

PREDITORES DO GRAU DE CONHECIMENTO SOBRE HIPERTENSÃO ARTERIAL EM PACIENTES ATENDIDOS PELO HIPERDIA DE LAGARTO-SE**Predictors knowledge level about hypertension in patients treated by HIPERDIA Lagarto-SE**

Thaynara Santos de OLIVEIRA¹; Fernanda Machado OLIVEIRA¹; Flávia de ALMEIDA²; Ana Carolina JANDOTTI¹; Mirian Ueda YAMAGUCHI³; Edivan Rodrigo de Paula RAMOS^{1*}

¹Departamento de Medicina/Universidade Federal de Sergipe, Lagarto.

²Departamento de Farmácia /Universidade Federal de Sergipe, Lagarto.

³Departamento de Medicina/Centro Universitário de Maringá, Av. Paraná.

*edivanramos@yahoo.com.br

(Recebido 13 de abril de 2016; aceito em 31 de maio de 2016)

Sabendo que o nível de conhecimento de um paciente hipertenso sobre a sua doença influencia o grau de adesão deste paciente à terapia farmacológica, este trabalho determinou os preditores relacionados ao conhecimento de hipertensos sobre a hipertensão arterial. Os dados foram obtidos após entrevista de 228 hipertensos atendidos pelo HIPERDIA de Lagarto-SE. Coletou-se informações sobre variáveis sociodemográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, patológicas e farmacoterapêuticas (questionário estruturado) e sobre o nível de conhecimento dos pacientes em relação à hipertensão (Teste de Batalla). Os resultados foram analisados estatisticamente pelo teste Exato de Fisher e teste do Qui-quadrado ($p < 0,05^*$). A prevalência de adesão a terapia farmacológica foi de 72,4% ($n=165$) e foi significativamente maior entre os hipertensos do gênero feminino ($p=0,002^*$), com faixa etária inferior a 50 anos ($p=0,011^*$) e negros ou pardos ($p=0,001^*$). A maioria dos entrevistados relatou um estilo de vida favorável ao controle da pressão arterial com prática regulares de atividade física, não consumo de álcool e cigarro e restrições dietéticas. Porém, os pacientes que relataram fumar e ingerir bebidas alcólicas apresentaram menor adesão a terapia farmacológica ($p=0,006^*$ e $p=0,0004^*$, respectivamente). Os hipertensos com histórico familiar de doenças cardiovasculares e/ou diabetes foram menos aderentes a terapia ($p=0,037^*$). Os fármacos anti-hipertensivos mais usados foram a losartana e os inibidores da ECA sendo que os pacientes em monoterapia tiveram maior prevalência de não adesão ($p=0,019^*$). Por fim, os pacientes que relataram esquecer de tomar o medicamento ao menos uma vez por semana apresentaram uma prevalência significativamente maior de não adesão a terapia em relação aqueles que não esquecem ($p < 0,0001^*$). Apesar do satisfatório nível de conhecimento dos hipertensos em relação a sua doença, detectou-se que fatores como gênero, faixa etária, raça, consumo de álcool/fumo e uso de um único medicamento foram preditores para menor adesão a terapia farmacológica.

Palavras-chave: teste de Batalla; adesão a terapia; medicamentos anti-hipertensivos.

Hypertensive patients knowledge about their disease influences the compliance of pharmacologic therapy. The aim of this study was determining the predictors related to the patient knowledge about hypertension. Data were obtained after interviewing 228 hypertensive patients from HIPERDIA Lagarto-SE. Collected up information on sociodemographic variables, economic, related to lifestyle, pathological and pharmacotherapeutic (structured questionnaire) and the level of knowledge of patients about hypertension (Batalla Test). The results were statistically analyzed by Fisher's exact test and chi-square test ($p < 0.05^*$). The prevalence of drug therapy adherence was 72.4% ($n=165$) and was significantly higher among hypertensive women ($p=0.002^*$), aged less than 50 years ($p=0.011^*$) and black people ($p=0.001^*$). Most of them reported a favorable lifestyle to controlling blood pressure with regular physical activity, not drinking and not smoking and dietary restrictions. However, patients who reported smoking and consuming alcoholic drinks had lower

adherence to drug therapy ($p=0.006^*$ and $p=0.0004^*$, respectively). Hypertensive patients with a family history of cardiovascular disease and/or diabetes were less adherent to therapy ($p=0.037^*$). The most antihypertensive drugs used were losartan and ACE inhibitors and patients under monotherapy had a higher prevalence of non-adherence ($p=0.019^*$). Finally, patients reported forgetting to take the drug at least once a week had a higher prevalence of non-adherence to therapy, comparing with those who would not forget ($p<0.0001^*$). Despite the satisfactory knowledge about their disease in hypertensive patients, it was found that factors such as gender, age, race, drinking/smoking and use of a single drug were predictors of lower adherence to drug therapy.

Keywords: Batalla test; adherence to therapy; anti hypertensive drug.

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica de natureza multifatorial, caracterizada por elevação sustentada da pressão arterial (PA). Dentre as principais causas da HAS destacam-se fatores como a genética, raça, gênero, idade avançada, sedentarismo, tabagismo, diabetes mellitus e obesidade (Weber et al., 2014). Em países em desenvolvimento, a HAS acomete 37,8% dos homens e 32,1% das mulheres com idade entre 45 e 69 anos. No Brasil, tem sido demonstrado que entre 22% e 44% dos adultos com a mesma faixa etária são hipertensos. Contudo, a prevalência de HAS é superior a 50% em pacientes com idade acima de 70 anos (Brasil, 2013; SBC, 2010). Em 2013, a Pesquisa Nacional em Saúde estimou que aproximadamente 31,3 milhões de brasileiros são hipertensos (IBGE, 2013).

Apesar da alta prevalência, a disponibilidade de grupos de medicamentos disponíveis para o tratamento da HAS é grande. Atualmente, os grupos disponíveis atuam no sistema renina angiotensina aldosterona (inibidores da enzima conversora de angiotensina, inibidores de renina e bloqueadores dos receptores de angiotensina II), bloqueadores de canais de cálcio (diidropiridínicos e não diidropiridínicos), diuréticos, betabloqueadores e outros vasodilatadores (de ação central e local). De modo geral, estes fármacos em associação ou isoladamente, apresentam boa eficácia no controle da PA e os principais efeitos adversos são a hipotensão, sedação, alterações no equilíbrio hidroeletrólítico, alterações da libido em homens, cefaléia, entre outros (Weber et al., 2014).

Embora seja uma doença facilmente controlada por medicamentos e mudanças no estilo de vida, a adesão a terapia anti-hipertensiva ainda é considerada baixa. Estima-se que no Brasil entre 30 e 40% dos pacientes que iniciam a terapia optam por abandoná-la (Ferreira, 2012). Dentre os motivos para a baixa adesão destacam-se os efeitos adversos induzidos pelos anti-hipertensivos, baixo grau de escolaridade, relação com a equipe médica, baixo nível de conhecimento em relação a doença e ao tratamento, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, idade, entre outros. Entretanto, o fato da HAS ser uma doença silenciosa constitui a principal causa para a baixa adesão a terapia, sobretudo nos primeiros 15 a 20 anos após o diagnóstico (Ferreira, 2012; SBC, 2010).

As principais consequências da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo são complicações como o acidente vascular encefálico, doença arterial coronariana, insuficiência renal, insuficiência

cardíaca congestiva e doença vascular periférica (Weber et al., 2014). A importância de se evitar estas complicações está no fato de que, somente em 2001, a HAS foi responsável direta e indiretamente por mais de 7,6 milhões de mortes em todo o mundo, número que representa entre 13 e 15% do total de óbitos registrados (Kotchen, 2013). As últimas estimativas da Organização Mundial da Saúde apontam para 9,4 milhões de mortes/ano ocasionadas pelas complicações da HAS (WHO, 2013).

Como pode ser observado, além de um diagnóstico precoce e da instituição de uma terapêutica adequada, a adesão a terapia anti-hipertensiva tem um papel importante para se evitar as complicações da HAS. Neste sentido, a criação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA), em 2001, representou um grande avanço na assistência ao paciente hipertenso e diabético, pois trata-se de um programa que tem por finalidade o acompanhamento destes pacientes visando aumentar seu vínculo com os serviços de saúde (Filha, Nogueira & Viana, 2011).

Embora o monitoramento da adesão de um paciente a terapia farmacológica anti-hipertensiva possa ser realizado de diversas formas, o uso de questionários ou escalas validadas tem interesse especial em estudos epidemiológicos por serem de fácil aplicação, fácil interpretação e baixo custo. Uma das escalas utilizadas para determinação da adesão a terapia anti-hipertensiva é o Teste de Batalla (TB) que correlaciona o nível de adesão do paciente com seu conhecimento sobre a doença (Perez-Escamilla, Franco-Trigo, Moullin, Martínez-Martínez & García-Corpas, 2015).

Considerando que o conhecimento do paciente hipertenso sobre sua doença e tratamento representa um importante fator para a adesão à terapia, este estudo entrevistou hipertensos atendidos pelo HIPERDIA de Lagarto-SE, visando determinar o nível de conhecimento destes pacientes sobre a HAS, bem como o seu grau de adesão à terapia anti-hipertensiva.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada mediante parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob C.A.A. número 41095615.7.0000.5546.

O trabalho foi construído a partir da coleta de dados de 228 pacientes hipertensos cadastrados no grupo HIPERDIA de Lagarto-SE. Este número representa aproximadamente 7% do total de pacientes cadastrados no SISHIPERDIA do município. A participação dos sujeitos se deu por adesão voluntária e os dados foram obtidos nas quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Lagarto-SE durante o primeiro semestre de 2015.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos: um questionário estruturado para coleta de variáveis sócio-demográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, patológicas e terapêuticas e o TB, utilizado para determinar o grau de adesão dos pacientes a terapia

farmacológica. A estratificação social seguiu os critérios estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE, 2013).

O TB, desenvolvido originalmente para verificar o conhecimento dos pacientes sobre a HAS, foi validado como um preditor da adesão ao tratamento anti-hipertensivo sendo considerado um teste com alta sensibilidade (Gil et al., 1993). Esta escala é composta por três perguntas: 1 - “a HAS é uma doença para toda vida? 2 - pode-se controlar a PA com dieta e/ou medicação? 3 - cite dois ou mais órgãos que podem sofrer lesões pela PA alta”. O paciente é classificado como aderente quando todas as respostas estão corretas. No caso da última resposta, é necessário citar no mínimo dois órgãos afetados pelo aumento da PA, considerando-se apenas os órgãos alvo (coração, cérebro, rins, vasos e olhos) como respostas corretas (Calixto, Almeida, Rodrigues, Souza & Santos, 2013).

Os resultados foram descritos de forma quantitativa como frequência absoluta e percentual dos pacientes hipertensos classificados como aderentes e não aderentes em função das variáveis sócio-demográficas, econômicas, relacionadas ao estilo de vida, patológicas e farmacoterapêuticas. O teste Exato de Fisher e o Teste do Qui-quadrado foram utilizados para avaliar se as variáveis influenciaram significativamente a prevalência de distribuição dos pacientes nos grupos aderentes e não aderentes. Foi adotado como nível de significância, valores de p inferiores a 0,05*. As análises estatísticas foram feitas com auxílio do programa GraphPad Prima 5.0.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prevalência de adesão à terapia anti-hipertensiva, de acordo com o TB, foi de 72,4% ($n=165$) sendo que a amostra estudada se caracteriza por sujeitos predominantemente do gênero feminino, autodeclarados brancos, com baixo grau de escolaridade, pertencentes a classe social E e com faixa etária entre 50 e 70 anos (Tabela 01). Variáveis como religião (católicos $n=167$ ou 73,2%), tipo de moradia (moradia própria, $n=141$ ou 61,8%) e número de pessoas na residência (04 ou mais pessoas, $n=135$ ou 59,2%) também foram investigados (não mostrado). A prevalência de não adesão a terapia se mostrou significativamente maior nos hipertensos do gênero masculino ($p=0,002^*$), com mais de 70 anos ($p=0,011^*$) e autodeclarados brancos ($p=0,001^*$) (Tabela 01).

A adesão de um paciente a terapia farmacológica consiste em seguir o tratamento exatamente da forma como ele foi proposto pela equipe de saúde e reflete a coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente (Santos et al., 2013; SBC, 2010). Segundo Obreli-Neto e colaboradores (2012), o monitoramento de pacientes hipertensos em relação a adesão a terapia medicamentosa pode ser feito por métodos diretos (dosagem do fármaco e/ou metabólitos em fluidos biológicos, adição de um marcador biológico e observação direta do paciente) e/ou por métodos indiretos (entrevista do paciente, observação de seu diário, contagem manual de comprimidos, registro da retirada dos medicamentos na farmácia e questionários estruturados).

Outras formas de monitoramento da adesão a terapia também têm sido utilizadas em estudos epidemiológicos e ambulatoriais como é o caso da medida ambulatorial da PA durante 24 horas (Grezzana, Stein & Pellanda, 2012). Vale ressaltar que os métodos diretos, embora mais precisos, são caros tornando sua aplicação em estudos epidemiológicos inviável.

Quando se deseja avaliar a adesão a terapia farmacológica anti-hipertensiva por meio de questionários estruturados, os testes de Morisky-Green e Haynes-Sacketts são os mais usados em inquéritos epidemiológicos por apresentarem maior especificidade em relação aos outros testes. Entretanto, quando se deseja avaliar a adesão à terapia com base no conhecimento do paciente em relação à HAS, o TB se torna interessante por apresentar maior sensibilidade (Perez-Escamilla, Franco-Trigo, Moullin, Martínez-Martínez & García-Corpas, 2015).

No Brasil, a quantidade de estudos que avaliam a adesão de hipertensos a terapia farmacológica e não farmacológica vem crescendo. O que se observa nestes trabalhos é uma baixa adesão a terapia farmacológica (Bastos-Barbosa et al., 2012; Buendía, 2012; Bem, Neumann & Mengue, 2012; Carvalho, Leopoldino, Silva & Cunha, 2012; Demoner, Ramos & Pereira, 2012; Guirado, Ribeira, Huergo & Borrás, 2011; Leão e Silva et al., 2013; Santos et al., 2010). Nossos resultados apontam para uma situação oposta que se caracteriza por considerável prevalência de adesão a terapia (72,4%). Prevalências de adesão semelhantes (70,6% e 65,7%) foram encontrados por Ungari e Fabro (2010) em Ribeirão Preto-SP e por Grezzana (2013) e colaboradores em Antônio Prado-RS, respectivamente. No que se refere às diferenças de resultados encontrados nos diferentes estudos, é preciso levar em consideração que a identificação da falta de adesão de um paciente a terapia anti-hipertensiva é uma situação difícil, sendo mais difícil ainda a quantificação dessa adesão. Em função disso, a maioria dos trabalhos nesta área não podem ser comparáveis. Também é muito provável que a variabilidade dos resultados entre os diferentes estudos decorra de diferenças nos perfis de população estudada e no tipo de instrumento utilizado para mensurar a adesão.

Embora Pucci e colaboradores (2012) não tenham encontrado diferenças de conhecimento sobre a HAS entre pacientes hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento, uma das estratégias reconhecidas para melhorar o nível de adesão de um hipertenso a sua terapia farmacológica é a implementação de medidas educacionais que visem aumentar seu conhecimento sobre a doença (Santos et al., 2013). No entanto, as estratégias de programas de educação em saúde devem ser elaboradas considerando alguns aspectos como o grau de escolaridade o nível sócioeconômico dos pacientes, uma vez que o baixo grau de escolaridade e a baixa classe sócioeconômica têm sido associados a baixa adesão à terapia (Giroto, Andrade, Cabreilla & Matsuo, 2013; SBC, 2010). Vale ressaltar, contudo, que os resultados apresentados neste trabalho não mostraram associação entre estas variáveis e a maior ou menor prevalência de adesão.

Em relação ao gênero, muitos relatos não apontam para uma diferença de adesão à terapia entre homens e mulheres (Demoner, Ramos & Pereira, 2012; Carvalho, Leopoldino, Silva & Cunha, 2012; Giroto, Andrade, Cabreilla, Matsuo, 2013). Porém, um maior comprometimento com o tratamento em hipertensos do gênero masculino foi observado por Ungari e colaboradores (2010). Por outro lado, também tem sido relatada maior prevalência de adesão a terapia anti-hipertensiva em mulheres (Lima, Meiners & Soler, 2010; Andrade, Costa, Valente & César, 2011); Alves & Calixto, 2012; Oshiro, Castro & Cymrot, 2010; Passos, Assis & Barreto, 2006; Reach, Guedes, Meynier, Darné & Herpin, 2015). Neste contexto e considerando que mais de dois terços da amostra estudada em Lagarto-SE é representada por mulheres e que a coleta de dados foi realizada nas UBS, o que indica uma busca ativa do paciente pelo tratamento, é possível admitir uma maior preocupação das mulheres hipertensas com sua saúde em relação aos homens. Entretanto, não se pode descartar que a ocupação do paciente também possa ter influenciado a maior busca das mulheres pelo serviço de saúde, uma vez que a maioria dos hipertensos que declararam trabalhar fora de casa pertence ao gênero masculino (dados não mostrados).

Tabela 01: Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes aderentes e não aderentes a terapia farmacológica em função das variáveis sócio-demográficas e econômicas.

VARIÁVEIS	ADERENTES n (%)	NÃO ADERENTES n (%)	TOTAL	VALOR DE p
GENERO				
Masculino	37 (56,9%)	28 (43,1%)	65	
Feminino	128 (78,5%)	35 (21,5%)	163	0,002*
TOTAL	165	63	228	
GRAU DE ESCOLARIDADE				
Analfabeto	17 (60,1%)	11 (39,9%)	28	
Alfabetizado	25 (75,8%)	08 (24,2%)	33	
Ensino Fundamental Incompleto	100 (75,2%)	33 (24,8%)	133	0,392
Ensino Fundamental Completo	23 (67,6%)	11 (32,4%)	34	
TOTAL	165	63	228	
FAIXA ETÁRIA				
Até 40 anos	17 (89,5%)	02 (10,5%)	19	
41 – 50 anos	32 (91,4%)	03 (08,6%)	35	
51 – 60 anos	57 (66,3%)	29 (33,7%)	86	
61 – 70 anos	39 (70,9%)	16 (29,1%)	55	0,011*
Acima de 70 anos	20 (60,6%)	13 (39,4%)	33	
TOTAL	165	63	228	
RAÇA				
Branca	61 (59,8%)	41 (40,2%)	102	
Negra	46 (82,1%)	10 (17,9%)	56	
Parda	58 (96,7%)	12 (3,3%)	60	0,001**
TOTAL	165	63	228	
ESTADO CIVIL				
Casado/união estável	124 (75,2 %)	41 (24,8%)	165	
Solteiro/divorciado/viúvo	41 (65,1%)	22 (34,9%)	63	0,139
TOTAL	165	63	228	

OCUPAÇÃO			
Autônomo/sem carteira assinada	58 (72,5%)	22 (27,5%)	80
Desempregado	20 (58,8%)	14 (41,2%)	34
Aposentado/pensionista/bolsa família	87 (76,3%)	27 (23,7%)	114
TOTAL	165	63	228
CLASSE SOCIAL			
C1/C2	06 (75,0%)	02 (25,0%)	08
D	70 (64,8%)	38 (35,2%)	108
E	89 (79,5%)	23 (20,5%)	112
TOTAL	165	63	228

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

A ausência de relação entre a faixa etária e a taxa de adesão (Eid, Nogueira, Veiga, Cesarino, Alves, 2015; Barreto; Cremones, Janeiro, Matsuda & Marcon 2015; Pucci, Pereira, Vinholes, Pucci & Campos, 2012; Gilsogmano et al., 2010; Lima, Meiners & Soler; 2010; Carvalho, Leopoldino, Silva E Cunha, 2010) ou a maior adesão ao tratamento por parte de pacientes com mais idade (Demoner, Ramos & Pereira, 2012; Giroto, Andrade, Cabreilla & Matsuo, 2013) são os resultados mais encontrados em vários estudos. O maior comprometimento dos hipertensos com mais de 60 anos com o tratamento da HAS, muitas vezes, está relacionado com o fato destes pacientes já apresentarem outras co-morbidades decorrentes da HAS. Nestes casos, há, por parte do paciente, maior preocupação com o aparecimento de novas complicações. Por outro lado, os hipertensos com faixa etária superior a 70 anos podem ter sua adesão a terapia comprometida por diversos fatores como déficits de memória, morar sozinho, menor grau de escolaridade, maior susceptibilidade aos diversos efeitos colaterais que a medicação anti-hipertensiva pode apresentar e o fato da HAS, na maioria das vezes, ser assintomática. Estes fatores podem ter contribuído para a menor adesão a terapia anti-hipertensiva observada, em nosso trabalho, nesta faixa etária.

Ainda em relação às variáveis sócio-demográficas, é conhecido que a HAS é uma doença com maior prevalência em negros em função de fatores genéticos, culturais e sócioeconômicos (Weber et al., 2014; SBC, 2010). Apesar disso, a influência da etnia sobre o grau de adesão à terapia anti-hipertensiva tem sido pouco investigada. Os resultados apresentados aqui mostraram uma prevalência de adesão significativamente maior em pacientes negros e pardos em relação aos hipertensos autodeclarados brancos. Resultados semelhantes também foram observados por Barreto e colaboradores (2015) em Maringá-PR. Diferentemente, Santa-Helena e colaboradores (2010) observaram menor adesão ao tratamento entre os negros em Blumenau-SC. Embora Lagarto-SE apresente uma população com maior número de afrodescendentes em relação à Maringá-PR e à Blumenau-SC, isto não deve ser considerado como um fator para justificar a diferença de resultados, já que as duas cidades do Sul apresentam taxas de adesão diferentes, porém com populações etnicamente semelhantes.

A terapia não farmacológica da HAS compreende um estilo de vida caracterizado por prática regular de atividades físicas, não consumir bebidas alcólicas, não fumar e fazer restrição dietética de sal, gorduras e açúcar (Weber et al., 2014; SBC, 2010). Hipertensos que apresentam um bom conhecimento sobre a doença tendem a ter um estilo de vida favorável ao controle da PA (Santos, Oliveira, Arraes, Medeiros & Novaes, 2013). Isto foi demonstrado neste trabalho, uma vez que a maioria dos pacientes apresentaram considerável conhecimento da HAS e, ao mesmo tempo, um estilo de vida saudável (Tabela 02). Todavia, os pacientes que não fumam ($p < 0,006^*$) e que não ingerem álcool ($p = 0,0004^*$) tiveram uma prevalência significativamente maior de não adesão a terapia farmacológica (Tabela 02). Estes dados sugerem que os hipertensos que não fumam ou consomem bebidas alcólicas consideram estas medidas suficientes para o adequado controle da PA.

Tabela 02: Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes aderentes e não aderentes a terapia farmacológica em função das variáveis relacionadas ao estilo de vida.

VARIÁVEIS	ADERENTES n (%)	NÃO ADERENTES n (%)	TOTAL	VALOR DE p
CONSUMO DE ÁLCOOL				
Não	105 (66,8%)	52 (33,2%)	157	0,006*
Sim	60 (84,5%)	11 (15,5%)	71	
TOTAL	165	63	228	
TABAGISMO				
Não	134 (68,4%)	62 (31,6%)	196	0,0004*
Sim	31 (96,8%)	01 (3,2%)	32	
TOTAL	165	63	228	
PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS				
Não	74 (71,2%)	30 (28,8%)	104	0,767
Sim	91 (73,4%)	33 (26,6%)	124	
TOTAL	165	63	228	
RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE SAL				
Sim	149 (73,0%)	55 (27,0%)	204	0,481
Não	16 (66,7%)	08 (33,3%)	24	
TOTAL	165	63	228	
RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE AÇÚCAR				
Sim	115 (77,2%)	44 (22,8%)	149	1,000
Não	50 (72,5%)	19 (27,5%)	69	
TOTAL	165	63	228	
RESTRIÇÃO DIETÉTICA DE GORDURA				
Sim	127 (73,0%)	47 (27,0%)	174	0,729
Não	38 (70,4%)	16 (29,6%)	54	
TOTAL	165	63	228	

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

A influência do sedentarismo, do alcoolismo e do tabagismo sobre a adesão de pacientes a terapia farmacológica também foi avaliada em outros estudos. Diferentemente dos nossos resultados, a maioria dos trabalhos demonstram que os hipertensos que não ingerem bebidas alcólicas apresentam maior adesão a terapia farmacológica (Peixoto et al., 2010; Monteiro,

Moreira, Albuquerque, Silva & Passamani, 2010; Reiners, Seabra, Azevedo, Sodré & Duarte, 2010; Bastos-Barbosa, Ferrioli, Morguti, Nogueira & Nobre, 2012; Carvalho, Leopoldino & Silva, 2012; Giroto, Andrade, Cabriella & Matsuo, 2013). Contudo, a ausência de relação entre o tabagismo, sedentarismo e o consumo de bebidas alcólicas e a adesão a terapia farmacológica também tem sido relatados (Demoner, Ramos & Pereira, 2012; Giroto, Andrade, Cabriella & Matsuo, 2013; Ungari & Fabbro, 2010).

A maior parte dos entrevistados neste trabalho se apresentava com sobrepeso ou obesidade. O histórico pessoal de outras doenças crônicas (DC), em especial o diabetes melito e outras doenças cardiovasculares (não mostrado), foi relatada por 41,7% (n=95), porém sem relação significativa com a prevalência de adesão a terapia medicamentosa. Por outro lado, pacientes com histórico familiar de DC se mostraram menos aderentes ao tratamento medicamentoso (p=0,037*). O tempo de diagnóstico da HAS, a frequência de consultas médicas e a autopercepção de saúde não mostraram correlação significativa com a maior prevalência de adesão a terapia (Tabela 03).

Tabela 03: Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes aderentes e não aderentes a terapia farmacológica em função das variáveis patológicas.

VARIÁVEIS	ADERENTES n (%)	NÃO ADERENTES n (%)	TOTAL	VALOR DE p
ÍNDICE DE MASSA CORPORAL				
IMC até 24,9	14 (87,5%)	02 (12,5%)	16	0,347
IMC 25 – 29,9	52 (70,3%)	22 (29,7%)	74	
IMC maior que 30	40 (70,2%)	17 (29,8%)	57	
TOTAL	106	41	147[#]	
HISTÓRICO PESSOAL DE DC				
Não	100 (75,2%)	33 (24,8%)	133	0,294
Sim	65 (68,4%)	30 (31,6%)	95	
TOTAL	165	63	228	
HISTÓRICO FAMILIAR DE DCV OU DIABETES				
Não	95 (78,5%)	26 (21,5%)	121	0,037*
Sim	70 (65,4%)	37 (34,6%)	107	
TOTAL	165	63	228	
TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE HAS				
Menos de 01 ano;	10 (100%)	00 (0,0%)	10	0,104
Entre 01 e 05 anos;	75 (68,3 %)	27 (31,7%)	102	
Superior a 05 anos.	80 (69,0%)	36 (31,0%)	116	
TOTAL	165	63	228	
FREQUÊNCIA DE CONSULTAS MÉDICAS				
Mensal	21 (75,0%)	07 (25,0%)	28	0,075
Trimestral	97 (68,3 %)	45 (31,7%)	142	
Semestral	42 (85,7%)	07 (14,3%)	49	
Uma ou menos consulta/ano	05 (55,6%)	04 (44,4%)	09	
TOTAL	165	63	228	
AUTOPERCEPÇÃO DE SAÚDE				
Ótima	10 (55,6%)	08 (44,4%)	18	0,192
Muito boa	09 (64,3%)	05 (35,7%)	14	
Boa	41 (78,8%)	11 (21,2%)	52	

Razoável	77 (70,0%)	33 (30,0%)	110
Fraca	28 (82,4%)	06 (17,6%)	34
TOTAL	165	63	228

#Oitenta e um pacientes não relataram peso ou altura;

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

Como já é conhecido, pacientes com sobrepeso e/ou obesidade tem maior prevalência de HAS em relação aos pacientes com valores normais do Índice de Massa Corporal (IMC). Em razão disso, uma das medidas não farmacológicas importantes no tratamento da HAS é a perda de peso (Weber et al., 2014; SBC, 2010). A grande maioria dos hipertensos avaliados neste trabalho se apresentava com peso corporal acima do ideal. Embora resultados semelhantes aos nossos tenham sido relatados (Grezzana, Stein, Pellanda, 2012; Demoner, Ramos & Pereira, 2012), há poucos dados referentes ao IMC nos estudos epidemiológicos de avaliação da adesão à terapia anti-hipertensiva. Mesmo sabendo que a obesidade tem origem multifatorial e que seu tratamento demanda um grande esforço do paciente e da equipe de saúde, o controle do peso corporal deve estar como uma das principais metas na terapia anti-hipertensiva, uma vez que o sobrepeso, a obesidade e valores de circunferência superiores a 102 cm em homens e 88 cm em mulheres estão diretamente relacionados com o surgimento de diabetes e dislipidemias, condições patológicas que agravam as consequências da HAS (Weber et al., 2014).

O histórico familiar de HAS sugere experiência por parte dos familiares do paciente hipertenso em relação aos cuidados com a HAS e/ou outras doenças cardiovasculares. Esta experiência tem sido considerada um importante fator para aumentar a adesão do paciente a terapia anti-hipertensiva (Saraiva, Santos, Landim & Teixeira, 2007). Apesar disso, os resultados apresentados neste trabalho mostram uma situação oposta em que os pacientes com histórico familiar de HAS e/ou outras doenças cardiovasculares apresentaram menor adesão à terapia medicamentosa.

Por fim, foi encontrado que os fármacos mais usados pelos entrevistados foi a losartana, seguido dos inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) (50% e 18,3%, respectivamente) (Tabela 04). Embora não tenha sido demonstrado relação entre a classe de anti-hipertensivo e a maior ou menor prevalência de adesão à terapia, é importante salientar que o uso dos bloqueadores dos receptores de angiotensina II, como a losartana, necessita de alto comprometimento do paciente em relação aos horários de tomada do medicamento. Isto se deve ao fato dos BRA não reduzirem a formação de angiotensina II como ocorre com os IECAS. Ao contrário, o uso desta classe de medicamentos implica em elevação dos níveis séricos de angiotensina II (Hilal-Dandan, 2012). A falha na administração do medicamento poderá desencadear elevação considerável da PA em função das altas concentrações de angiotensina II circulantes no sangue.

A prevalência de adesão a terapia medicamentosa foi significativamente maior nos hipertensos em monoterapia ($p=0,019^*$). O uso de outros medicamentos foi relatado pela maioria dos entrevistados sendo antidiabéticos e as drogas que reduzem a secreção de ácido clorídrico os mais utilizados ($n=73$ ou 50% e $n=25$ ou 17,1%, respectivamente) (Tabela 03). Por se tratar de uma amostra de hipertensos que frequenta o grupo HIPERDIA, já era esperado que o uso de antidiabéticos fosse encontrado em um número considerável de pacientes. Entretanto, é importante destacar que a ranitidina e o omeprazol, segundo grupo de fármacos mais utilizados, são conhecidos por inibir frações do sistema microsomal CYP450 e, portanto, capaz de inibir o metabolismo de um grande número de medicamentos, como os bloqueadores de canais de cálcio (nifedipino e verapamil) e betabloqueadores (propranolol e metoprolol), por exemplo (Wallace & Sharkey, 2012). A inibição do metabolismo de drogas anti-hipertensivas pode resultar em aumento na incidência de efeitos colaterais e, conseqüentemente, abandono da terapia medicamentosa. Por isso, os profissionais de saúde precisam estar atentos às possíveis interações medicamentosas em pacientes usuários de medicamentos para o controle da PA.

Tabela 04: Frequência de distribuição absoluta e percentual dos pacientes aderentes e não aderentes a terapia farmacológica em função das variáveis farmacoterapêuticas.

VARIÁVEIS	ADERENTES n (%)	NÃO ADERENTES n (%)	TOTAL	VALOR DE p
ANTI-HIPERTENSIVO USADO				
Anlodipino/nifedipino	10 (100%)	00(0%)	10	
Atenolol/propranolol	21 (87,5%)	03 (12,5%)	24	
Captopril/enalapril/ramipril	41 (77,4%)	12 (22,6%)	53	
Furosemida	13 (76,5%)	04 (33,5%)	17	0,194
Hidroclorotiazida	28 (82,4%)	06 (17,6%)	34	
Losartana	102 (70,3%)	43 (29,7%)	145	
Espironolactona	06 (85,7%)	01 (14,3%)	07	
TOTAL	221	69	290	
NÚMERO DE ANTI-HIPERTENSIVOS USADOS				
1 Medicamento	110 (67,5%)	53 (32,5%)	163	
2 Medicamentos	54 (87,1%)	09 (12,9%)	62	0,019**
3 Medicamentos	01 (100%)	00 (0%)	01	
TOTAL	165	62	227	
USO DE OUTROS MEDICAMENTOS				
Não	60 (73,2%)	22 (26,8%)	82	
Sim	105 (71,9%)	41 (28,1%)	146	0,878
TOTAL	165	63	228	
OUTROS FÁRMACOS UTILIZADOS				
Metformina/glibenclamida/insulina	45 (61,6%)	28 (38,4%)	73	
Omeprazol/ranitidina	17 (68,0%)	08 (32,0%)	25	
Sinvastatina	19 (95,0%)	01 (5,0%)	20	
AINES	14 (70,0%)	06 (30,0%)	20	0,080
Diazepam/clonazepam/ Carbamazepina	06 (75,0%)	02 (25,0%)	08	
TOTAL	101	45	146	
DÚVIDA SOBRE O MEDICAMENTO				
Médico	153 (72,9%)	57 (27,1%)	210	0,627

Enfermeiro	08 (61,5%)	05 (38,5%)	13	
Farmacêutico	04 (80,0%)	01 (20,0%)	05	
TOTAL	165	63	228	
ESQUECE DE TOMAR O MEDICAMENTO				
Não	27 (57,4%)	20 (42,6%)	47	
Sim – todos os dias	19 (95,0%)	01 (5,0%)	20	<0,0001**
Sim – duas vezes por semana	109 (80,7%)	26 (19,3%)	135	
Sim – esporadicamente.	10 (38,5%)	16 (61,5%)	26	
TOTAL	165	63	228	

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

A grande maioria dos entrevistados ($n=210$ ou 92,1%) relatou esclarecer suas dúvidas em relação ao medicamento com os médicos (Tabela 04). Ao mesmo tempo que este resultado sugere uma relação de confiança entre o médico e paciente, também é possível admitir que há pouca atuação dos outros profissionais de saúde (em especial enfermeiros e farmacêuticos) na orientação dos hipertensos quanto ao uso correto dos medicamentos. Embora os motivos que justifiquem essa baixa inserção de enfermeiros e farmacêuticos na assistência ao paciente atendido pelo HIPERDIA de Lagarto-SE não tenham sido investigados, não se pode descartar que o número reduzido de profissionais (em especial o farmacêutico) nas UBS, sobrecarga de atividades, a falta de percepção do paciente em resolver seus problemas de saúde com outros profissionais e a ausência de um programa de capacitação continuada destes profissionais possam estar associados aos resultados encontrados. Sendo assim e considerando que enfermeiros e farmacêuticos tem um contato maior com o paciente em relação ao médico, estes profissionais poderiam exercer um papel mais atuante na assistência aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos do HIPERDIA e, dessa forma, contribuiriam de forma mais efetiva para a maior adesão do paciente a terapia anti-hipertensiva.

Por fim, observou-se que a prevalência de pacientes hipertensos aderentes a terapia foi significativamente maior naqueles que não esquecem ou raramente esquecem de consumir os fármacos ($p < 0,0001^*$) (Tabela 04). Este comprometimento com o uso diário dos medicamentos pode ser decorrente do considerável nível de conhecimento sobre a HAS apresentado pelos pacientes que participaram deste estudo.

4. CONCLUSÕES

De modo geral, os resultados deste trabalho mostram um considerável nível de conhecimento dos hipertensos do HIPERDIA de Lagarto-SE sobre a HAS. Como preditores da boa adesão ao tratamento encontrou-se o gênero feminino, pacientes com menos de 50 anos, negros e/ou pardos, que fumam ou consomem bebidas alcólicas, sem histórico familiar de doenças cardiovasculares e que usam dois ou mais medicamentos anti-hipertensivos. Considerando que o nível de conhecimento do hipertenso sobre sua doença é um importante fator para sua adesão a terapia anti-hipertensiva, a implementação e execução de programas de educação em saúde

continuada, tanto para os pacientes quanto para os profissionais de saúde que assistem estes pacientes, consiste em uma importante ferramenta para o HIPERDIA. Este trabalho mostra que hipertensos do gênero masculino, com maior faixa etária e com tempo de diagnóstico de HAS inferior a um ano, por exemplo, devem ter atenção especial destes programas, uma vez que estes pacientes tiveram menor prevalência de adesão a terapia anti-hipertensiva.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, B.A. & Calixto, A.A.T.F (2012). Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst*, 30(3): 235-260.

Andrade, D.M., Costa, D.M., Valente, G.S., César, R.F. (2011). Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica: um enfoque nas relações de gênero. *Rev enferm. UFPE on line*, 5(10):2359-67.

Bastos-Barbosa, R.G., Ferriolli, E., Moriguti, J.C., Nogueira, C.B., Nobre, F., Ueta, J., Lima, N.K.C. (2012). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*, 99(1):636-641

Bem, A.J., Neumann, C.R. & Mengue, S.S. (2012) Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Rev Saúde Pública* 2012;46(2):279-89.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Acessado em 15 de novembro de 2014 http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf.

Buendía, J.A. (2012) Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación anti-hipertensiva. *Biomédica*, 32:578-84.

Calixto, L.S., Almeida, A.I.M., Rodrigues, R.G.A., Sousa, C.P.M., Santos, C.S. & Alencar, F.P. (2013). *Teste de Batalla: Avaliação do conhecimento de pacientes com diagnóstico de enfermagem falta de Adesão sobre a hipertensão*. Acessado em 20 de junho de 2015 em http://fac.org.ar/8cvc/llave/tl115_calixto/tl115_calixto.php.

Carvalho, A. L. M., Leopoldino, R.W.D., Silva, J.E.G. & Cunha, C.P. (2012). Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(7):1885-1892

Crezzana, G.B., Stein, A.T. & Pellanda, L.C. (2012). Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial por Meio da Monitoração Ambulatorial de 24 Horas. *Sociedade Brasileira de Cardiologia*, p. 1-7.

Demoner, M.S., Ramos, E.D.P., & Pereira, E.R. (2012). Factors associated with adherence to antihypertensive treatment in a primary care unit. *Acta Paul. Enferm*, 25 (1): 27-34.

Eid, L.P., Nogueira, M.S., Veiga, E.V., Cesarino, E.J. & Alves, L.M.M. (2013). Adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelo teste de Morisky-Green. *Rev Eletr de Enf.*, abr/jun;15(2):362-7.

Ferreira, G. S. (2012). *O perfil do paciente atendido por um programa de controle de hipertensão em uma unidade básica de saúde de um município do Rio Grande do Sul* [Projeto de pesquisa]. Porto Alegre (RS). Acessado em 05 de janeiro de 2015 em <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/6818/1/Graziele%20da%20Silva%20Ferreira%5B1%5D.pdf>.

- Filha, F.S.J.C., Nogueira, L.T. & Viana, L.M.M. (2011) Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela estratégia saúde da família. *Rev Rene*, 12(n. esp.):930-6.
- Gil, V.F., Belda, J., Muñoz, C., Martínez, J.L., Soriano, J.E., & Merino, J. (1993). Vality of four indirect methods which evaluate therapeutic compliance for hypertension. *Rev Clin Esp*. Nov;193(7):363-7.
- Gilsogamo, C., Oliveira, J., Teixeira, J., Grossi, L., Moreira, M. & Diniz, L. (2012). Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. *Rev Bras Med Fam e Com*, 4(15): 179-188.
- Giroto, E., Andrade, S.M., Cabrera & M.A.S., Matsuo, T. (2013). Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *Ciênc. saúde coletiva*, 18(6): 1763-1772.
- Grezzana, G.B., Stein, A.T. & Pellanda, L.C. (2013). Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial por meio da monitoração ambulatorial de 24 horas. *Bras. Cardiol* 100(4):335-361.
- Guirado, E.A., Ribeira, E.P., Huergo, V.P. & Borrás, J.M. (2011). Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*, 25(1):62-67.
- Hilal-Dandan, R. (2012) Renina e angiotensina. In: Goodman & Gildman, A. *As bases farmacológicas da terapêutica* (721-743). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- IBGE.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013). *Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas (Brasil, grandes regiões e unidades da federação)*. Acessado em em 01 de setembro de 2015 em <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>.
- Kotcher, T. A. (2014) Doença vascular hipertensiva. In: *Medicina Interna de Harrison* (p. 2042-259), vol 2 - 18 ed. Porto Alegre: AMGH.
- Leão e Silva, L.O., Dias, C.A., Rodrigues, S.M., Soares, M.M., Oliveira, M.A. & Machado, C.J. (2013). Hipertensão Arterial Sistêmica: Representações Sociais de idosos sobre a doença e seu tratamento. *Cad. saúde colet.*,21(2):121-128.
- Lima, A.S., Gaia, E.S.M. & Ferreira, M.A. (2012). A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 30-29
- Lima, T.M., Meiners, M.M.M.A. & Soler, O. (2010). 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*, 1(2): 113-120.
- Monteiro, C.F., Fé, L.C., Moreira, M.A., Albuquerque, I.E., Silva, M.G. & Passamani, M.C.(2011). Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. *Esc Anna Nery*, jan-mar; 15 (1):90-95.
- Obreli-Neto, P. R, Baldoni, A.O., Guidoni, C.M., Bergamini, D., Hernandez, K. O. & Luz, R.T. (2012). Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia. *Rev. Bras. Farm.*, 93(4): 403-410.
- Organización Mundial De La Salud (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013*. Acessado em 13 de maio de 2015 em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1%20http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/ncd/risk_factors/blood_pressure_prevalence/atlas.html.
- Oshiro, M.L.; Castro, L.L.C. & Cymrot, R. (2010). Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.*, 31(1):95-100.

- Passos, V.M., Assis, T.D. & Barreto, S.M. (2006). Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(1) : 35 – 45.
- Peixoto, C., Prado, C.H., Rodrigues, C.P., Cheda, J.N., Mota, L.B. & Veras, A.B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatr.*, 59(4):317-321.
- Perez-Escamilla, B., Franco-Trigo, L., Moullin, J.C., Martínez-Martínez, F. & García-Corpas, J.P. (2015) Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*, Apr 13(9):569-78.
- Reach, G., Guedj-Meynier, D., Darné, B., Herpin, D. (2015). Factors associated with medication non-adherence in uncontrolled hypertensive males and females: ODACE study. Acessado em 02 de dezembro de 2015. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. Jun, 64(3):222-6.
- Reiners, A.A.O., Seabra, F.M.F., Azevedo, R.C.S., Sudré, M.R.S. & Duarte, S.J.H. (2012). Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Cienc Cuid Saude*, Jul/Set; 11(3):581-587.
- Santa-Helena, E.T., Nemes, M.I.B. & Neto, J.E. (2010). Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Saúde Pública*, 26(12):2389-2398.
- Santos, B.R.M., Teixeira, J., Gonçalves, D., Gatti, R.M., Yavo, B. & Aragão, C.C.V. (2010). Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy. *Braz. J. Pharm. Sci.*, 46(3):421-430.
- Santos, M.V.R., Oliveira, D.C., Arraes, L.B., Oliveira, D.A.G.C., Medeiros, L. & Novaes, M.A. (2013) Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med. São Paulo*, jan-mar,11(1):55-61.
- Saraiva, K.R., Santos, Z.M., Landim, F.L. & Teixeira, A.C. (2007). Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto Contexto Enferm*, Abr-Jun; 16(2): 263-70.
- SBC; Sociedade Brasileira de Cardiologia/ Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. (2010). *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. São Paulo, vol. 95, nº 1, supl. 1, 51p.. Acessado em 13 de outubro de 2014 em http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.
- Ungari, A.Q. & Fabbro, A.L.D. (2010). Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz. J. Pharm. Sci.* 46(4):811-818.
- Wallace, J.L. & Sharkey, K.A. (2012) Farmacoterapia da acidez gástrica e para o tratamento de úlceras pépticas e da doença do refluxo gastroesofágico. In: Goodman & Gilman, A. *As bases farmacológicas da terapêutica* (1309-1322). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Weber, M.A., Schiffrin, E.L., White, W.B., Mann, S., Linholm, L.H. & Kenerson, J.G (2014). Clinical Practice Guidelines for the Management of Hypertension in the Community A Statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. *ASH/ISH Hypertension Guidelines*.