



UTILIZAÇÃO DO *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* NA ADESÃO MEDICAMENTOSA DE HIPERTENSOS

THE USE OF THE *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* IN MEDICATION ACCESSION OF HYPERTENSIVES

EL USO DEL *BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE* EN LA ADHESIÓN DE MEDICACIÓN DE HIPERTENSOS

Maria de Fátima Mantovani¹, Ângela Taís Mattei², Juliana Perez Arthur³, Elis Martins Ulbrich⁴, Ricardo Castanho Moreira⁵

RESUMO

Objetivo: verificar a correlação das variáveis tempo de diagnóstico, valor da pressão arterial sistólica e o número de medicamentos com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso. **Método:** estudo descritivo correlacional, com 100 adultos hipertensos, realizado em unidades de saúde de Curitiba/PR, Brasil e no domicílio dos participantes em 2013, utilizando-se de entrevista semiestruturada e do *Brief Medication Questionnaire*. Os resultados foram analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences 15.0* e apresentados em tabelas e discutidos com a literatura. O estudo teve o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 07444512.0.0000.0102. **Resultados:** a correlação entre as variáveis: grau de adesão ($p = 0,001$), valor da pressão arterial sistólica ($p = 0,005$) e tempo de diagnóstico ($p = 0,048$) com o número de medicamentos mostrou significância estatística. **Conclusão:** a utilização do *Brief Medication Questionnaire* permitiu verificar que as variáveis estudadas possuem correlação com o tempo de diagnóstico e influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Descritores:** Doença Crônica; Adesão Medicamentosa; Saúde do Adulto; Hipertensão.

ABSTRACT

Objective: investigating the correlation of the variables time of diagnosis, systolic blood pressure and the number of medicines with the level of adherence to drug treatment. **Method:** a descriptive correlational study conducted with 100 hypertensive adults in health units in Curitiba/PR, Brazil, and in the homes of participants in 2013, using semi-structured interviews and the *Brief Medication Questionnaire*. The results were analyzed using the *Statistical Package for Social Sciences 15.0* and presented in tables and discussed with the literature. The study had the project approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 07444512.0.0000.0102. **Results:** the correlation between the variables: level of adherence ($p = 0.001$), systolic blood pressure ($p = 0,005$) and time of diagnosis ($p = 0,048$) with the number of medications statistically significant. **Conclusion:** the use of *Brief Medication Questionnaire* showed that the variables have correlation with the diagnostic time and influence in adherence to antihypertensive treatment. **Descriptors:** Chronic Disease; Drug adherence; Adult Health; Hypertension.

RESUMEN

Objetivo: investigar la correlación de las variables tiempo de diagnóstico, la presión arterial sistólica y el número de fármacos para el nivel de adherencia al tratamiento farmacológico. **Método:** es un estudio descriptivo correlacional llevado a cabo con 100 adultos hipertensos en las unidades de salud en Curitiba/PR, Brasil, y en los hogares de los participantes en el año 2013, a través de entrevistas semi-estructuradas y el *Brief Medication Questionnaire*. Los resultados se analizaron con el *Statistical Package for Social Sciences 15.0* y presentados en tablas y discutidos con la literatura. El estudio tenía el proyecto aprobado por el Comité de Ética de Investigación, CAAE: 07444512.0.0000.0102. **Resultados:** la correlación entre las variables: nivel de adherencia ($p = 0,001$), presión arterial sistólica ($p = 0,005$) y el tiempo de diagnóstico ($p = 0,048$) con el número de medicamentos estadísticamente significativo. **Conclusión:** el uso del *Brief Medication Questionnaire* mostró que las variables tienen correlación con el tiempo de diagnóstico y la adherencia influenciado para el tratamiento antihipertensivo. **Descritores:** Enfermedades Crónicas; La adhesión medicamentosa; Salud del Adulto; Hipertensión.

¹Enfermeira, Professora Pós-Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Bolsista Produtividade 2 CNPq. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mfatimamantovani@ufpr.br; ²Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Bolsista Capes. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: angela-mattei@hotmail.com; ³Estudante, Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/UFPR. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq, Membro do GEMSA/UFPR, Curitiba (PR), Brasil. E-mail: julianaperez.4@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná/PPGENF/UFPR. Bolsista Capes/REUNI. Curitiba (PR), Brasil. E-mail: lilaulbrich@yahoo.com.br; ⁵Enfermeiro, Professor Doutor em Enfermagem, Universidade Estadual do Norte do Paraná/UENP - Campus Faculdades Luiz Meneghel. Bandeirantes (PR), Brasil. E-mail: ricardo@ffalm.br

INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma preocupação mundial por ocupar os primeiros lugares de mortalidade, pois, acarretam ameaças ao desenvolvimento humano principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento.¹ No Brasil, são responsáveis por 70% das mortes e atingem, sobretudo, grupos populacionais vulneráveis, como os de baixa renda e escolaridade.²

Entre as enfermidades crônicas duas têm destaque no cenário nacional, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), que juntas constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde brasileiro e estão relacionadas ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações.²

Neste estudo foi dada ênfase à HAS, que assim como as demais DCNT, tem curso prolongado, fator de risco múltiplo e desta forma requer monitoramento constante e tratamento permanente, o que gera dificuldades na continuidade da terapêutica, sendo que para evitar ou minimizar as complicações, é necessário que haja adesão ao tratamento.³

A adesão a terapêutica é definida e caracterizada como o grau de concordância entre o comportamento do paciente em relação ao hábito de usar as medicações e seguir as mudanças no estilo de vida de acordo com o recomendado pelos profissionais de saúde. Ela está sujeita a influência de inúmeros fatores como as condições demográficas e sociais, a natureza da doença, as características da terapêutica, ao relacionamento com os profissionais de saúde, bem como, com as características intrínsecas de cada pessoa, fatores esses que podem determinar o comportamento do paciente em relação às orientações realizadas, fazendo com que o mesmo cumpra, ou não a prescrição.⁴

O incentivo para a adesão terapêutica necessita de acordo entre profissional e paciente de maneira que façam escolhas apropriadas para a condução do tratamento, visto que a efetividade da adesão requer o conhecimento do paciente em relação à sua doença, para que esse tenha voz ativa no seu processo de cuidado, com condições de optar mediante a avaliação das consequências dos regimes propostos.⁵

O enfermeiro, em especial, como membro da equipe multiprofissional tem impacto positivo na adesão ao tratamento, uma vez

que permanece grande parte do tempo ao lado dos pacientes, o que permite desenvolver estratégias fundamentais, como de educação e apoio contínuo, podendo facilitar o processo de adesão ao tratamento.⁶

No processo de cuidar do indivíduo com HAS, a avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso torna-se um componente necessário para o direcionamento do plano de cuidados e para subsidiar o julgamento do alcance dos resultados esperados. Existem vários métodos que podem ser empregados, entretanto os questionários são mais utilizados por apresentarem baixo custo e facilidade de aplicação.⁷

No Brasil, em 2012 realizou-se a tradução e avaliação de confiabilidade e desempenho do questionário *Brief Medication Questionnaire* (BMQ), na versão da língua portuguesa, em relação a outro instrumento de avaliação da adesão medicamentosa, o Teste de Morisky, Green e Levine (TMGF) e concluíram que o BMQ apresentou maior sensibilidade e especificidade, o que motivou sua utilização.⁷

Diante disso surgiu a questão de pesquisa << *Qual a relação entre as variáveis valor da Pressão Arterial Sistólica (PAS), tempo de diagnóstico e o número de medicamentos com o grau de adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso?* >>

OBJETIVO

- Verificar a correlação das variáveis valor da PAS, tempo de diagnóstico e o número de medicamentos com o grau de adesão ao tratamento medicamentoso.

MÉTODO

Estudo descritivo correlacional com dados parciais de um projeto << Fatores Preditivos para o gerenciamento do cuidado de enfermagem para pacientes com complicações de Hipertensão Arterial Sistêmica >>. A pesquisa foi realizada no domicílio de 100 pacientes de quatro Unidades de Saúde de um Distrito Sanitário do município de Curitiba, Paraná, Brasil, no período de maio a outubro de 2013. Os critérios de inclusão foram: adultos, com idades entre 18 e 60 anos, com diagnóstico de HAS, que frequentaram as atividades do programa para hipertensos nos seis meses anteriores a entrevista, e que obtiveram pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental (MiniMental) conforme escolaridade. Neste estudo foram considerados como valores de corte do MiniMental: 13 pontos para analfabetos, 18 para baixa e média escolaridade e 26 para alta escolaridade. Sendo que, baixa e média

escolaridade são aqueles que possuem até oito anos incompletos de estudo e acima disso considera-se como alta escolaridade.⁸

A coleta de dados ocorreu mediante um roteiro de entrevista semiestruturada elaborado pelas pesquisadoras, com variáveis sociodemográficas e presença de fatores de risco. Para verificar a adesão ao tratamento foi utilizado o questionário BMQ^{7,9}, o qual foi analisado de duas maneiras: pela pontuação encontrada nos três domínios: Crenças, Regime e Recordação, sendo que a pontuação maior ou igual a um em qualquer destes indica potencial positivo para a não adesão ao tratamento; e pelo escore total do questionário, em que nenhuma resposta positiva indica adesão ao tratamento, uma resposta positiva sugere provável adesão ao tratamento, duas respostas e três ou mais positivas indicam, respectivamente, provável baixa adesão e baixa adesão ao tratamento.

Os dados foram digitados no *Microsoft Excel*, analisados por meio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* 15.0 e apresentados em tabelas. Para medir a correlação entre as variáveis: número de medicamentos, tempo de diagnóstico e PAS com a adesão ao tratamento, utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o número 07444512.0.0000.0102.

RESULTADOS

Os resultados do estudo mostram que 81% dos pacientes eram do sexo feminino, 94% apresentaram idade entre 40 a 60 anos e 39% tinham como profissão atividades do lar (tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de pacientes hipertensos segundo variáveis sociais. Curitiba-PR, 2013.

Variáveis	n	%
Faixa Etária		
18 a 39 anos	6	6
40 a 60 anos	94	94
SEXO		
Masculino	19	19
Feminino	81	81
Profissão		
Do lar	39	39
Aposentados	17	17
Diarista/doméstica	14	14
Autônomo	9	9
Auxílio Doença/Pensionista	2	2
Outras	14	14

A avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) demonstrou que 51,5% dos pacientes eram obesos, com um índice maior ou igual a 30 Kg/ m²; 20% dos pacientes possuíam alguma complicação sendo prevalente a presença de IAM (12%).

Entre os entrevistados 95% referiram possuir antecedentes familiares para a HAS; e em relação à classificação de risco, 38% foram de baixo risco (tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de pacientes hipertensos de acordo com as variáveis IMC, complicações da HAS, antecedentes familiares e estratificação de risco. Curitiba - PR, 2013.

Variáveis	n	%
IMC		
<18,5	1	1
18,5 a 25	18,2	18,2
≥25<30	29,3	29,3
≥30	51,5	51,5
Complicações		
Infarto Agudo do Miocárdio	12	12
Acidente Vascular Encefálico	5	5
Insuficiência Renal Crônica	1	1
Outras	2	2
Antecedentes Familiares		
Hipertensão	95	95
Diabetes	64	64
Infarto Agudo do Miocárdio	53	53
Acidente Vascular Encefálico	35	35
Insuficiência Renal Crônica	12	12
RISCO		
Baixo	38	38
Médio	25	25
Alto	27	27
Muito Alto	10	10

Ao avaliar a adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso conforme a pontuação total do BMQ (tabela 3), 59% da amostra obteve um escore compatível com provável baixa adesão.

No domínio “Regime”, o qual abrange as dificuldades do paciente em nomear as medicações e doses utilizadas, além do relato de falha de dias, ou doses⁹, 55% apresentaram barreiras neste estudo (escore≥1).

No domínio relacionado às “Crenças”, que diz respeito à presença ou não de

medicamentos que não funcionam bem, ou causam alguma reação adversa⁹, 33% dos pacientes demonstraram barreiras (escore≥1) e no domínio de “Recordação”, que refere-se a presença de um esquema de múltiplas doses diárias e o relato de dificuldades para lembrar de tomar a medicação, 61% obtiveram um escore compatível com não adesão (escore≥1).⁹

Tabela 3. Distribuição dos participantes de acordo com as variáveis de adesão à terapia medicamentosa. Curitiba - PR, 2013

Escore BMQ*	n	%
Regime (escore)		
0	45	45
≥ 1	55	55
Crenças (escore)		
0	67	67
≥ 1	33	33
Recordação (escore)		
0	21	21
≥ 1	61	61
Escore BMQ*		
Adesão	9	9
Provável adesão	32	32
Provável baixa adesão	42	42
Baixa adesão	17	17

Quando analisada a correlação entre o tempo de diagnóstico, número de medicamentos e a PAS com a adesão ao tratamento medicamentoso por meio do BMQ (tabela 4), verificou-se uma moderada

correlação positiva entre o número de medicamentos com o BMQ (p=0,001); e o valor da PAS com o BMQ (p=0,005). Constatou-se ainda fraca correlação positiva entre o tempo do diagnóstico e o BMQ (p=0,048).

Tabela 4. Correlação entre escore de adesão medicamentosa BMQ e algumas variáveis. Curitiba - PR, 2013.

Variáveis	Coefficiente de Spearman	p valor
Tempo de diagnóstico	0,199	0,048**
N. de medicamentos	0,325	0,001**
Pressão Arterial Sistólica	0,276	0,005**

*** Valores significantes quando $p < 0,05$

DISCUSSÃO

A maioria dos pacientes era do sexo feminino (81%), com idade acima de 40 anos (94%), do lar (39%) ou aposentados (17%), resultados que podem ter sofrido influência da coleta de dados, uma vez que esta foi realizada no domicílio dos pacientes, em horário comercial, período que a maioria da população trabalha.

No que diz respeito ao IMC, constatou-se alto índice de sobrepeso (29,3%) e obesidade (51,5%), semelhante ao estudo realizado em Mato Grosso do Sul em que as prevalências de sobrepeso e obesidade foram de 33% e 23% respectivamente.¹⁰

Outro estudo realizado na região metropolitana de Campinas-SP com trabalhadores da construção civil também evidenciou o excesso de peso na amostra estudada, sendo que 33,1% apresentaram sobrepeso e 6,5% obesidade.¹¹ E um estudo realizado em uma Unidade de Saúde de Curitiba - PR, constatou que 38,4% da amostra apresentava sobrepeso, 30,8% peso ideal e 30,8% com obesidade Grau I.¹²

Verificou-se que 20% dos pacientes nesse estudo apresentavam algum tipo de complicação sendo predominante o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (12%), seguido de Acidente Vascular Encefálico (AVE) (5%), o que corrobora com um estudo realizado em Goiânia - GO que utilizou 103 prontuários de pacientes atendidos no Ambulatório de Cardiologia em um Hospital de Urgências e identificou que a HAS pode ter sido a responsável pelo aparecimento de 48% dos casos de doença arterial coronariana, Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e AVE, confirmando a influência da HAS no aparecimento de outras doenças.¹³

Em relação aos antecedentes familiares para HAS, 95% dos participantes da amostra apresentaram histórico familiar, semelhante ao estudo realizado com hipertensos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família no Pará/PA, o qual mostrou que 74,34% dos pacientes possuíam antecedentes familiares para a doença, o que determina fortemente o aparecimento das demais morbidades cardiovasculares de impacto na saúde, como a ICC e o AVE.¹⁴

No que diz respeito à estratificação de risco 38% foram classificados como baixo risco e 27% alto risco, essa classificação de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, depende dos valores da pressão arterial, da presença de lesões em órgãos-alvo, presença de doenças cardiovasculares e de fatores de riscos adicionais. Nos pacientes com HAS, os fatores de risco cardiovasculares clássicos são: idade (homem > 55 e mulher > 65 anos), tabagismo, dislipidemia (triglicérides \geq 150 mg/dl, colesterol > 100 mg/dl), DM e histórico familiar prematuro de doença cardiovascular. Juntamente com esses fatores, são considerados marcadores de risco adicionais: glicemia em jejum, hemoglobina glicada, obesidade abdominal, pressão de pulso, história de pré-eclampsia na gestação e história familiar de HAS.¹⁴

Ao analisar a adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso pelo BMQ, constatou-se que 61% relataram alguma barreira para a "Recordação", 55% para o domínio de "Regime" e 33% para o de "Crenças".

Esses resultados vão ao encontro de um estudo realizado em Londrina - PR, o qual utilizou um questionário formulado pelos autores e visitas domiciliares para verificar a adesão ao tratamento e demonstrou que entre os 146 (41,0%) pacientes que se mostraram não aderentes e parcialmente aderentes ao tratamento o motivo mais alegado para justificar a não adesão também foi o esquecimento, seguido do relato de "achar que a pressão está controlada" e a presença de efeitos adversos que foram referidos por 32,2; 21,2 e 13,7% dos hipertensos não-aderentes, respectivamente.¹⁵

Ao analisar a correlação entre as variáveis verificou-se moderada correlação positiva entre o número de medicamentos com a adesão ($p=0,001$), e o valor da PAS com a adesão ao tratamento ($p=0,005$), o que corrobora com os resultados obtidos em pesquisa realizada em postos de saúde da família e ambulatórios no município de Tubarão - SC, que utilizou o teste de Moriski, Green e Levine e encontrou significância estatística entre o número de medicamentos prescritos e a adesão ao tratamento ($p=0,037$), além disso, os pacientes hipertensos considerados aderentes tinham

uma PAS (133mmHg) menor do que aqueles não aderentes (138mmHg).¹⁶

Constatou-se, ainda, fraca correlação positiva entre o tempo do diagnóstico e a adesão ($p=0,048$), ou seja, um maior tempo de diagnóstico implica em menor adesão, o que corrobora com a VI Diretriz Brasileira de Hipertensão¹³ a qual afirma que a falta de adesão ao tratamento cresce com o tempo de terapêutica devido principalmente ao seu caráter crônico.

CONCLUSÃO

Ao avaliar o escore geral do BMQ, mais da metade da amostra demonstrou provável baixa adesão ou baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Ao correlacionar o escore do BMQ com o tempo de diagnóstico, o número de medicamentos e a PAS, obteve-se resultados estatisticamente significantes.

O questionário BMQ é pouco utilizado em estudos no Brasil, mas, possibilitou entender em que pontos os pacientes apresentam dificuldades para prosseguir com a terapêutica, pois ele fornece subsídios por meio das três dimensões (crenças regime e recordação), facilitando desta forma a abordagem do enfermeiro e de outros profissionais de saúde no gerenciamento do cuidado a este indivíduo.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.

Fundação Araucária de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Estado do Paraná (FA).

Aos autores do Brief Medication Questionnaire: Bonnie L. Svarstad, Betty A. Chewing, Betsy L. Sleath, Cecilia Claesson, por permitirem a utilização do questionário nesta pesquisa.

REFERÊNCIAS

- Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. Série Saúde no Brasil 4. Lancet Glob Health [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 14];61-74. Available from: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2013 Dec 05]. Available from:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=2337&Itemid=1

- Ulbrich EM, Maftum MA, Labronici L, Mantovani MF. Atividades educativas para portadores de doença crônica: subsídios para a enfermagem. Rev gaúch enferm [Internet]. 2012 [cited 2013 July 20];33(2):22-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198314472012000200005&script=sci_arttext&lng=pt
- Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão Arterial. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 05];17(2):201-06. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010001200017&script=sci_arttext
- Mantovani MF, Mendes FRP. A condição crônica de saúde: do diagnóstico a gestão cotidiana da situação. In: Trentini M, Paim L, organizadores. Desafios inerentes as situações crônicas no contexto de saúde. 2013.
- Jayasinghe J. Can nursing Play a Role in Assessing and Improving Compliance?. J Cardiovasc Nurs. 2009;19(1).
- Ben AJ, Neumann CR, Mengue SS. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 12];46(2):279-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000200010.
- Folstein M. Mini-mental and son. Int J Geriatr Psychiatry. 1998;13:290-94.
- Svarstad BL, Chewing BA, Sleath BL, Claesson B. The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. Patient Educ Couns [Internet]. 1999 [cited 2015 Apr 27];37:113-24. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S07383991980010744>
- Amer NM, Marcon SS, Santana RG. Body mass index and hypertension in adults subjects in Brazil's Midwest. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2011 [cited 2014 Mar 15];96(1):47-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2011000100009&script=sci_arttext&lng=en.
- Fernandes ACP, Vaz AB. Perfil do índice de massa corporal de trabalhadores de uma empresa de construção civil. J Health Sci Inst [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 17];30(2):144-9. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/02_abr-jun/V30_n2_2012_p144-149.pdf

12. Corradi EM, Araújo CA, Machado JR, Esteves MH. Caracterização de hipertensos de unidade de saúde em Curitiba, Paraná. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2008 [cited 2014 Mar 15];2(3):270-77. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermage/index.php/revista/article/view/348/pdf_390.

13. Tacon KCB, Santos HCO, Cunha LC, Castro EC. Perfil da terapêutica utilizada em pacientes hipertensos atendidos em hospital público. Rev Soc Bras Clín Méd [Internet]. 2011 [cited 2013 Oct 15];9(1):25-9. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n1/a1718.pdf>.

14. Alves MCB, Brito FN, Matos VC, Sousa JCS, Leite DKM, Dutra CDT, et al. A qualidade de vida de pacientes hipertensos em uma estratégia saúde da família, Ananindeua - Pará. Rev gest sis saúde [Internet]. 2013 [cited 2014 Jan 30];4(1):1659-71. Available from:

<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/320>.

15. Sociedade brasileira de hipertensão arterial. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2010 [cited 2014 Mar 15];95(1):1-51. Available from: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf

16. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2013 [cited 2013 Dec 05];18(6):1763-72. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/27.pdf>.

17. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Puccl P, Campos ND. Conhecimento sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Adesão ao Tratamento Anti-Hipertensivo em Idosos. Rev Bras Cardiol [Internet]. 2012 [cited 2013 Aug 12];25(4):322-9. Available from: <http://www.rbconline.org.br/wp-content/uploads/V25n04a08.pdf>.

Submissão: 24/04/2014

Aceito: 02/11/2014

Publicado: 01/01/2015

Correspondência

Ângela Taís Mattei

Rua Capitão Leônidas Marques, 1768 / Ap. 27

Bairro Uberaba

CEP 81550-000 – Curitiba (PR), Brasil