

# Adesão terapêutica e qualidade de vida de hipertensos assistidos na atenção primária de saúde

**RESUMO** | A hipertensão arterial sistêmica é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. O descontrole, em grande parte, está associado a não adesão ao tratamento. **OBJETIVO:** Associar a adesão ao tratamento medicamento e a qualidade de vida de pacientes hipertensos. **MÉTODO:** Estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família do interior da Paraíba. **RESULTADOS:** Abordaram-se 140 hipertensos, grande parte da amostra apresentou sobrepeso e score de qualidade de vida 12,18. A principal queixa foi cefaleia, com 27,7, onde a maioria está com baixo score de adesão (17,8). Em relação aos fatores de risco modificáveis, a maior parte da amostra é sedentária, com score de adesão baixo de 45,5. Quanto às doenças, o diabetes mellitus é mais frequente, com score baixo de 22,3. **CONCLUSÃO:** Destaca-se a baixa adesão terapêutica, sendo necessária a identificação dos fatores que podem impelir negativamente, para proporcionar uma assistência mais efetiva.

**Palavras-chaves:** hipertensão, adesão a medicação, qualidade de vida.

**ABSTRACT** | Systemic arterial hypertension is the main risk factor for cardiovascular diseases. Lack of control, in large part, is associated with non-adherence to treatment. **OBJECTIVE:** To associate adherence to medication treatment and quality of life of hypertensive patients. **METHOD:** Descriptive, cross-sectional, quantitative study carried out at a Basic Family Health Unit in the interior of Paraíba. **RESULTS:** 140 hypertensive patients were approached, a large part of the sample was overweight and had a quality of life score 12,18. The main complaint was headache, with 27.7, where the majority had low adherence score (17.8). Regarding the modifiable risk factors, most of the sample is sedentary, with a low adherence score of 45.5. As for diseases, diabetes mellitus is more frequent, with a low score of 22.3. **CONCLUSIONS:** Low therapeutic adherence is highlighted, and it is necessary to identify the factors that can negatively influence, to provide a more effective assistance.

**Keywords:** hypertension, medication adherence, quality of life.

**RESUMEN** | La hipertensión arterial sistémica es el principal factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. El descontrol, en gran parte, está asociado a la no adhesión al tratamiento. **OBJETIVO:** Asociar la adhesión al tratamiento medicamento y la calidad de vida de pacientes hipertensos. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo, realizado en una Unidad Básica de Salud de la Familia del interior de Paraíba. **RESULTADOS:** Se abordaron 140 hipertensos, gran parte de la muestra presentó sobrepeso y score de calidad de vida 12,18. La principal queja fue cefalea, con 27,7, donde la mayoría está con bajo score de adhesión (17,8). En cuanto a los factores de riesgo modificables, la mayor parte de la muestra es sedentaria, con una puntuación de adhesión baja de 45,5. En cuanto a las enfermedades, la diabetes mellitus es más frecuente, con una puntuación baja de 22,3. **CONCLUSIONES:** Se destaca la baja adhesión terapéutica, siendo necesaria la identificación de los factores que pueden impulsar negativamente, para proporcionar una asistencia más efectiva.

**Palabras claves:** hipertensión, cumplimiento de la medicación, calidad de vida.

## José Rocha Gouveia Neto

Enfermeiro graduado pela Universidade Federal de Campina Grande. Pós-Graduando em urgência, emergência e UTI pelo Centro Universitário UNIFACISA.

## Kelle Karolina Ariane Ferreira Alves

Enfermeira. Especialista. Mestranda em Saúde Pública. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, Brasil.

## Anna Karla Araújo de Souza

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande.

## Mônica Gusmão Lafrande Alves

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande.

## Marina Saraiva de Araújo Pessoa

Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Campina Grande.

## Taciana da Costa Farias Almeida

Enfermeira. Mestre. Doutoranda em Enfermagem pela UFPB. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Paraíba, Brasil.

## Mailson Marques de Sousa

Enfermeiro. Mestre. Doutorando em Enfermagem. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil.

## Xênia Sheila Barbosa Aguiar Queiroz

Enfermeira. Especialista. Mestranda pela Universidade Federal da Paraíba.

## Flávia Alves Aguiar Siqueira

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Prefeitura Municipal de Campina Grande, Campina Grande, PB, Brasil.

**Recebido em:** 15/11/2018

**Aprovado em:** 28/12/2018

## INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares (DCV), caracterizada por níveis pressóricos de pressão arterial sistólica  $\geq 140$ mmHg e diastólica  $\geq 90$ mmHg, sendo um dos principais desafios da doença o seu controle, que em grande parte está associada a não adesão ao tratamento<sup>1,2</sup>.

Entende-se por adesão a concordância entre o comportamento do indivíduo com a orientação de um profissional de saúde, no que se refere ao uso da medicação, ao seguimento da dieta, mudança no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde<sup>3</sup>.

Os comportamentos saudáveis são essenciais para o controle da hipertensão arterial, porém se tornam um desafio para hipertensos e serviços de saúde. Evidências na literatura apontam que diversos fatores podem dificultar a estabilidade clínica da HAS como: déficit cognitivo, baixa escolaridade, sentimentos de incapacidade, alcoolismo, aspectos socioeconômicos, aceitação da doença, esquecimento, alto-custo das medicações, longa duração e complexidade do tratamento, efeitos adversos das medicações, ausência de sintomas, insuficiência de informação e dificuldades no acesso à medicação e habilidade deficiente dos profissionais para ensinar o uso correto dos medicamentos<sup>4</sup>.

Esses fatores corroboram com a não execução da terapêutica prescrita, favorecendo desse modo, o descontrole dos níveis pressóricos, e com ele o aparecimento de sintomas, comprometendo as atividades de vida diária e consequentemente a qualidade de vida (QV) do indivíduo hipertenso<sup>1</sup>.

A qualidade de vida dos indivíduos hipertensos está fortemente relacionada à forma como a sua pressão arterial está controlada<sup>5</sup>. Com o intuito de quantificar estas características de do-

mínio mental, somáticas e global que interferem diretamente sobre a qualidade de vida do hipertenso, conhece-se o *Mini-Cuestionario de Calidad Vida em Hipertension Arterial* (MINICHAL), instrumento específico para avaliação da QV de indivíduos hipertensos e o mais utilizado na literatura mundial<sup>6</sup>.

## "No cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional para manutenção dos níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente"

Destarte, com base no levantamento apresentado, este estudo parte da seguinte pergunta: como está adesão ao tratamento medicamentoso e qualidade de vida de indivíduos hipertensos assistidos em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde do nordeste brasileiro. E propõe o seguinte objetivo: Associar a adesão ao tratamento medicamentoso e a QV de pacientes hipertensos em uma unidade de atenção primária a saúde do nordeste brasileiro.

## MÉTODO

Tratou-se de um estudo descritivo,

transversal e de abordagem quantitativa. Realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família de um município do interior da Paraíba composta de duas equipes de saúde e responsável por assistir a 6000 mil pessoas cadastradas. Desta população, consta um número de 657 hipertensos cadastrados e assistidos pela unidade.

Participaram do estudo os usuários com diagnóstico de hipertensão basal, selecionados por conveniência, cadastrados e que residiam na área de cobertura da Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que estavam em uso de alguma medicação para controle da pressão arterial há mais de seis meses e que consentiram em participar do estudo. Foram excluídos aqueles que apresentavam hipertensão de causa secundária (hipertensão gestacional).

Os dados foram coletados por meio dos instrumentos validados MINICHAL-BRASIL e *Morisky Medication Adherence Scale* (MMAS-8), e um formulário com dados sociodemográficos e clínicos, com o intuito de caracterizar os hipertensos.

O MINICHAL-Brasil é composto de 17 questões divididas em dois domínios, mental (nove questões) e somático (sete questões), e uma pergunta global abordando a influência da doença na vida do hipertenso. O questionário apresenta respostas graduadas em quatro escalas: zero (não absolutamente), um (sim, um pouco), 2(sim, bastante), e três (sim, muito). Totalizando 27 pontos para o domínio mental, 21 o somático e três pontos para a pergunta global. Quanto mais próximo de zero, melhor e maior a qualidade de vida do indivíduo hipertenso<sup>6-7</sup>.

Assim como existe uma escala que mede a qualidade de vida, conhece-se uma que mensura adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial sistêmica. A escala *Morisky Medication Adherence Scale 8-item* (MMAS-8), escala validada para o Brasil<sup>8-9</sup> e a mais

utilizada em estudos que avaliam adesão ao tratamento farmacológico para a HAS em adultos, é composta de 8 perguntas de caráter dicotômico sim/não, no qual o grau de adesão terapêutica é obtido de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: alta adesão (8 pontos), média adesão (6 a 7 pontos), baixa adesão (<6 pontos).

A coleta de dados foi realizada entre novembro de 2016 a abril de 2017, por acadêmicos de enfermagem em dias de atendimento na unidade e na oportunidade das visitas domiciliares realizadas junto aos agentes comunitários de saúde.

Os instrumentos foram aplicados aos sujeitos pelos pesquisadores individualmente, em ambiente confortável, reservado, por meio de entrevista face a face, com duração média de 15 minutos. Conforme a resolução 466/12, apresentou-se o Termo de consentimento livre esclarecido e solicitou-se que os participantes assinassem o termo, em relação aos analfabetos foi coletado a impressão digital ou a assinatura de um responsável presente durante a entrevista.

Após a coleta, os dados foram submetidos à análise estatística e inferencial utilizando-se os testes estatísticos Correlação de Spearman e Qui-quadrado de Pearson, no programa estatístico SPSS versão 21.0.

A coleta dos dados teve início após

a apreciação ética do projeto e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 38249314.0.0000.5182 e parecer N° 1.313.566.

## RESULTADOS

Foram abordadas 140 pessoas sabidamente hipertensas no período de dezembro de 2016 a abril de 2017. Desses, 28 recusaram a participação no estudo, obtendo-se assim uma amostra de 112 sujeitos.

O tempo médio de diagnóstico de hipertensão foi 11,3 anos e a idade média de 65,4 ( $\pm 12$ ) anos. Quanto ao estado civil, 44 (39,3%) eram casados. Em relação à cor de pele 61 (54,5%) se auto-declararam não branco e 20 (17,9%) afirmaram residir sozinhos. A amostra foi composta em sua maioria por pessoas do sexo feminino 92 (82,1%).

Quanto à escolaridade, 26 (23,2%) eram analfabetos, 66 (58,9%) apresentavam ensino fundamental, 16 (14,3%) ensino médio e quatro (3,6%) ensino superior. Em relação à ocupação, 55 (49,1%) eram aposentados, com renda média familiar 1,3 ( $\pm 0,8$ ) salários mínimos.

Questionados sobre a prática de exercício físico, 33 (29,4%) responderam praticar no mínimo três vezes por semana a caminhada. Vale ressaltar que a amostra tinha uma média de 28,11 ( $\pm 5,1$ ) kg/m<sup>2</sup> de Índice de Massa Corpórea (IMC), classificando-os como sobrepeso.

A tabela 1 apresenta dados de IMC e classificação de hipertensão pressão arterial sistólica e diastólica (PAS e PAD) dos usuários abordados no estudo. Em relação a classificação para hipertensão, utilizou-se sua sigla padrão (HAS) seguido do algarismo romano, indicando o seu estágio de acordo com a diretriz brasileira de hipertensão. Para a classificação de obesidade optou-se por diferenciá-las utilizando a palavra obeso, seguindo do algarismo romano I, II e III.

Ao realizar o cruzamento de IMC com o score de qualidade de vida identificou-se os dados apresentados na Tabela 2.

Ao serem arguidos acerca de queixas (sinais e sintomas) relacionadas à HAS, destacaram-se as apresentadas na Tabela 3, assim como a correlação com o nível de adesão ao tratamento medicamentoso para a HAS.

Ao aplicar o teste de Correlação de Spearman, encontrou-se uma correlação negativa fraca entre as variáveis analisadas (queixas e adesão ao tratamento),  $r = -0,2$  e significância estatística ( $p=0,03$ ).

Relacionou-se os escores de adesão com o sexo dos indivíduos, encontrou-se os dados a seguir, na tabela 4.

Para observar os fatores de risco modificáveis, optou-se por relacioná-los com o escore de adesão medicamentosa, os achados são apresentados na Tabela 5.

**Tabela 1. Distribuição dos hipertensos por classificação de hipertensão e classificação de IMC. n=112. Campina Grande, 2017.**

Classificação HAS	Classificação de Índice de Massa Corpórea						Total n (%)
	Desnutrido	Eutrófico	Sobrepeso	Obeso I	Obeso II	Obeso III	
Normal	1	9	10	7	1	1	29(25,9)
Pré HAS	-	5	11	10	2	1	29(25,9)
HAS I	-	10	20	8	2	1	41(36,5)
HAS II	-	2	2	4	-	-	8(7,2)
HAS III	-	1	2	2	-	-	5(4,5)
<b>TOTAL n (%)</b>	<b>1(0,9)</b>	<b>27(24,1)</b>	<b>45(40,1)</b>	<b>31(27,7)</b>	<b>5(4,5)</b>	<b>3(2,7)</b>	<b>112(100)</b>

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 2. Distribuição de pacientes de acordo com IMC e scores médios de qualidade de vida. n= 112. Campina Grande, 2017.**

Classificação HAS	Dn (%)	Escore de Qualidade de Vida (Minichal- Brasil)		
		Média Score QV	DP (±)	Mediana
Desnutridos	01(0,9)	12,00	-	12,00
Eutróficos	27(24,1)	12,15	7,897	13,00
Sobrepeso	45(40,2)	12,18	7,744	13,00
Obesidade I	31(27,7)	11,65	5,631	12,00
Obesidade II	05(4,5)	9,80	2,775	10,00
Obesidade III	03(2,7)	11,67	4,041	11,00
<b>Total</b>	<b>112(100)</b>	<b>11,90</b>	<b>6,913</b>	<b>12,00</b>

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 3. Distribuição dos hipertensos por queixas relacionadas a HAS e score de adesão ao tratamento e qualidade de vida. n=112. Campina Grande, 2017.**

Classificação HAS	Classificação de Índice de Massa Corpórea			ESCORE QV (Mediana)	Total
	Baixa	Média	Alta		
Nenhuma	29 (25,9)	24(21,3)	04(3,6)	8,00	57 (50,8)
Cefaléia	20(17,8)	10(9,0)	01(0,9)	15,00	31(27,7)
Tontura e Cefaléia	09(8,0)	03(2,7)	-	14,50	12(10,7)
Boca Seca	01(0,9)	-	-	12,00	1(0,9)
Tontura	03(2,7)	-	-	12,00	3(2,7)
Cansaço	04(3,6)	-	-	14,50	4(3,6)
Sono	01(0,9)	-	-	14,00	1(0,9)
Dor na Nuca	01(0,9)	-	-	13,00	1(0,9)
Taquicardia	01(0,9)	01(0,9)	-	10,00	2(1,8)
<b>TOTAL</b>	<b>69(61,6)</b>	<b>38(33,9)</b>	<b>05(4,5)</b>	<b>12,00</b>	<b>112(100)</b>

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 4. Distribuição dos hipertensos por sexo e escore de adesão ao tratamento medicamentoso. n=112. Campina Grande, PB. 2017.**

ADESÃO	Sexo				Total		p* 0,983
	Masculino		Feminino		Freq.	%	
	Freq.	%	Freq.	%			
Alta	01	0,9	04	3,6	05	4,5	
Média	07	6,2	31	27,7	38	33,9	
Baixa	12	10,7	57	50,9	69	61,6	

\*Qui-quadrado de Pearson

Fonte: dados da pesquisa.

**Tabela 5. Distribuição de fatores de risco modificáveis por nível de adesão ao tratamento medicamentoso para hipertensão arterial. n=112. Campina Grande, 2017.**

ADESÃO	Fatores de risco modificáveis n (%)						
	Sed	Alco	Tab	AVE	DM	IAM	Disli
Alta	04 (3,6)	00 (0)	01 (0,9)	01 (0,9)	01 (0,9)	00 (0)	01 (0,9)
Média	22 (19,6)	02 (1,8)	04 (3,6)	02 (1,8)	16 (14,3)	03 (2,7)	14 (12,5)
Baixa	51 (45,5)	04 (3,6)	11 (9,8)	04 (3,6)	25 (22,3)	06 (5,3)	24 (21,4)
<b>p valor</b>	<b>0,198</b>	<b>0,856</b>	<b>0,695</b>	<b>0,427</b>	<b>0,593</b>	<b>0,787</b>	<b>0,759</b>

**Legenda:** Sed = Sedentarismo / Alco – Alcoolismo / Tab= Tabagismo / AVE = Acidente Vascular Encefálico / DM= Diabetes Mellitus / IAM= Infarto Agudo do Miocárdio / Disli = Dislipidemia. p valor < 0,05 (Qui-quadrado de Pearson)

Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Os dados do estudo mostram no perfil sócio demográfico uma predominância de mulheres com idade média de 65 anos, o que corrobora com estudo semelhante<sup>1</sup> a este, dado que pode ser explicado por serem as mulheres as que mais procuram os serviços de saúde. Houve também uma predominância de pessoas não brancas, com o ensino fundamental e casados.

O principal objetivo do estudo foi verificar a adesão e qualidade de vida dos hipertensos atendidos na UBSF, para isso foi necessário o cruzamento de algumas variáveis assim como a realização de testes de associação.

Nesse sentido, o primeiro cruzamento realizado foi com o IMC e a classificação de hipertensão segundo a VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial<sup>1</sup>, baseado no valor pressórico da aferição realizada pelos pesquisadores.

O achado que mais chamou atenção foi o de pessoas com hipertensão arterial estágio 1 e sobrepeso, 20 (17,8%). Estudo realizado na Turquia<sup>11</sup> destaca que a hipertensão juntamente com a obesidade são dois fatores importantes para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares graves.

**"Os dados do estudo mostram no perfil sócio demográfico uma predominância de mulheres com idade média de 65 anos"**

Quando comparados o IMC e a scores de qualidade de vida do sujeito, o IMC elevado está diretamente relacionado ao risco aumentado de desenvolvimento das doenças cardiovasculares, esse fator gera empecilho na qualidade de vida<sup>12</sup>.

Sabe-se que na maioria das vezes a HAS é uma doença silenciosa e assintomática<sup>1</sup> nesse sentido se testou a relação de queixas relacionadas a HAS e a QV do sujeito, mostrou-se que aqueles sujeitos que não possuíam queixas tinha uma média de scores de QV 8,0 já os que apresentavam cefaléia, tontura, taquicardia, cansaço e boca seca obtiveram um scores entre 10 e 15, o que estatisticamente não mostrou uma relação positiva com R= -0,2 e P= 0,03 (teste de Spearman).

Hoje um dos principais desafios no tratamento a HAS é sem dúvida a adesão medicamentosa, a relação entre hipertensos do sexo masculino e feminino e a adesão medicamentosa (tabela 4), mostra que a baixa adesão tem uma maior relação com o sexo feminino com 50,9%, comparado com 10,7% do sexo masculino (p=0,983), a baixa adesão medicamentosa por mulheres também foi discutida em estudos sobre adesão medicamentosa recentes<sup>13,14</sup>.

Os fatores de risco modificáveis como sedentarismo, alcoolismo, tabagismo, AVE, DM, IAM, dislipidemia, foram analisados, assim como a sua relação com a adesão medicamentosa (tabela 5). Mostrou-se relação positiva com os fatores de risco e a baixa adesão terapêutica, sendo a relação mais positiva com o alcoolismo com  $p=0,856$  seguido de IAM com  $p= 0,787$ . Constatou-se que o consumo de bebidas alcoólicas pode influenciar negativamente na adesão terapêutica do hipertenso<sup>15</sup>. Também é observado em outros estudos<sup>16,17</sup> a associação de fatores de risco modificáveis com o descontrole pressórico, prejudicando a qualidade de vida. Destaca-se que além da conscientização do hipertenso sobre a necessidade de tomar a medicação conforme a prescrição por parte da equipe multidisciplinar, para que se alcance a uma alta adesão terapêutica é necessária a conscientização sobre o abandono de

## "Constatou-se baixa adesão terapêutica e sobrepeso da população estudada"

hábitos de vida inadequados.

### CONCLUSÃO

Constatou-se baixa adesão terapêutica e sobrepeso da população estudada, fatores que podem interferir negativamente na qualidade de vida destes hipertensos.

É possível evidenciar que apesar do acompanhamento do usuário a unidade básica de saúde, é necessário que a equipe faça a identificação dos fatores que podem impelir negativamente na

adesão terapêutica, como a presença de comorbidades, para que possa prestar uma assistência mais efetiva.

Como fatores que dificultaram o estudo, ressalta-se o delineamento da pesquisa, transversal e a amostra restrita.

A importância deste estudo está em demonstrar que mesmo com grandes avanços para a saúde e diversos estudos com o foco na HAS, diversos determinantes atuam negativamente na assistência, tendo como resultado uma qualidade de vida inadequada associada a baixa adesão a terapêutica para HAS.

Como futuras propostas, sugere-se o desenvolvimento de educação continuada para os profissionais com foco na integralidade dos usuários, onde apenas medicações e verificação da PA não são suficientes para melhorar a qualidade de vida e adesão ao tratamento. 🐦

## Referências

- 1 Malachias MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2016; 107(3Supl.3):1-83.
- 2 Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciência & Saúde Coletiva* 2013; 18(6): 1763-1772.
- 3 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- 4 Moura AA, Godoy SD, Cesarino CB, Mendes IAC. Fatores da não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Enfermería Global* 2016; 43(14):14-27.
- 5 Chin YR, Lee IS, Lee, HY. Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs)* 2014; 8(4): 267-273.
- 6 Côrtes DCS, Arantes AA, Mendonça APP, Silva JS. Qualidade de Vida e Hipertensão Arterial. *International Journal of Cardiovascular Sciences* 2016; 29(6): 512-516.
- 7 Schulz RB, Rossignoli P, Correr CJ, Fernández-Llimós, Toni PM. Validation of the short form the Spanish hypertension quality of life questionnaire (MINICHAL) for Portuguese (Brazil). *Arq Bras Cardiol* 2008; 90(2): 127-131.
- 8 Oliveira-Filho AD, Morisk ED, Neves SJF, Costa FA, Junior DPL. The 8-item Morisk Medication Adherence Scale: validation of a Brazilian-Portuguese version in hypertension adults. *Research in Social and Administrative Pharmacy* 2014; 10(3): 554-561.
- 9 Oliveira-Filho AD.; Barreto-Filho AB; Neves SJF, Júnior DPL. Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da PA. *Arq Bras Cardiol* 2012; 99(1): 649-658.
- 10 Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. "Tô sentindo nada": percepção de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev. Saúde Coletiva* 2013; 23(1): 227-242.
- 11 Sari HY, Yilmaz M, Serin E, Kiza SS, Yesiltepe O, Tokem Y, et al. Obesidade e hipertensão em adolescentes e adultos com deficiência intelectual. *Acta paul. Enferm.* 2016; 29(2): 169-177.
- 12 Massaroli LC, Santos LC, Carvalho GG, Carneiro SAJF, Rezende LF. Qualidade de vida e o IMC alto como fator de risco para doenças cardiovasculares: revisão sistemática. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde* 2018; 16(1): 1-10.
- 13 Tavares NUL, Bertoldi AD, Mengue SS, Arrais PSD, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2016; 50(Suppl 2):1-10.
- 14 Tavares NUL, Bertoldi AD, Thumé E, Facchini LA, França GVA, Mengue SS. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. *Rev. Saúde Pública* 2013; 47(6): 1092-1101.
- 15 Negreiros RV, Melo KDF, Cartaxo RMS. Caracterização epidemiológica de usuários com hipertensão e diabetes mellitus numa estratégia saúde da família. *J Nurs UFPE on line* 2016; 10(2): 744-749.
- 16 Barreto MS, Cremonese IZ, Janeiro V, Matsuda LM, Marcon SS. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(1): 60-67.
- 17 Daniel ACQG, Veiga EV. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. *Einstein (São Paulo)* 2013; 11(3): 331-337.