

# FATORES ASSOCIADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ÁREA COM GRANDE VULNERABILIDADE SOCIAL

## FACTORS ASSOCIATED WITH ADHERENCE TO PHARMACOLOGICAL TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION SYSTEMIC IN AN AREA WITH GREAT SOCIAL VULNERABILITY

Vitoria Jabre Rocha Manso<sup>1</sup> , Raphael Mendonça Guimarães<sup>2</sup> , Jacilene Maria Marques<sup>1</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar e identificar possíveis fatores associados a baixa adesão ao tratamento farmacológico em pacientes hipertensos acompanhados em programas de prevenção primária é fundamental para direcionar os cuidados e tratamento das ações em saúde, seja para implantar, propor ou ofertar serviços de saúde e até planejar recursos terapêuticos. **Métodos:** A coleta de dados sobre variáveis e determinantes sociais dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde e a aplicação de questionários de avaliação de adesão ao tratamento são ferramentas amplamente utilizadas em estudos prévios que pesquisaram tais fatores. Este trabalho utilizou desses meios em uma Unidade de Atenção Primária referenciada para tratamento de doenças crônicas não transmissíveis em Duque de Caxias, considerada um município de grande vulnerabilidade social no estado do Rio de Janeiro. **Resultados:** Na amostra pesquisada a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico foi baixa. Dentre os fatores avaliados, os mais associados com a baixa adesão foram a idade avançada, a baixa escolaridade, a utilização de mais de cinco medicações por dia e a presença de uma comorbidade ou mais além da hipertensão arterial. **Conclusão:** A compreensão desses fatores ajuda a melhorar as estratégias oferecidas no atendimento em unidades de atendimento primário, visando uma manutenção do tratamento regular e sua adesão.

**Descritores:** Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Cooperação e Adesão ao Tratamento; Adesão à Medicação; Fatores de Risco.

### ABSTRACT

**Objective:** To characterize and identify possible factors associated with low adherence to pharmacological treatment in hypertensive patients followed up in primary prevention programs is fundamental for directing the care and treatment of health actions, whether to implement, propose or offer health services and even plan therapeutic resources. **Methods:** Collecting data on the social variables and determinants of patients using the Unified Health System and applying questionnaires to assess adherence to treatment are tools that have been widely used in previous studies investigating these factors. This study used these means in a Primary Care Unit referred for treatment of chronic non-communicable diseases in Duque de Caxias, considered a municipality of great social vulnerability in the state of Rio de Janeiro. **Results:** In the sample surveyed, the prevalence of adherence to pharmacological treatment was low. Among the factors assessed, those most associated with low adherence were advanced age, low schooling, the use of more than 5 medications a day and the presence of one or more comorbidities in addition to hypertension. **Conclusion:** Understanding these factors helps to improve the strategies offered in primary care units, with a view to maintaining regular treatment and adherence.

**Keywords:** Hypertension; Primary Health Care; Treatment Adherence and Compliance; Medication Adherence; Risk Factors.

1. Centro Municipal de Saúde. Duque de Caxias, RJ, Brasil.

2. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência: Vitoria Jabre Rocha Manso. Endereço: Avenida Oliveira Belo 14 bloco 1 apt 803 Vila da Penha . Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Cep 21221-300. vitoriajabre@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.47870/1519-7522/2024310116-24>

## INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem passando por uma transição demográfica acelerada causada pela forte queda da taxa de fecundidade e pelos elevados índices de envelhecimento populacional, mudando seu perfil de morbimortalidade.<sup>1</sup> A mortalidade causada por doenças infecto parasitárias e materno-infantis foi reduzida consideravelmente nos últimos anos, gerando um aumento progressivo da expectativa de vida e a modificação do cenário de atuação da política pública.<sup>1,2</sup> O modo de viver, trabalhar e de se alimentar dos brasileiros foi afetado por esse envelhecimento, urbanização e mudanças sociais e econômicas. Conseqüentemente, cresce a prevalência de fatores como a obesidade e sedentarismo responsáveis pelo desenvolvimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).<sup>2,3</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) as DCNT constituem o grupo de doenças de maior carga de morbimortalidade no mundo e atingem especialmente as populações mais vulneráveis com baixa renda e escolaridade, devido a maior exposição aos fatores de risco ou ao acesso restrito às informações e serviços de saúde.<sup>1</sup> Há evidências de que mais de 15 milhões das mortes atribuídas a DCNT ocorram entre 30 e 69 anos. Em 2019 foram registrados 738.371 óbitos por DCNT no Brasil, sendo que 41,8% correspondem a essas mortes prematuras.<sup>1,4,5</sup>

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é classificada como uma DCNT e está incluída no grupo das doenças cardiovasculares. Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos, ambientais e sociais. É frequentemente silenciosa e assintomática, porém pode evoluir com alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo.<sup>6</sup> As reduções dos níveis de pressão arterial (PA) são efetivas para a prevenção dessas lesões envolvendo órgãos-alvos, porém a HAS não controlada continua muito prevalente mundialmente, afetando mais de 1,5 bilhão de pessoas. Em 2025, estima-se que 2 bilhões de pessoas sofrerão de HAS, atingindo em média 30% da população adulta.<sup>7,8</sup>

Para alcance do controle pressórico é fundamental que o diagnóstico da HAS seja feito corretamente, que o tratamento seja precoce e que haja a adesão e persistência do paciente hipertenso. É necessário também exigir ações tanto ao nível individual como no coletivo, assim como uma assistência da equipe de saúde em um programa eficiente de controle da HAS.<sup>9,10</sup> A baixa adesão ao tratamento pode envolver vários fatores como o custo de remédios, prescrição com difícil compreensão, a ausência de sintomas, a falta de informações sobre a doença de base incluindo suas causas e conseqüências, além de questões que envolvem a relação-médico paciente e o acesso ao serviço de saúde.<sup>10</sup> Quando se refere a má adesão ao tratamento farmacológico, inclui o abandono do uso de medicamentos, sem a devida orientação médica, ou o uso irregular da medicação e a interrupção da terapêutica prescrita.<sup>9</sup>

Visando combater esse problema de saúde pública, o Ministério da Saúde (MS), criou o programa para o controle da HAS e do Diabetes Mellitus (DM), o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus, o Hiperdia. Esse programa promove a reorientação da Assistência Farmacêutica e proporciona o fornecimento contínuo e gratuito de medicamentos,

além de fazer o monitoramento das condições clínicas de cada usuário cadastrado.<sup>11</sup> O programa também verifica o perfil epidemiológico da população em questão, desencadeando estratégias de saúde pública que melhoram a qualidade de vida das pessoas usuárias e reduzindo assim os custos sociais com essas doenças e seus agravos.<sup>12</sup>

O município de Duque de Caxias, localizado na Baixada Fluminense, no Rio de Janeiro, é dividido em quatro distritos (1º Duque de Caxias, 2º Campos Elíseos, 3º Imbariê, 4º Xerém). Atualmente abriga quase um milhão de habitantes em seus 465 km<sup>2</sup>.<sup>13</sup> O Centro Municipal de Saúde (CMS), localizado no Centro de Duque de Caxias, é um Posto de Atenção Primária onde funciona o programa Hiperdia. A baixa adesão ao tratamento medicamentoso ainda é observada tanto em consultas médicas como em consultas de enfermagem realizadas pelas equipes desse programa. Apesar de ter localização em uma área urbana de fácil acesso, com centro comercial importante e compreender grande número da população do Estado do Rio de Janeiro, é notória a grande vulnerabilidade social dessa região, provocando questões sobre a associação entre o nível socioeconômico e o elevado número de pacientes que ainda abandonam seu tratamento.

Através da presente pesquisa, com dados mais relevantes sobre tal assunto, foi possível estimar a prevalência da adesão medicamentosa e os fatores da baixa adesão ao tratamento da HAS e assim novas condutas favoráveis à melhoria no atendimento puderam ser traçadas.

## METODOLOGIA

O estudo foi exploratório de uma coorte de pacientes captados durante as consultas realizadas entre setembro e dezembro de 2022 no CMS em Duque de Caxias. A coleta de dados ocorreu após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz (CEP – ENSP) com o Parecer n.º 5.595.970, em 22/08/2022. A amostra populacional foi de 361 pacientes. Foram incluídos os pacientes maiores de 18 anos, de ambos os sexos e que estavam em tratamento medicamentoso para hipertensão arterial por no mínimo 12 meses, cadastrados no programa Hiperdia do CMS de Duque de Caxias. Foram excluídos os pacientes com diagnóstico de Hipertensão Arterial Resistente, pacientes que estavam grávidas ou diagnosticadas com hipertensão gestacional. Todos os pacientes participantes do estudo assinaram um Termo de consentimento livre e esclarecido elaborado para esse estudo a partir de um modelo fornecido pela ENSP.

Os dados e as variáveis foram coletados por três instrumentos: estudo de prontuário, entrevista com registro em uma folha de cadastro e a aplicação do questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ)<sup>14</sup> somado ao teste de *Morisky-Green* (TMG).<sup>15</sup> A associação de mais de um instrumento de avaliação nesses estudos levam a resultados mais confiáveis, por isso, uma terceira escala foi aplicada: a *Adherence to Refills and Medications Scale* (ARMS).<sup>16</sup>

O TMG é um teste de referência por ser um instrumento simples, validado e de fácil aplicação na prática clínica, além de ser mais utilizado em estudos para avaliar a adesão ao tratamento de doenças crônicas e para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos.<sup>15,17</sup>

O TMG original foi traduzido por Melo<sup>18</sup> e é composto por quatro perguntas a serem respondidas com “sim” ou “não”. A classificação dos níveis de adesão se dará pelos escores: alta adesão, média adesão e baixa adesão.<sup>16,19-21</sup> O BMQ é um instrumento dividido em três sessões onde é possível identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso, baseado na perspectiva do paciente.<sup>14</sup> É um questionário já validado, traduzido e considerado padrão-ouro, além de já ter sido utilizado em conjunto com o TMG em estudo anterior.<sup>14,22</sup> A ARMS possui a vantagem de avaliar o comportamento dos pacientes sobre a adesão medicamentosa, além de ser apropriada para uma população com baixa escolaridade. Esse questionário é composto por 12 perguntas, que avaliam a tomada e a reposição da medicação. Cada item é composto por uma escala *Likert* de 4 pontos.<sup>16</sup> Essa escala foi validada em estudo anterior mediante comparação com o TMG e correlacionando a adesão com o reabastecimento de remédios usando o Rho de Spearman com alta consistência interna.<sup>23</sup>

A entrevista e a aplicação dos questionários foram realizadas por uma enfermeira ou um médico treinados e capacitados após a consulta e respondido pelos pacientes e/ou seus representantes. Na ficha cadastral constava os dados pessoais, as medidas antropométricas, o histórico de doenças

pregressas e atuais, os dados sociodemográficos e o estilo de vida de cada participante. A PA foi aferida no momento da consulta por um profissional qualificado com aparelho calibrado e a classificação dessas medidas foi conforme as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.<sup>6</sup>

Foi realizada uma análise descritiva estatística com os dados obtidos com a entrevista e os questionários. Na análise de dados foram comparadas as distribuições proporcionais e calculadas as frequências em porcentagem dos pacientes aderentes e não-aderentes ao tratamento farmacológico segundo as escalas de adesão.

Para a comparação das variáveis categóricas foi realizada a análise bivariada com o teste qui-quadrado de Pearson, onde foi calculado o teste de Fisher quando  $N < 5$ . A partir desta análise bivariada foi possível realizar um modelo de regressão logística binária utilizando como variável dependente, os resultados da escala escolhida (BMQ) categorizados em “Potencial adesão” e “Potencial não adesão”. As variáveis independentes incluíram os possíveis fatores que influenciam a adesão do tratamento que foram identificadas como ausente ou presente para cada indivíduo no estudo. Essas variáveis independentes seguiram a classificação de um modelo para categorizar os fatores de adesão ao tratamento sugerido pela a OMS (Quadro 1):<sup>24</sup> fatores socioeconômicos, fatores

**Quadro 1.** Fatores que influenciam a adesão ao tratamento da hipertensão arterial e intervenções para melhorá-la, listados de acordo com as cinco dimensões.

Hipertensão	Fatores que influenciam sobre a adesão terapêutica	Intervenções para melhorar a aderência terapêutica
Fatores socioeconômicos	(-) Situação socioeconômica ruim; analfabetismo; desemprego; fornecimento limitado de medicamentos; alto custo do medicamento	Preparação Familiar; seguro de saúde do paciente; fornecer medicação ininterrupta; financiamento sustentável, preços acessíveis e sistemas de distribuição confiáveis
Fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde	(-) Falta de conhecimento e treinamento dos profissionais de saúde para monitorar doenças crônicas; relacionamento inadequado entre o profissional de saúde e o paciente; falta de conhecimento, horário inadequado para consultas; falta de incentivos e feedback de desempenho (+) Boa relação entre o médico e o paciente	Treinamento em educação do paciente no uso de medicamentos; boa relação médico-paciente; monitoramento e reavaliação da continuação do tratamento; monitoramento da adesão; atitude e assistência moralmente neutras; disponibilidade 24 horas por dia, 7 dias por semana das informações; seleção racional de remédios; treinamento de habilidades de comunicação; entrega, financiamento e manejo medicamentoso adequado; preparações farmacêuticas: desenvolver medicamentos com melhor perfil de segurança; preparações farmacêuticas: participação em programas de educação do paciente e desenvolver instrumentos para medir a adesão dos pacientes
Fatores relacionados com a doença	(+) Compreensão e percepções sobre hipertensão (-) Regimes de tratamento complexos, Duração do tratamento; baixa tolerância de medicação, efeitos adversos do tratamento	Educação no uso de medicamentos
Fatores relacionados com o tratamento	(+) Monoterapia com esquemas posológicos simples; doses menos frequentes; menos mudanças nos medicamentos anti-hipertensivos	Simplificação de esquemas
Fatores relacionados com o paciente	(-) Conhecimento e capacidade inadequados para monitorar sintomas e tratamento da doença; falta de conhecimento dos custos e benefícios do tratamento; não aceitação do monitoramento (+) Percepção de risco à saúde relacionado com a doença; participação ativa no monitoramento; participação no tratamento da doença	Intervenção comportamental e motivacional; boa relação médico-paciente; autocuidado e tratamento da doença; autocuidado de efeitos colaterais; auxílio para a memória e lembretes

(+) Fatores com efeito positivo na adesão terapêutica; (-) fatores com efeito negativo na adesão terapêutica. Fonte: OMS/OPAS 2004.

relacionados ao sistema de saúde, fatores relacionados com a doença, fatores relacionados com o tratamento e fatores relacionados com o paciente.

As variáveis obtidas foram organizadas e compiladas em uma planilha do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) versão 24, assim como os cálculos estatísticos.

## RESULTADOS

Os pacientes dessa amostra (N=361) são na sua maioria do sexo feminino (79,5%) e com predomínio da faixa etária > ou = 60 anos (69,5%). Considerando a escolaridade, a maioria cursou até o ensino fundamental (38,5%), e em relação à raça a maioria dos participantes se autodeclararam com a raça/cor preta (38,9%). Sobre a situação de trabalho, a maioria recebe renda de aposentadoria ou pensão (50,6%). Esses pacientes têm tempo de cadastro e tratamento na sua maioria mais de 24 meses (91,9%) e em maior frequência com polifarmácia (60%) que seria a utilização de mais de cinco medicações por dia. Sobre o tratamento de HAS, a maioria dos pacientes usa mais de duas classes de anti-hipertensivos (57,6%). Esses pacientes possuem em sua maioria mais de uma comorbidade em tratamento (81,2%) além da HAS e, dentre essas, as comorbidades concomitantes de maior frequência relatadas neste estudo foram a DM e dislipidemia (55,4% e 58,2%). (Tabela 1)

Sobre os hábitos de vida, os participantes declararam na sua maioria não serem tabagistas (62,6%) e nem etilistas (92,5%). Em relação à prática de atividade física, apenas 26,6% praticam regularmente uma atividade física aeróbica e apenas 10,6% praticam atividade mais de três vezes por semana. O IMC que prevaleceu nessa amostra caracterizou esses pacientes na sua maioria com sobrepeso (52,9%) seguindo a classificação desse índice para idade adulta e para idosos.<sup>25</sup> (Tabela 1)

Foi observada nesta amostra que os níveis pressóricos aferidos durante a consulta estavam controlados em apenas 35,4%. Durante os últimos 12 meses, essa amostra populacional teve assiduidade nas consultas em 62,7%. (Tabela 1)

Segundo a escala ARMS, a amostra pesquisada tem uma média / baixa adesão ao tratamento medicamentoso somando 97,8%. A escala BMQ apresenta resultado semelhante com a maioria dos pacientes com potencial não adesão ao tratamento (74,2%). O TMG já demonstra um resultado contrário, em sua maioria dos entrevistados (52,4%) com alta adesão ao tratamento segundo a escala aplicada. Ainda sobre a escala BMQ, as barreiras de crença foram em sua maioria negativas para essa amostra (62,6%), enquanto as barreiras de recordação apresentaram um número positivo significante (96,4%). (Tabela 2)

Para esse trabalho optamos por escolher a escala BMQ, pois como já descrito anteriormente é um instrumento que contém subescalas que permitem identificar barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso, baseado na perspectiva do paciente

Por meio da análise bivariada, (Tabela 3) verificou-se que a idade, a escolaridade, a polifarmácia, a presença de comorbidades extras como a DM e dislipidemia são associados com a forma de adesão ao tratamento pela escala BMQ com

significância estatística. Foi verificada potencial não adesão para os pacientes com idade de 60 anos ou mais (74,3%) e pacientes analfabetos (43,3%). Os pacientes com diagnóstico de DM e/ou dislipidemia além da HAS também foram classificados com potencial não adesão, assim como aqueles que utilizam mais de cinco fármacos por dia.

Foi realizado um modelo regressão logística binária (Tabela 4) para verificar se os fatores sociodemográficos, fatores relacionados ao tratamento, fatores relacionados ao paciente ou equipe de saúde são previsores da má adesão ao tratamento medicamentoso da HAS. Para a inclusão no modelo, foram consideradas as variáveis independentes no teste qui-quadrado que apresentaram significância estatística: idade, escolaridade, quantidade de comorbidades extras, a presença de DM ou dislipidemia como comorbidade extra e polifarmácia. A classificação de PA não teve significância estatística, porém foi incluída no modelo bruto devido à importância epidemiológica desta variável. Apenas a escolaridade, a polifarmácia e a quantidade de comorbidades extras mantiveram associação com a adesão e fizeram parte do modelo final e ajustado da regressão logística binária.

As subescalas dentro da escala de adesão BMQ que avaliaram as barreiras quanto a crença e recordação do ponto de vista de cada paciente também foram analisadas por meio do teste de qui-quadrado de Pearson. Primeiramente foi comparada a escala principal de adesão BMQ com cada subescala (Tabela 5) e em seguida foram comparadas as variáveis incluídas no modelo da regressão logística com cada subescala. (Tabelas 6 e 7) Após os cálculos, observou-se que, em geral, os pacientes com baixa adesão ao tratamento pela escala BMQ, não sofrem influência das barreiras de crença, mas são influenciados pelas barreiras de recordação com significância estatística.

O nível de escolaridade, a idade, o número de comorbidades extras e os níveis de PA não tiveram associação com as barreiras de crença ou recordação. A utilização de mais de cinco medicações, a presença de diabetes e dislipidemia foram associadas com a má adesão e por essa análise apresentam associação com as barreiras de recordação, mas não com as barreiras de crença.

## DISCUSSÃO

A vulnerabilidade social caracteriza a condição de determinados grupos de indivíduos ou famílias que estão em processo de exclusão social, principalmente por fatores socioeconômicos. Essa exclusão se justifica pelas desvantagens com respeito à dificuldade de acesso à estrutura de oportunidades sociais, destacando-se a escolarização, moradias, bens de consumo e empregos. O município de Duque de Caxias, assim como outros municípios da periferia do Rio de Janeiro, enfrentam essa vulnerabilidade social em diversos aspectos.<sup>26</sup>

Segundo a literatura, a adesão ao tratamento farmacológico envolve diversos fatores relacionados ao indivíduo, ao tratamento, à doença, aos serviços e profissionais de saúde, o meio social e cultural do paciente e sua família. Os alinhamentos desses elementos são necessários para que a adesão seja alcançada.<sup>9</sup> Para melhor compreensão, esses fatores podem ser distribuídos nas categorias propostas pela OMS.<sup>24</sup>

**Tabela 1.** Caracterização dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022 (n= 361).

Variáveis	Categorias	Frequência	%
<b>Sexo</b>	Masculino	74	20,5
	Feminino	287	79,5
<b>Idade</b>	18-59 anos	110	30,5
	>= 60 anos	251	69,5
<b>Raça/cor</b>	Branca	132	37,0
	Preta	139	38,9
	Parça	86	24,1
<b>Escolaridade</b>	Analfabetismo	134	37,1
	Ensino Fundamental	139	38,5
	Ensino Médio / Superior	88	24,4
<b>Situação de Trabalho</b>	Desempregado	87	24,2
	Empregado/autônomo	91	25,3
	Aposentado	182	50,6
<b>Tipo de moradia</b>	Casa própria	299	83,3
	Aluguel	50	13,9
	Outros	10	2,8
<b>Número Pessoas/cômodo</b>	Até 0,58	205	61,6
	>0,59	128	38,4
<b>Bens</b>	Geladeira	357	99,4
	Fogão	357	99,4
	Televisão	352	98,1
	Máquina de lavar roupas	146	40,7
	Forno Microondas	85	23,7
	Ventilador	318	88,6
	Aparelho de ar condicionado	86	24,0
	Telefone Celular	318	88,6
	Computador	29	8,1
	Carro	21	5,8
<b>Meio de locomoção</b>	À pé	59	16,3
	Transporte público	271	75,1
	Carro	29	8,0
	Outros	2	0,6
<b>Tempo de tratamento no Hiperdia</b>	12-24 meses	27	8,1
	>24meses	306	91,9
<b>Comorbidades extra</b>	Nenhuma	68	18,8
	1 ou mais	293	81,2
<b>Comorbidades concomitante à HAS</b>	Diabetes	200	55,4
	Dislipidemia	210	58,2
	Doença de tireoide	16	4,4
	Câncer	20	5,5
	Doença osteoarticular	31	8,6
	Doença pulmonar	7	1,9
<b>Tempo de locomoção</b>	Transtorno mental	46	12,7
	Até 30min	264	73,3
<b>Número de anti-hipertensivos</b>	> 30 min	96	26,7
	Até 2 classes	148	42,4
<b>Polifarmácia</b>	> 2 classes	201	57,6
	Até 5 medicações/dia	140	40,0
<b>Tabagismo</b>	> 5 medicações/dia	210	60,0
	Não tabagista	226	62,6
	Tabagismo	36	10,0
<b>Etilismo</b>	Ex-tabagista	99	27,4
	Não	334	92,5
<b>Prática de atividade física</b>	Sim	27	7,5
	Não	265	73,4
<b>Tempo de atividade física por dia</b>	Sim	96	26,6
	Até 30min/dia	16	4,5
<b>Tempo de atividade física em dias/semana</b>	> 30min/dia	77	21,5
	Até 3x semana	57	15,8
<b>IMC</b>	> 3x semana	38	10,6
	Baixo peso	17	4,9
	Peso normal	95	27,1
	Sobrepeso	185	52,9
<b>Níveis de PA na consulta</b>	Obesidade	53	15,1
	PA Controlada	127	35,4
	HAS leve	126	35,1
<b>Faltou nos últimos 12 meses</b>	HAS moderada/grave	106	29,5
	Não	225	62,7
	Sim	134	37,3

Fonte: Própria autora, 2023.

**Tabela 2.** Resultado das Escalas de adesão: ARMS, Morisky-Green e BMQ referente a adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários hipertensos cadastrados no programa Hiperdia do CMS-DC, 2022.

Escalas de adesão	Categorias	Frequência	%
ARMS	Melhor adesão	8	2,2
	Média/baixa adesão	353	97,8
Morisky-Green	Alta adesão	189	52,4
	Média adesão	142	39,3
	Baixa adesão	30	8,3
BMQ (Regime)	Potencial adesão	93	25,8
	Potencial não adesão	268	74,2
BMQ (Barreiras de Crença)	Negativo	226	62,6
	Positivo	135	37,4
BMQ (Barreiras de Recordação)	Negativo	13	3,6
	Positivo	348	96,4

Fonte: Própria autora, 2023.

Em relação aos fatores socioeconômicos, em pesquisas anteriores, são relatados o baixo grau de instrução, a baixa renda, o grau de escolaridade que contribuem para um pior entendimento das receitas e da doença e menor acesso à medicação que muitas vezes não é fornecida pelo SUS ou pelo local de atendimento.<sup>27</sup> O local de residência e a distância para o local de atendimento também interferem com a adesão por aumentar os gastos com transporte para muitos pacientes. Outros fatores biossociais são relatados, como sexo masculino e divórcio.<sup>28,29</sup> A idade acima de 60 anos parece ser a mais prevalente entre os fatores de baixa adesão segundo Turra et al.,<sup>30</sup> porém a baixa idade também é relatada em um estudo de Vasconcelos et al.<sup>31</sup> demonstrando que esse fator deve ser individualizado para cada paciente.<sup>12,29</sup> Neste estudo a faixa etária acima de 60 anos e a baixa escolaridade estiveram associadas com a baixa adesão, assim como os pacientes que utilizam de transporte público. Sobre a variável sexo, não houve associação significativa com a má adesão, que pode ser explicado pela maior prevalência pacientes hipertensas do sexo feminino nesta amostra.

Sobre os fatores relacionados ao sistema e equipe de saúde, a não valorização e aprimoramento das clínicas de assistência primária interferem na adesão ao tratamento por parte dos pacientes, como relatado em alguns dos estudos anteriores.<sup>32,33</sup> As equipes com pouco treinamento tornam o vínculo frágil entre profissionais e pacientes, além das baixas frequências nas consultas em certas clínicas. A não individualização do paciente também é referida como fator relacionado ao sistema.<sup>32-36</sup> Nesta pesquisa foi observado que a baixa assiduidade não se relacionou com a baixa adesão ao tratamento.

Quanto aos fatores relacionados com a doença, o caráter assintomático, relação com a má alimentação, sedentarismo e hereditariedade são os mais descritos.<sup>10,27,37</sup> Nosso estudo observou que o hábito de não praticar atividades físicas está presente no grupo de pacientes com baixa adesão ao tratamento, o que corrobora com os resultados anteriores.

Em relação aos fatores relacionados ao tratamento medicamentoso, quanto maior o número de comprimidos, pior a adesão, segundo alguns estudos.<sup>11,30</sup> As receitas de difícil compreensão, a terapia complexa e o efeito colateral

ao medicamento também corroboram com a desistência da terapia por parte dos pacientes.<sup>30</sup> No presente estudo, a polifarmácia está presente na maioria dos pacientes cadastrados no programa Hiperdia. Esse fator é mais prevalente, pois a maioria dos participantes possui, além da HAS, outras doenças crônicas tratadas no CMS ou em outros locais. Outro fator encontrado foi que a maioria dos pacientes teve em seu tratamento mais de três classes de anti-hipertensivos. O uso de múltiplas medicações deve-se ao fato dos pacientes se encontrarem ainda com níveis tensionais elevados. A implementação de mudanças de tratamento com a prescrição de medicações com posologias menores ou medicações com associações de componentes, podem melhorar esse desfecho.

Os fatores relacionados aos pacientes são os mais citados pelos estudos. Esses envolvem os aspectos culturais e crenças, os hábitos de vida, alimentação, tabagismo e etilismo.<sup>31</sup> Alguns pacientes têm dificuldades para adaptação, aceitação e compreensão da doença, portanto se negam a fazer uma mudança de estilo de vida.<sup>28</sup> O pouco apoio familiar reduz a adesão desses pacientes que também referem precisar de ajuda quanto ao esquecimento dos horários dos medicamentos.<sup>31,38,39</sup> No estudo realizado, o tabagismo e etilismo não tiveram associação significativa com a adesão medicamentosa. Sobre os fatores relacionados aos aspectos culturais e crenças, o estudo atual não demonstrou associação positiva desses fatores com a má adesão. Entretanto, sobre os fatores relacionados com a recordação dos horários da medicação, existe uma associação que contribui para a má adesão ao tratamento na amostra pesquisada.

O estudo possui algumas limitações. O hábito nutricional dos participantes não estava presente nos questionários, sendo considerado um fator limitante para este estudo. O consumo de sal influencia no aumento de níveis tensionais e estabelece uma relação com a mudança do estilo de vida desses pacientes. O estado civil dos participantes também não foi questionado durante as entrevistas, limitando o conhecimento da associação desse determinante com a adesão. Um viés de causalidade reversa também foi considerado como limitação inerente ao delineamento transversal, pois avaliamos a exposição e desfecho em um mesmo momento, perdendo a temporalidade. O viés de seleção foi outro limitante para os resultados, uma vez que a amostra pesquisada refere-se a uma população selecionada dentro dos pacientes já cadastrados e que compareceram à consulta no período da coleta de dados. Observou-se uma amostra potencialmente enviesada pela maior proporção de mulheres que, em geral, frequentam com mais assiduidade os serviços de saúde. Dessa forma a adesão inicial ao Hiperdia foi diferenciada quando comparada com estudos anteriores onde a população masculina é menos aderente ao tratamento.

A população de referência para esse estudo representa uma situação particular de vulnerabilidade, onde a maioria é idosa, com baixa escolaridade e apresentam mais de uma doença crônica em tratamento. Por conseguinte, esse estudo, como principal força e vantagem, pode ajudar na avaliação à adesão do tratamento nessa população específica com maior vulnerabilidade.

**Tabela 3.** Análise bivariada: Variáveis dependentes x Escala de adesão BMQ.

Variáveis	Categorias	Escore de adesão pela escala BMQ		
		Adesão	Não adesão	p valor*
		N (%)	N (%)	
<b>Sexo</b>	Masculino Feminino	18 (19,4) 75 (80,6)	56 (20,9) 212 (79,1)	0,751
<b>Idade</b>	18-59 anos >= 60 anos	41 (44,1) 52 (55,9)	69 (25,7) 199 (74,3)	0,001
<b>Raça/cor</b>	Branca Preta Parda	35 (37,6) 35 (37,6) 23 (24,7)	97 (36,7) 104 (39,4) 63 (23,9)	0,956
<b>Escolaridade</b>	Superior Médio Fundamental Analfabeto	3 (3,2) 30 (32,3) 42 (45,2) 18 (19,4)	6 (2,2) 49 (18,3) 97 (36,2) 116 (43,3)	< 0,001
<b>Situação de Trabalho</b>	Desempregado Empregado Aposentado	25 (26,9) 27 (29,0) 41 (44,1)	62 (23,2) 64 (24,0) 141 (52,8)	0,346
<b>Tipo de moradia</b>	Casa própria Aluguel Outros	75 (80,6) 15 (16,1) 3 (3,2)	224 (84,2) 35 (13,2) 7 (2,6)	0,730
<b>Número Pessoas/cômodo</b>	Até 0,58 >0,58	56 (62,9) 33 (37,1)	149 (61,1) 95 (38,9)	0,758
<b>Meio de locomoção</b>	À pé Transp. público Carro Outros	16 (17,2) 68 (73,1) 8 (8,6) 1 (1,1)	43 (16,0) 203 (75,7) 21 (7,8) 1 (0,4)	0,853
<b>Tempo de tratamento no Hiperdia</b>	12-24 meses >24meses	9 (10,3) 78 (89,7)	18 (7,3) 228 (92,7)	0,374
<b>Comorbidade extra</b>	Nenhuma 1 ou mais	28 (30,1) 65 (69,9)	40 (14,9) 228 (85,1)	0,001
<b>Comorbidades concomitante à HAS</b>	Diabetes Não Sim Dislipidemia Não Sim	54 (58,1) 39 (41,9) 51 (54,8) 42 (45,2)	107 (39,9) 161 (60,1) 100 (37,3) 168 (62,7)	0,002 0,003
<b>Tempo de locomoção</b>	Até 30min >31 min	69 (74,2) 24 (25,8)	195 (73,0) 72 (27,0)	0,828
<b>Polifarmácia</b>	Até 5 /dia >5 /dia	52 (57,1) 39 (42,9)	88 (34,0) 171 (66,0)	<0,001
<b>Número de antihipertensivos</b>	Até 2 classes >2 classes	45 (49,5) 46 (50,5)	103 (39,9) 155 (60,1)	0,114
<b>Tabagismo</b>	Não tabagista Tabagismo Ex-tabagista	65 (69,9) 7 (7,5) 21 (22,6)	161 (60,1) 29(10,8) 78 (29,1)	0,236
<b>Etilismo</b>	Não Sim	88 (94,6) 5 (5,4)	246 (91,8) 22 (8,2)	0,371
<b>Prática de atividade física</b>	Não Sim	63 (67,7) 30 (32,3)	202 (75,4) 66 (24,6)	0,151
<b>Tempo de atividade física por dia</b>	Até 30min >30 min	7 (7,6) 22 (23,9)	9 (3,4) 55 (20,7)	0,167
<b>Tempo de atividade física em dias/semana</b>	Até 3x semana > 3x semana	15 (16,3) 14 (15,2)	42 (15,7) 24 (9,0)	0,223
<b>IMC</b>	Baixo peso Peso normal Sobrepeso Obesidade	5 (5,6) 22 (24,4) 49 (54,4) 14 (15,6)	12 (4,6) 73 (128) 136 (52,3) 39 (15)	0,915
<b>Níveis de PA na consulta</b>	Não controlada Controlada	20 (21,7) 72 (78,3)	86 (32,2) 181 (67,8)	0,064
<b>Faltou nos últimos 12 meses</b>	Não Sim	56 (60,9) 36 (39,1)	169 (63,3) 98 (36,7)	0,678

\* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson. Fonte: Própria autora, 2023.

**Tabela 4.** Análise multivariada: Variáveis x Escala de adesão BMQ.

Variáveis	Categorias	Modelo Bruto	Modelo Ajustado
		OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
Escolaridade	Alfabetizado	1,00	1,00
	Analfabeto	3,18 (1,80-5,61)	3,16 (1,73-5,78)
Polifarmácia	Até 5 /dia	1,00	1,00
	>5 /dia	2,59 (1,59-4,22)	2,61 (1,57-4,36)
Idade	18-59 anos	1,00	1,00
	>= 60 anos	2,27 (1,39-3,72)	1,66 (0,97-2,82)
Comorbidade extra	Nenhuma	1,00	1,00
	1 ou mais	2,45 (1,40-4,28)	1,90 (1,05-3,43)
Diabetes	Não	1,00	1,00
	Sim	2,08 (1,29-3,36)	1,32 (0,72-2,41)
Dislipidemia	Não	1,00	1,00
	Sim	2,04 (1,26-3,28)	1,25 (0,67-2,34)
Níveis de PA	Controlada	1,00	1,00
	Não controlada	1,71(0,97-2,98)	1,32 (0,73-2,39)

\*p-valor calculado a partir do cálculo de Regressão logística binária; Teste de Hosmer e Lemeshow (qui-quadrado: 2,009 e p-valor 0,848); Cox e Snell R square: 0,104, Nagelkerke R Square: 0,152; LL-2: 362,852. Fonte: Própria autora, 2023.

**Tabela 5.** Análise bivariada: Barreiras de adesão x Escala de adesão BMQ.

Barreiras de Adesão	Categorias	Escore de adesão pela escala BMQ		
		Adesão	Não adesão	
		N (%)	N (%)	p valor*
Crença	Negativo	73 (78,5)	153 (57,1)	<0,001
	Positivo	20 (21,5)	115 (42,9)	
Recordação	Negativo	9 (9,7)	4 (1,5)	<0,001
	Positivo	84 (90,3)	264 (98,5)	

\* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson. Fonte: Própria autora, 2023.

## CONCLUSÃO

Neste estudo a prevalência da amostra entre os cadastrados no programa Hiperdia foi de pacientes do sexo feminino, acima de 60 anos, da raça preta e com analfabetismo. As comorbidades mais prevalentes além da HAS foram a diabetes e a dislipidemia. A maioria utiliza mais de cinco medicações por dia e mais de duas classes de anti-hipertensivos. Existe uma baixa prevalência de tabagistas e etilistas.

Na amostra pesquisada a prevalência da adesão ao tratamento farmacológico foi menor pelas escalas ARMS e BMQ, e maior pela escala TMG. Dentre os fatores avaliados, os mais associados com a baixa adesão foram a baixa escolaridade ou analfabetismo, a utilização de mais de cinco medicações por dia e a presença de uma comorbidade ou mais além da HAS.

Optar por tratamentos com medicações mais acessíveis, posologias menores, além da orientação de fácil compreensão sobre cada seguimento, individualizando cada paciente e suas necessidades podem ser incluídas nas estratégias a serem

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030. 2021.
2. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. Epidemiol

**Tabela 6.** Análise bivariada: Variáveis x Barreira de crença BMQ.

Variáveis	Categorias	Escore para barreira de crença		
		Negativo	Positivo	
		N (%)	N (%)	P valor*
Escolaridade	Alfabetizado	151(66,8)	76 (56,3)	0,045
	Analfabetos	75 (33,2)	59 (43,7)	
Polifarmácia	Até 5 /dia	92 (42,4)	48 (36,1)	0,242
	>5 /dia	125 (57,6)	85 (63,9)	
Idade	18-59 anos	72 (31,9)	38 (28,1)	0,459
	>= 60 anos	154(68,1)	97 (71,9)	
Comorbidade extra	Nenhuma	41 (18,1)	27 (20,0)	0,662
	1 ou mais	185(81,9)	108 (80,0)	
Diabetes	Não	106(46,9)	55 (40,7)	0,254
	Sim	120(53,1)	80 (59,3)	
Dislipidemia	Não	94 (41,6)	57 (42,2)	0,907
	Sim	132(58,4)	78 (57,8)	
Níveis de PA	Controlada	163(72,4)	90 (67,2)	0,289
	Não controlada	62 (27,6)	44 (32,8)	

\* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson. Fonte: Própria autora,2023.

**Tabela 7.** Análise bivariada: Variáveis x Barreira de recordação BMQ.

Variáveis	Categorias	Escore para barreira de recordação		
		Negativo	Positivo	
		N (%)	N (%)	P valor*
Escolaridade	Alfabetizado	10 (76,9)	217 (62,4)	0,286
	Analfabetos	3 (23,1)	131 (37,6)	
Polifarmácia	Até 5 /dia	11 (84,6)	129 (38,3)	0,001
	>5 /dia	2 (15,4)	208 (61,7)	
Idade	18-59 anos	7 (53,8)	103 (29,6)	0,062
	>= 60 anos	6 (46,2)	245 (70,4)	
Comorbidade extra	Nenhuma	5 (38,5)	63 (18,1)	0,065
	1 ou mais	8 (61,5)	285 (81,9)	
Diabetes	Não	12 (92,3)	149 (42,8)	<0,001
	Sim	1 (7,7)	199 (57,2)	
Dislipidemia	Não	10 (76,9)	141 (40,5)	0,009
	Sim	3 (23,1)	207 (59,5)	
Níveis de PA	Controlada	11 (84,6)	242 (69,9)	0,255
	Não controlada	2 (15,4)	104 (30,1)	

\* p-valor calculado a partir do teste de qui-quadrado de Pearson. Fonte: Própria autora, 2023.

implantadas em polos de atendimentos ambulatoriais. A inovação de projetos sociais voltados para a população idosa, como equipes multidisciplinares especializadas dentro do programa Hiperdia ou talvez a inclusão de visitas domiciliares periódicas para aqueles com maior dificuldade de locomoção são ações que podem mudar o curso desses resultados.

4. World Health Organization. Non communicable diseases [Internet] 2021. [acessado em 30 de abril de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. World Health Organization. About NCDs [Internet] 2020 [acessado em 1º de maio de 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/noncommunicable-diseases/about>
6. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Gomes MAM. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Brazilian Guidelines of Hypertension. 2020; 143.
7. Jardim TV, Souza ALL, Barroso WKS, Jardim PCBV. Controle da Pressão Arterial e Fatores Associados em um Serviço Multidisciplinar de Tratamento da Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2020; 115(2): 174–81.
8. 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). 2019; 98(27): e16116.
9. Gewehr DM, Bandeira VAC, Gelatti GT, Colet C de F, Oliveira KR de. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Saúde Debate*. 2018;42(116): 179–90.
10. Manfroi A, Oliveira FA de. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2006; 2(7): 165–76.
11. Lopes JHP, Oliveira AMC, Pereira AC, Meneghim MDC. Adesão do paciente à terapia medicamentosa da hipertensão arterial: revisão da literatura. *Rev Odontol\_ Univ Cid São Paulo*. 2017; 27(3): 235.
12. Barreto MS, Matsuda LM, Marcon SS. Factors associated with inadequate blood pressure control in patients of primary care. *Esc Anna Nery*. 2016;20(1):114-20.
13. Abidon AA, Amaro Correa Jr e André. Câmara Municipal de Duque de Caxias - CMDC [Internet]. Duque de Caxias. [acessado em 21 de maio de 2023]. Disponível em: [https://www.cmdc.rj.gov.br/?page\\_id=1155](https://www.cmdc.rj.gov.br/?page_id=1155)
14. Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999; 37(2):113–24.
15. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and Predictive Validity of a Self-reported Measure of Medication Adherence: *Med Care*. 1986; 24(1): 67–74.
16. Aguiar KDS. Validação de uma versão em português do instrumento Adherence to refills and medications scale (ARMS) para avaliação de adesão ao tratamento com antineoplásicos orais. 2019;67.
17. Morales R, Estela L. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul* 2015; 16(2): 175–89.
18. Melo NA. Avaliação da adesão à terapêutica anti-hipertensiva em pacientes hipertensos resistentes [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 2015.
19. Bastos-Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, et al. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012; 99(1): 636–41.
20. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(2): 201–6.
21. Bonifacio ACR. Impacto da intervenção farmacêutica na adesão ao tratamento medicamentoso do paciente idoso diabético seguido em unidade distrital de saúde [dissertação de mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo (USP). 2013.
22. Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(2): 279–89.
23. Kripalani S, Risser J, Gatti ME, Jacobson TA. Development and Evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among Low-Literacy Patients with Chronic Disease. *Value Health*. 2009;12(1):118–23.
24. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. 2004. Ginebra: Organización Mundial de la Salud 2004.
25. Cervi A, Franceschini SDCC, Priore SE. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. *Rev Nutr*. 2005; 18(6):765–75.
26. Kaztman F. Seducidos y abandonados: El aislamiento social de los pobres urbanos. *Revista de la CEPAL*. 2001; 2001(75): 171–89.
27. Sousa Falcão A, Carvalho e Silva MG, Fortes Rodrigues Junior A, da Rocha Moura S, Raymme Soares e Silva F, de Jesus Sousa AS, et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. *Rev Bras Promoção da Saúde*. 2018;31(2):1–10.
28. Lima TM, Meiners MMA, Soler O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Rev Pan-Amaz Saúde*. 2010;1(2):113-20.
29. Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)*. 2013;11(3): 331–7.
30. Turra L, Restelatto MTR, Dallacosta FM. Adherenceto treatment and life style of patients with hypertension. *Rev Pesq*. 2019; 11(1): 113–7.
31. Vasconcelos TRDS, Silva JM, Miranda LN. Fatores associados à não adesão ao tratamento de pacientes com hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa da literatura. *Cadernos de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde* 2017; 4(2): 385–96.
32. Ferreira MA, Iwamoto HH. Determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão de usuários com hipertensão cadastrados no programa Hiperdia da Atenção Primária à Saúde. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*. 2017;21.
33. Viegas Andrade M, Noronha K, Di Lorenzo Oliveira C, Silva Cardoso C, Almeida Calazans J, Abreu Julião N, et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2019;36:1–21.
34. Batista GF, Nascimento AC de M, Souza B de F, Tomé LSA, Costa MGO, Dantas JMC, et al. Principais fatores que influenciam na adesão do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*. 2022;11(1): e26311124760.
35. Dias EG, Souza ELS, Mishima SM. Contribuições da Enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial: uma revisão integrativa da literatura brasileira. *Rev Epidemiol Control Infect*. 2016; 6(3):138-44
36. Oliveira JRA, Filho MAAS, Santos MJMN, Militão TO, Santana ÁG de C. Fatores de risco para baixa adesão ao tratamento farmacológico de hipertensão arterial sistêmica na Atenção Primária à Saúde. *Rev Eletrônica Acervo Saúde/EJCH*. 2021; 13(1):e5514
37. Rocha ML, Borges JW, Soares Martins MF. Adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial entre usuários da estratégia da saúde da família em um município do Piauí. *Rev de APS*. 2017; 20(1).
38. Marin NS, Santos MF dos, Moro A dos S. Perception of hypertensive patients about their non-adherence to the use of medication. *Rev Esc Enferm USP*. 2016; 50(spe):61–7.
39. Moura AA, Godoy SD, Cesarino CB, Mendes IAC. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Eglobal*. 2016;15(3):1.