% nos não brancos e 25% nos brancos, não foi observada diferença estatisticamente significativa. Esses resultados discordam do estudo<sup>18</sup> em que a tendência crescente da não adesão foi observada em Salvador: 46,4% para brancos, 67% para pardos e 80,3% para negros. Em outro estudo<sup>19</sup>, 61% dos brancos e 54,7% dos negros ( $p=0,2$ ) interromperam o tratamento.

Ao analisar a idade, obteve-se prevalência de adesão ao tratamento de 31,3% nos adultos e 25,6% nos idosos, não foi observada diferença estatisticamente significativa. Alguns estudos têm mostrado que pessoas com mais de 60 anos aderem menos ao tratamento e apresentam pior controle da PA<sup>12,20,21</sup>.

A prevalência de adesão ao tratamento em relação a residir sozinho foi de 0% entre os que residem sozinhos e 29,6% nos que não residem sozinhos, não sendo observada diferença estatisticamente significativa. Em um estudo verificou-se níveis de PA mais elevados em pessoas não casadas, associando essa elevação à possível falta de apoio familiar<sup>13</sup>.

### Fatores relacionados à doença e ao tratamento medicamentoso

Em relação ao conhecimento da doença, quando questionados sobre a cura da HA e os riscos decorrentes da doença, 67 (89,3%) responderam não ter cura e 72 (96%) citaram o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular encefálico e a insuficiência renal crônica como riscos decorrentes da HA.

Estudo<sup>22</sup> mostrou que a percepção de maior gravidade da patologia está associada à maior adesão, mesmo em tratamentos mais longos.

Foram detectadas, em estudo<sup>23</sup>, maiores prevalências de hipercolesterolemia (38,4%) e DM (9,6%) entre portadores de HA do que entre indivíduos com níveis pressóricos normais, salientando a importância do controle desses fatores, além da própria HAS.

A média de tempo de tratamento foi de 15,06  $\pm$  9,59 anos. As principais comorbidades relacionadas à HA citadas foram: 40 (54,3%) o *Diabetes mellitus* e 35 (46,6%) a dislipidemia. O número de medicamentos utilizados diariamente variou de 3 a 9 comprimidos, com média de 5,1 comprimidos/paciente, desses, os anti-hipertensivos variaram de um a seis comprimidos, com média de 3 comprimidos ao dia por paciente.

Em estudo de revisão<sup>24</sup>, cerca de 30% dos idosos consumiam cinco ou mais medicamentos e que os mais utilizados eram os de ação cardiovascular, sendo os anti-hipertensivos os que ocupavam o topo da lista.

Os medicamentos mais comumente usados entre os portadores de HA, excluindo-se o uso de anti-hipertensivos, foram os hipoglicemiantes 44 (58,7%) e os antiagregantes plaquetários 41 (54,8%).

Em relação aos medicamentos usados para o tratamento da HAS, as drogas mais frequentes foram os diuréticos 63 (84%), e verificou-se que 32 (42,7%) dos portadores de HA usavam duas classes de anti-hipertensivos.

Em relação aos fatores que influenciam na tomada do medicamento, a maioria dos portadores de HA, 52 (69,3%), identificou os medicamentos pelo nome; 47 (62,7%) consideraram que a quantidade de medicamentos não influencia o abandono do tratamento, porém, 72 (96%) responderam ter preferência por medicamentos que são tomados uma só vez ao dia; 44 (58,7%) disseram não ter dificuldades quanto ao acesso do medicamento; 27 (36%) citaram dificuldade econômica, porém não deixam de adquiri-los. A maioria, 65 (86,7%), indicou adquirir o medicamento na Unidade Básica de Saúde. Todos os portadores de HA estudados citaram que o custo do medicamento não era motivo para abandonar o tratamento.

Em estudo de revisão<sup>25</sup>, identificou-se 76 trabalhos que mediram a adesão com monitoramento eletrônico de comprimidos, com média de adesão de 71%, sendo estatisticamente maior com uma dose/dia (79%) comparada a quatro doses/dia (51%).

Estudos da literatura relacionam a baixa condição socioeconômica como fator limitante para o acesso e aquisição de fármacos<sup>26-28</sup>.

Estudo que analisou as razões que levavam os pacientes à interrupção do tratamento para HAS identificou que as maiores razões observadas que levaram à não adesão foram: a normalização da PA, efeitos colaterais dos medicamentos, esquecimento de tomá-los, seu custo, medo de misturá-los com bebidas alcoólicas e com outros medicamentos, desconhecimento da necessidade de continuidade do tratamento, uso de tratamentos alternativos, medo de intoxicação e de hipotensão<sup>19</sup>.

Fatores relativos ao tipo de regime terapêutico, isto é, ao medicamento escolhido, a associação com outros medicamentos, com ou sem interação, número de doses, via de aplicação, número de drogas, também, desempenham papel importante na adesão<sup>29</sup>.

O usuário parece considerar que algumas falhas no uso do medicamento não se constituem em prejuízo ao tratamento<sup>30</sup>.

### Adesão e o controle da pressão arterial

Os valores de PAS e PAD foram menores para os portadores de HA que tiveram adesão no Teste de Morisky e Green, havendo relação estatisticamente significativa no valor da PAS ( $p<0,05$ ), conforme mostra a Tabela 2.

**TABELA 2:** Valores da pressão arterial dos portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial de um hospital terciário (n=75), segundo à adesão pelo Teste de Morisky e Green. São José do Rio Preto, 2008-2009.

Adesão (Teste de Morisky e Green)	PAS(**)	Estatística(*)	p	PAD(**)	Estatística(*)	p
Sim	122,5 (105,0-172,0)	2,68	0,007	79,6 ± 11,3	1,76	0,082
Não	137,0 (99,0-200,0)			85,2 ± 12,5		

(\*) O valor da estatística corresponde aos testes t ou Mann-Whitney de acordo com as características dos dados comparados.

(\*\*) Os valores da pressão arterial sistólica (PAS) e pressão arterial diastólica (PAD) estão expressos em média ± desvio padrão ou em mediana (mín-máx), conforme distribuição da amostra paramétrica ou não paramétrica, respectivamente.

Os autores<sup>11</sup> concluíram que houve relação positiva entre as respostas do teste elaborado por eles e o controle da PA. Porém, em outro estudo<sup>16</sup>, o Teste de Morisky e Green não se relacionou com o controle da PA.

Como os atuais agentes anti-hipertensivos são eficazes em reduzir a PA, a baixa adesão à terapia medicamentosa é uma das principais razões do baixo percentual de controle destes pacientes<sup>31</sup>.

Uma meta-análise dos estudos de adesão com medidas objetivas dos desfechos do tratamento foi realizada com inclusão de 63 estudos, os resultados mostraram que a chance de apresentar um bom desfecho é três vezes maior nos pacientes com adesão em relação aos que não têm adesão<sup>32</sup>.

A baixa adesão tem sido identificada como causa primária do controle insatisfatório de pressão, ao passo que a boa adesão mostrou significativa redução nas complicações da HAS ao melhorar o controle da PA<sup>33,28</sup>.

Em estudo, apesar da atuação da equipe de enfermagem com os pacientes com HA, através de diferentes estratégias, identificou-se a baixa adesão<sup>34</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo mostra que a HAS se constitui em um problema de elevada magnitude, decorrente da alta prevalência e cronicidade da doença, dificuldade de diagnóstico precoce e início do tratamento, caráter silencioso da doença e também pelas dificuldades do portador de HA em aderir ao tratamento.

Os profissionais de saúde têm como desafio diminuir as barreiras para a adesão ao tratamento e mostrar os seus benefícios, adotando uma proposta de visão holística do portador de HA e não apenas no tratamento medicamentoso ou não medicamentoso.

Considerando a complexidade do processo de adesão, a limitação da avaliação por meio de instrumentos e a importância do comprometimento do portador de HA, para o êxito do tratamento, faz-se necessário, para futuras investigações, considerar o contexto histórico, social e cultural dos sujeitos e sua experiência no processo de adoecimento para com-

preender os fatores dificultadores implícitos na adesão ao tratamento.

Permanece um desafio: o desenvolvimento de medidas que possam melhorar, na prática, a adesão dos portadores de HA ao tratamento medicamentoso, a diminuição dos fatores que influenciam a adesão e o melhor controle da PA.

## REFERÊNCIAS

1. Pierin AMG. Adesão ao tratamento: conceitos. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001. p.22-33.
2. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc saúde coletiva. 2003; 8:775-82.
3. Gomes MAM, Pierin AMG, Mion Jr D. Estratégias especiais para melhoria da adesão. Medidas domiciliares da pressão arterial. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001. p.75-84.
4. Rouquayrol MZ. Distribuição das doenças e dos agravos à saúde coletiva. In: Rouquayrol MZ. Epidemiologia e saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 1994. p.77-155.
5. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Informe epidemiológico do SUS. 1993; 2:59-75.
6. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. V Diretrizes de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão; 2006.
7. Strelec MAAM. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial [dissertação de mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2000.
8. Lessa I. Não adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: Nobre F, Pierin AMG, Mion Jr D. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001. p.89-105.
9. Pierin AMG, Mion Jr D, Nobre F. Fatores de risco cardiovascular e adesão ao tratamento. In: Mion Jr D, Nobre F. Risco cardiovascular global: da teoria à prática. São Paulo:

- Lemos Editorial; 2000. p.139-52.
10. Sociedade Brasileira de Hipertensão [homepage na internet]. OMS alerta para baixa adesão ao tratamento [citado em 20 jul. 2009]. Disponível em: <http://www.sbh.org.br>
  11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive of a self-reported measure of medication adherence. *Med care*. 1986; 24:67-74.
  12. Oliveira EA, Bubach S, Flegeler DS. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família Rev enferm UERJ. 2009; 17:383-7.
  13. Pierin AMG, Mion Jr D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Rev esc enferm USP* 2001; 35:11-8.
  14. Busnello RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq bras cardiol*. 2001; 76:349-51.
  15. Muxfeld ES, Nogueira AR, Salles GF, Bloch KV. Demographic and clinical characteristics of hypertensive patients in the internal medicine outpatient clinic of a university hospital in Rio de Janeiro. *Sao Paulo med j*. 2004; 122:87-93.
  16. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Jr D. A influência do conhecimento sobre a doença e atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. *Arq bras cardiol*. 2003; 81:343-8.
  17. Giorgi DMA. Estudo sobre algumas variáveis que influenciam a aderência ao tratamento em hipertensão arterial [tese de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1989.
  18. Lessa I, Silva JF. Raça e adesão ao tratamento da hipertensão arterial e ou consulta. *Arq bras cardiol*. 1997; 68:443-9.
  19. Andrade JF, Villas-Boas F, Chagas H, Andrade M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq bras cardiol*. 2002; 79:375-84.
  20. Yiannakopoulou ECH, Papadopoulos JS, Cokkinos DV, Mountokalakis TD. Adherence to antihypertensive treatment: a critical factor for blood pressure control. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2005; 12:243-9.
  21. Ho PM, Spertus JA, Masoudi FA, Reid KJ, Peterson ED, Magid DJ et al. Impact of medication therapy discontinuation on mortality after myocardial infarction. *Arch Intern Med*. 2006; 166:1842-7.
  22. Silvestre-Busto C, Ramalle-Gómara E, García RA, Flor-Serrano A, García-Fernández J, Pernas HR et al. Multi-centre study of children's adherence to antibiotic treatment in primary care. *Aten Primaria*. 2001; 27:554-8.
  23. Gus I, Harzheim E, Zaslavsky C, Medina C, Gus M. Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. *Arq bras cardiol*. 2004; 83:424-8.
  24. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19:717-24.
  25. Claxton AJ, Cramer J, Pierce C. A systematic review of the association between dose regimens and medications compliance. *Clin Therapeutics*. 2001; 23:1296-310.
  26. Vieira V, Freitas JB, Tavares A. Adesão ao tratamento clínico. In: Diniz DP, Schor N. Qualidade de vida. São Paulo: Manole; 2006. p.157-64.
  27. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2004; 27(Suppl 1): 5-10.
  28. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
  29. Paes AHP, Bakker A, Soe-Agnie CJ. Impact of dosage frequency on patient compliance. *Diabetes Care*. 1997; 20:1512-7.
  30. Reiners AAO. Interação profissional de saúde e usuário portador de hipertensão arterial: contribuição para a não-adesão ao regime terapêutico [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
  31. Mion Jr D, Silva GV, Ortega KC, Nobre F. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. *Rev Bras Hipertens*. 2006; 13:55-8.
  32. Matteo R, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care*. 2002; 40:794-811.
  33. Svensson S, Ljellgren KI, Ahlner J, Saljo R. Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology*. 2000; 76:157-63.
  34. Travagim DSA, Kusumota L, Teixeira CRS, Cesarino CB. Prevenção e progressão da doença renal crônica: atuação do enfermeiro com diabéticos e hipertensos. *Rev enferm UERJ*. 2010; 18:291-7.