

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

YANNE DA SILVA CAMARGO

**ADESÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Uberlândia-MG

2023

YANNE DA SILVA CAMARGO

**ADESÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel e licenciado em enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Orientador: Valeria Nasser Figueiredo

Coorientador: Luana Araújo Macedo Scalia

Uberlândia-MG

2023

YANNE DA SILVA CAMARGO

**ADESÃO MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA EM PACIENTES COM
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia como requisito parcial para obtenção do título de bacharel e licenciado em enfermagem.

Área de concentração: Ciências da Saúde

Uberlândia, 19 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

Valéria Nasser Figueiredo- Doutora em Farmacologia (UNICAMP)

Cristiane Martins Cunha– Doutora em Ciências (USP)

Fabiola Alves Gomes- Doutora em Ciências da Saúde (UFU)

Dedico este trabalho a Deus, a meus pais, minha irmã por todo amor, carinho, amparo e incentivo, e a todos meus mestres que auxiliaram minha formação acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, expresso minha gratidão a Deus por ter sido meu amigo e ter estado presente em minha vida nos momentos de angústia e desespero. Manifesto também minha gratidão aos meus pais, Eustáquio Guimarães Camargo e Ailma Maria Gonçalves da Silva Camargo, pelo amor, afeto, incentivo, tolerância e orientação ao longo de minha trajetória. Vós sois as pessoas que mais amo neste mundo. Mãe, a senhora é a melhor docente que conheço, além de ser minha maior inspiração e incentivo. Reconheço também os agradecimentos à minha irmã Ariely da Silva Camargo pelo amor e pela companhia fiel em minha vida. Amo-te imensamente. Agradeço, ainda, aos meus professores durante a graduação, como também às enfermeiras que tive o prazer em conhecer. De modo especial, agradeço às minhas orientadoras Valéria Nasser Figueiredo e Luana Araújo Macedo Scalia pela paciência e assistência prestadas. Foi uma honra construir meu trabalho de conclusão de curso com profissionais tão competentes e incríveis como vocês. Espero, um dia, ser uma enfermeira tão instruída e dedicada quanto às duas. As minhas amigas Mariana, Aliny, Katiane, Gabriella e Ana Jullia, por terem me ajudado durante todos esses anos da graduação. Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de estudos concedida para a realização da pesquisa que deu origem a este TCC.

RESUMO

Objetivo: Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em indivíduos diagnosticados com HAS e caracterizar a população do estudo quanto às variáveis sociodemográficas, econômicas e clínicas. **Metodologia:** Foi realizado um estudo observacional, transversal e de abordagem quantitativa com a coleta de dados de 237 participantes nos setores de pronto socorro, clínica médica, ambulatório de especialidades e clínica cirúrgica 1 e 2 do Hospital de Clínicas de Uberlândia. A caracterização sociodemográfica foi feita por meio de um instrumento de coleta de dados desenvolvido pelos pesquisadores. Para avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso contra a HAS, foi utilizado o instrumento QATHAS. Também foram mensurados a frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial dos entrevistados. **Resultados:** Observou-se que 53,6% dos participantes eram homens, 65,8% eram idosos e 55,3% não eram brancos. Além disso, 13,5% eram tabagistas, 15,1% eram etilistas e 64,9% não praticavam atividade física. As doenças crônicas mais prevalentes, após a HAS, foram a dislipidemia (38,3%) e o diabetes mellitus (32,9%). Os três medicamentos mais utilizados foram os antagonistas dos receptores de angiotensina (60,8%), os diuréticos (48,9%) e os betabloqueadores (37,1%). Em relação à adesão ao tratamento, mensurada pelo QATHAS, a média encontrada foi de 90. Os fatores que mais influenciaram a adesão foram a idade avançada, o hábito de praticar atividade física e o não consumo de bebidas. **Conclusão:** A maioria dos pacientes hipertensos são do sexo masculino, com cor de pele preta ou parda, idosos, com baixa escolaridade e renda. Além disso, apresentam alta taxa de inatividade física e adesão parcial ao tratamento, esquecendo a medicação pelo menos uma vez por mês e reduzindo apenas metade do consumo de sódio, doces, bebidas açucaradas e gorduras recomendado. Observou-se que os idosos, as pessoas que praticam atividade física diariamente e que não consomem bebida alcoólica apresentam maior adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão. Adesão ao tratamento farmacológico. Adesão ao tratamento não farmacológico.

ABSTRACT

Objective: To investigate adherence to drug and non-drug treatment in individuals diagnosed with SAH and to characterize the study population in terms of sociodemographic, economic and clinical variables. **Methodology:** An observational, cross-sectional study with a quantitative approach was carried out with the collection of data from 237 participants in the emergency room, medical clinic, specialty outpatient clinic and surgical clinic 1 and 2 of Hospital de Clínicas de Uberlândia. The sociodemographic characterization was carried out using a data collection instrument developed by the researchers. To assess adherence to drug and non-drug treatment against SAH, the QATHAS instrument was used. The respondents' heart rate, respiratory rate, oxygen saturation and blood pressure were also measured. **Results:** It was observed that 53.6% of the participants were men, 65.8% were elderly and 55.3% were not white. In addition, 13.5% were smokers, 15.1% were alcoholics and 64.9% did not practice physical activity. The most prevalent chronic diseases, after SAH, were dyslipidemia (38.3%) and diabetes mellitus (32.9%). The three most used drugs were angiotensin receptor antagonists (60.8%), diuretics (48.9%) and beta-blockers (37.1%). Regarding adherence to treatment, measured by the QATHAS, the average found was 90. The factors that most influenced adherence were advanced age, the habit of practicing physical activity and not consuming beverages. **Conclusion:** Most hypertensive patients are male, with black or brown skin color, elderly, with low education and income. In addition, they have a high rate of physical inactivity and partial adherence to treatment, forgetting the medication at least once a month and reducing only half of the recommended consumption of sodium, sweets, sugary drinks and fats. It was observed that the elderly, people who practice physical activity daily and who do not consume alcoholic beverages have greater adherence to treatment.

Keywords: Hypertension. Adherence to pharmacological treatment. Adherence to non-pharmacological treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 OBJETIVOS.....	11
2.1 Objetivo geral.....	11
2.2 Objetivo específico.....	11
3 MATERIAL E MÉTODOS.....	11
3.1 Tipo de estudo.....	11
3.2 Local do estudo.....	11
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	12
3.4 Coleta de dados.....	12
3.5 Exame físico.....	13
3.6 Análise dos dados.....	13
3.7 Aspéctos éticos.....	13
4 RESULTADOS.....	14
5 DISCUSSÃO.....	21
6 CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem às morbidades cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas, diabetes e são responsáveis por 41 milhões (74%) das mortes globais (PAHO, 2022). No Brasil, elas são responsáveis por 72% das mortes, e segundo os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em um levantamento realizado em 2019, mostrou que 52% das pessoas acima de 18 anos tem pelo menos uma das DCNT (NOBRE et al., 2021). Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade (17,9 milhões de pessoas mundialmente), sendo a causa principal as complicações devido à hipertensão arterial sistêmica (HAS).

A HAS consiste em uma doença crônica caracterizada por níveis elevados da pressão sanguínea nas paredes das artérias. Acontece quando os valores máximos e mínimos são iguais ou ultrapassam 140/90 mmHg, e faz com que o coração exerça um esforço maior do que o normal para a distribuição do sangue pelo corpo para manter a homeostasia do organismo (BARROSO et al., 2021).

Em 2010 a HAS teve uma prevalência global de 31%, afetando aproximadamente 1 bilhão de pessoas (SARATHY et al., 2022). A estimativa é que a prevalência em crianças e adolescentes entre 0 a 18 anos, aos 18 anos, e adultos entre 18 e 45 anos sejam, consecutivamente, de: 3 a 5%, 10 a 11% e 10 a 15% (LITWIN; KULAGA, 2021). Trata-se de uma importante condição de saúde pública no mundo, com uma prevalência esperada de 1,56 bilhões de pessoas até 2025. A taxa de prevalência da HAS em indivíduos brasileiros, de 18 anos ou mais em 2019 foi de 23,9%, o que corresponde a 38,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2020). De acordo com os dados publicados em 2022 pelo Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre 2010 e 2020 foram registrados 551.262 óbitos no Brasil oriundas da HAS.

Segundo pesquisas o aumento da HAS mundial, pode ser explicado, devido o aumento de diagnósticos em países de média e baixa renda. Os países de alta renda apesar do envelhecimento de sua população tem tido quedas no diagnóstico de HAS (31,1% em 2000 para 28,5%), enquanto países de baixa e média renda vem experienciando um aumento em suas taxas (23,8% em 2000 para 31,5% em 2010). Vale ressaltar, que, a conscientização, tratamento e controle são menores nos países de baixa e média renda (BURNIER, BRENT, 2019; MILLS, STEFANESCU, HE, 2020).

Além disso, outros fatores para o aumento da hipertensão além do envelhecimento da sua população, consiste no aumento aos fatores de risco relacionados ao estilo de vida. Dentre

os fatores de risco não modificáveis podemos citar a idade, gênero, etnia e genética. Em relação, aos fatores modificáveis, tem-se a obesidade, consumo crônico e elevado de bebidas alcólicas ou tabagismo, aumento do consumo de sódio, ausência de atividade física e aumento do comportamento sedentário (BARROSO et al., 2021; MILLS, STEFANESCU, HE, 2020).

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de HAS existem dois tipos de tratamento para o quadro de HAS, os medicamentosos e os não medicamentosos. Em relação ao tratamento não medicamentoso, os hipertensos devem adotar a *Dietary Approaches to Stop Hypertension-DASH*, que consiste, na redução da quantidade de sal para cerca de 2 gramas diárias, introduzir o consumo de frutas, hortaliças, reduzir a ingesta de carne vermelha e produtos com alto teor de gordura e açúcar. Além disso, realizar em torno de 150 minutos por semana de atividade física moderada ou 75 minutos semanais de atividades vigorosas (BARROSO et al., 2021; SPENCE, 2018). Essa associação torna-se importante, pois sabe-se que um dos principais determinantes dos valores da pressão arterial (PA) são o Índice de Massa Corporal (IMC) e a obesidade visceral. Podemos citar também, a diminuição do estresse, cessação do tabagismo, diminuição da ingesta de álcool e aumento de produtos a base de potássio, cálcio e vitaminas como importantes ferramentas para controle da PA (AL- MAKKI et al., 2022; MILLS, STEFANESCU, HE, 2020).

Apesar da eficácia do tratamento não-medicamentoso, a maioria dos indivíduos hipertensos precisará associar ao seu tratamento, a utilização de medicamentos para garantir o controle da PA. As cinco principais classes medicamentosas anti-hipertensivas utilizadas no Brasil são: diuréticos (DIU), bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), bloqueadores dos receptores da angiotensina II (BRA) e betabloqueadores (BB). O tratamento, pode ser iniciado em esquema de monoterapia ou em associação de dois ou mais medicamentos, o importante é o acompanhamento do paciente para controle desses fármacos (BARROSO et al., 2021).

De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a adesão ao tratamento configura-se como um processo multifatorial e complexa, pelo fato de se tratar de diversas ações associadas para que se alcance um objetivo. Além disso, trata-se do cumprimento por parte do indivíduo hipertenso das ações estabelecidas no binômio, profissional de saúde e paciente (ELHAG et al., 2022). Dentre as ações, pode-se destacar, a mudança no estilo de vida com adoção de hábitos saudáveis e o ato de tomar a medicação diariamente.

Segundo o Ministério da Saúde (MS), apesar da comprovação da eficácia da junção dos tratamentos medicamentosos e os não medicamentosos, a adesão ao tratamento ainda é baixa.

As taxas de adesão ao tratamento e eficácia farmacológica pode variar entre 20 a 50%, e pensando, especificamente na adesão ao tratamento farmacológico depois de 1 ano do diagnóstico as taxas ficam em torno de <50% (BURNIER & BRENT, 2019). De acordo com Al-Makki et al (2022) menos de 14% dos indivíduos diagnosticados com hipertensão tem sua PA controlada, e em relação a países de baixa e média renda a taxa cai para menos de 8%.

A falta de adesão ao tratamento relacionado à HAS é muito preocupante, pois se trata de uma doença assintomática na maioria dos casos. Com isso o indivíduo hipertenso que não adere corretamente ao tratamento, seja o medicamento, quanto o não medicamentoso torna-se exposto à ocorrência de inúmeras doenças (HEINISCH; STANGE, 2018). Segundo a literatura, podemos elencar como fatores que interferem na diminuição da adesão ao tratamento do paciente hipertenso: baixa literacia em saúde, polifarmácia, baixa escolaridade, função cognitiva prejudicada, eventos adversos relacionados a medicação, custos da medicação, crenças religiosas e culturais, dentre outros (ELHAG et al., 2022; LIN et al., 2018; SPENCE, 2018).

Atualmente, tem-se diversos instrumentos para mensuração da adesão ao tratamento por indivíduos hipertensos. Dentre esses, destaca-se o Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS), elaborado e validado por Rodrigues, Moreira, Andrade (2014) e consiste em um instrumento com a capacidade de mensurar a baixa e alta adesão ao tratamento como também auxilia o profissional na criação de planos de metas para o paciente, pois seus resultados são mostrados em escores individuais.

Ao aderir corretamente ao tratamento o indivíduo torna-se menos expostos a ocorrência de inúmeras doenças associadas, segundo Mills, Stefanescu e He (2020) a cada 10mmHg de redução da PA sistólica podemos encontrar uma redução em 20% do risco de eventos cardiovasculares. Além disso, podemos ter a redução de 27% dos acidente vascular encefálico (AVE), 28% da insuficiência cardíaca (IC) e 13% da mortalidade geral. Ademais, tem-se a redução dos custos hospitalares. Os custos financeiros para controle da HAS são grandes, em 2001 nos Estados Unidos da América (EUA) os gastos ficaram em torno de aproximadamente 370 bilhões de dólares. No Brasil, em 2018 o Sistema Único de Saúde (SUS) teve um gasto de aproximadamente 2 bilhões de reais em relação a HAS. Dessa forma, medidas de prevenção, detecção e tratamento são extremamente necessários para reverter esse quadro e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (MILLS, STEFANESCU, HE, 2020; NILSON et al., 2020).

Portanto, como a HAS é uma DCNT considerada um dos principais fatores de risco de morbitalidade e morbidade cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, arteriais periféricas, e

que pode ser controlada através da adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso, o objetivo desse projeto foi caracterizar o perfil sociodemográfico, econômico, clínico e compreender como encontra-se a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos em uma cidade do interior de Minas Gerais.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar a adesão ao tratamento em indivíduos diagnosticados com HAS.

2.2 Objetivo Específico

Investigar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de delineamento observacional, transversal e de abordagem quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) aprovado pelo edital nº 03/2021 do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Toda a coleta de dados foi executada no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). O HCU corresponde a um hospital de referência em cardiologia para atendimentos de alta e média complexidade do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados foi realizada em setores como pronto socorro, clínica médica, ambulatório de especialidades e clínica cirúrgica 1 e 2. O tamanho amostral foi estimado em 237 participantes selecionados por uma amostra aleatória dos 4.126 pacientes internados com hipertensão no HCU no ano de 2021, com correção para população finita e ajuste de recusa de 20%. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para participação da coleta.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Indivíduos com idade ≥ 18 anos com diagnóstico clínico de HAS, estar sob acompanhamento de tratamento medicamentoso há pelo menos 6 meses e Mini Mental maior que 21 pontos. Foram excluídos do estudo mulheres em período gestacional, indivíduos com doenças psiquiátricas graves ou incapacidade mental.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre dezembro de 2021 a junho de 2022 em locais de privacidade. Os participantes foram submetidos inicialmente ao Miniexame do Estado Mental. O instrumento foi usado para avaliarmos o estado mental do paciente, e com isso, avaliar se ele se encontrava apto ou não a participar da pesquisa. O questionário era composto por 19 questões e visava avaliar a capacidade cognitiva do paciente. O teste possui um escore máximo de 30 pontos, sendo 21 pontos o mínimo necessário para se considerar cognitivamente apto (MELO; BARBOSA, 2015).

O instrumento de coleta de dados sociodemográficos e clínicos aplicado foi elaborado pelos próprios pesquisadores, com as variáveis (idade, sexo, escolaridade, religião, cor da pele autorreferida, estado civil, renda familiar, número de moradores da residência, condição e ocupação de trabalho); clínicos (atividade física, tabagismo, etilismo, comorbidades prévias e medicamentos anti-hipertensivos em uso). Ao final dos questionamentos, os participantes eram submetidos a medida de sinais vitais e pressão arterial sistêmica.

Para adesão ao tratamento medicamento e não medicamento foi utilizado, conforme autorização da autora, o QATHAS elaborado e validado por RODRIGUES (2014), composto por 12 (doze) questões e com coeficiente alfa (α) de Cronbach de 0,81. A resposta é um valor do parâmetro (θ) estimado para o desempenho daquele participante. A escala varia entre 60 e 110, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a adesão ao tratamento.

O nível 60 corresponde aos hipertensos que não tomam o anti-hipertensivo ao menos uma vez por semana, e não tomam, ao menos uma vez por semana, na dose prescrita. O 70 consiste nos hipertensos que deixam de tomar a medicação para hipertensão nos horários estabelecidos ao menos uma vez por semana, porém comparecem as consultas agendadas. O 80 refere-se aos hipertensos que deixam de tomar a medicação conforme a dose prescrita ao menos uma vez por mês, fazem uso da medicação independente de sentir algum sintoma, seguem o

tratamento medicamentoso rotineiramente e reduziram a terça parte do sal, da gordura e de doces e bebidas com açúcar (RODRIGUES, 2014).

Outrossim, o nível 90 corresponde aos hipertensos que deixam de tomar a medicação, nos horários estabelecidos ao menos uma vez por mês, reduziram a metade do sal, gordura e doces e bebidas com açúcar. O nível 100 consiste nos hipertensos que deixam de tomar a medicação para hipertensão ao menos uma vez por ano, e comem praticamente sem gordura e sem doces e bebidas com açúcar. O nível 110 representa os hipertensos que não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente (RODRIGUES, 2014).

3.5 Exame físico

Foi realizado a mensuração da frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio e pressão arterial com esfigmomanômetro oscilométricos, calibrado e certificado pelo INMETRO, de acordo com as orientações da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão e com o Eighth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 8) (NOBRE, 2010).

3.6 Análise dos dados

Os dados foram organizados em uma planilha no Programa Excel, validados por dupla digitação e a análise estatística foi realizada por meio do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS Windows), versão 22.0®. A verificação da distribuição normal das variáveis quantitativas foram feitas pelo teste de Kolmogorov. As variáveis contínuas estão apresentadas como média \pm desvio padrão. Para analisar a associação entre as variáveis dependentes (não adesão ao tratamento) e variáveis sociodemográficas e econômicas, clínicas, relacionadas ao tratamento, estilo de vida foi utilizado o teste t de Student, com seus respectivos intervalos de confiança de 95% para cada variável do estudo. O nível de significância adotado foi de $\alpha=0.05$.

3.7 Aspectos éticos

Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFU com o nº 4.567.621 e aprovado com um CAAE: 3 3792420.0.0000.5152 com base na

resolução nº 4.66 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS

Na Tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas e clínicas dos pacientes incluídos neste estudo. No que tange aos participantes foram entrevistados 110 mulheres (46,4%) e 127 homens (53,6%). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em países em desenvolvimento idosos consiste em pessoas com 60 anos ou mais (INAGAKI, et al., 2008). Assim sendo, tem-se que 156 (65,8%) são idosos, 131 (55,3%) pardos, pretos e amarelo, 166 (70%) estudaram até ensino fundamental completo e 134 (58,5%) recebem menos que 2.500 reais. Quanto aos hábitos e estilos de vida, 36 (15,1%) fazem uso de álcool durante a semana e 154 (64,9%) relataram não realizar nenhum exercício físico

Tabela 1- Características sociodemográficas e de hábitos de vida dos participantes incluídos no estudo. Uberlândia (MG), Brasil, 2023.

(continua)

Variáveis	N (%)
Feminino, n (%)	110 (46,4)
Masculino, n (%)	127 (53,6)
Adulto, n (%)	81 (34,2)
Idoso, n (%)	156 (65,8)
Branca, n (%)	106 (44,7)
Pardo/preto/amarelo, n (%)	131 (55,3)
Sem companheiro, n (%)	126 (53,2)
Com companheiro, n (%)	111 (46,8)
Católico, n (%)	134 (56,5)
Evangélico, n (%)	55 (23,2)
Espírita, n (%)	17 (7,1)
Religião de matriz africana, n (%)	5 (2,1)
Não possui religião, n (%)	23 (9,7)
Não acredita em Deus, n (%)	3 (1,2)

(conclusão)

Variáveis	N (%)
Até ensino fundamental completo, n (%)	166 (70)
Médio incompleto ou mais, n (%)	71 (30)
Trabalha, n (%)	73 (30,8)
Não trabalha, n (%)	31 (13)
Aposentado, n (%)	133 (56,1)
< 2 salários mínimo, n (%)	134 (58,5)
≥ 2 salários mínimos, n (%)	95 (41,4)
Tabagista, n (%)	32 (13,5)
Não tabagista, n (%)	204 (86,4)
Etilista, n (%)	36 (15,1)
Não etilista, n (%)	201 (84,8)
Ativo, n (%)	83 (35)
Não ativo, n (%)	154 (64,9)
Obeso, n (%)	74 (32,1)
Não obeso, n (%)	156 (67,8)
IMC baixo peso, n (%)	8 (3,4)
IMC normal, n (%)	66 (28,6)
IMC sobrepeso, n (%)	82 (35,6)
IMC obeso, n (%)	74 (32,1)

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: Salários mínimos referentes ao ano de 2022 (R\$ 1302,00).

Na Tabela 2 encontra-se representada as medidas de tendência central, de variabilidade e da consistência interna de dados clínicos dos participantes dos entrevistados. A FC encontrada foi em média de 76,9 (39-124). A PAS média foi de 128,8 (78-217) mmHg. A PAD a média foi de 75,91 (39,5-137,2) mmHg.

Tabela 2- Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna dos dados clínicos dos participantes do estudo. Uberlândia (MG), Brasil, 2021-2022.

Variáveis	Média (mínimo-máximo)
Frequência Respiratória (irpm)	18,7 (14-24)
Saturação de Oxigênio (%)	95,1 (85-99)
Frequência cardíaca (bpm)	76,9 (39-124)
Média Pressão arterial sistólica (mmHg)	128,8 (78-217)
Média Pressão arterial diastólica (mmHg)	75,9 (39,5-137,2)

Fonte: A autora, 2023.

A prevalência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), doença vascular periférica (DVP), valvulopatias, re-infarto, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), nefropatias, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), mostrado na Tabela 3, foi, respectivamente, 78 (32,9%), 42 (17,7), 91 (38,3%), 42 (17,7%), 57 (24%), 37 (15,6%), 61 (25,7%), 49 (20,6%).

Tabela 3- Doenças crônicas não transmissíveis prévias dos entrevistados pela pesquisa (n=237). Uberlândia (MG), Brasil, 2021-2022.

Variáveis	N (%)
DM, n (%)	78 (32,9)
DVP, n (%)	42 (17,7)
Dislipidemia, n (%)	91 (38,3)
Valvulopatias, n (%)	42 (17,7)
Re-IM, n (%)	57 (24)
DPOC, n (%)	37 (15,6)
Nefropatias, n (%)	61 (25,7)
ICC, n (%)	49 (20,6)

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: DM: diabetes mellitus; DVP: doença vascular periférica; re-IM: re-infarto do miocárdio; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; ICC: insuficiência cardíaca congestiva

Na Tabela 4 estão descritos os medicamentos anti-hipertensivos usados diariamente pelos participantes do estudo. Dentre os mais utilizados, temos, os antagonistas dos receptores

da angiotensina (ARA), diuréticos e beta bloqueadores (BB) 144 (60,8%), 116 (48,9%), 88 (37,1%).

Tabela 4: Medicamentos anti-hipertensivos diários utilizados pelos participantes da pesquisa. Uberlândia (MG), Brasil 2021-2022. (N=235).

Medicamentos	N (%)
IECA, n (%)	29 (12,2)
ARA, n (%)	144 (60,8)
BCC, n (%)	44 (18,6)
BB, n (%)	88 (37,1)
Estatina, n (%)	75 (31,6)
Nitrato, n (%)	8 (3,4)
Diurético, n (%)	116 (48,9)

Fonte: A autora, 2023.

Legenda: IECA: inibidores da enzima conversora de angiotensina ARA: antagonista dos receptores de angiotensina; BCC: bloqueador dos canais de cálcio; BB: betabloqueador.

Na Tabela 5 estão sendo representadas as análise no que tange a adesão medicamentosa e não medicamentosa proporcionada pelo questionário QATHAS. Em relação aos dados coletados a média do QATHAS correspondeu a 92,1 (69-113,8).

Tabela 5- Frequência e porcentagem da adesão medicamentosa e não medicamentosa dos participantes através do Questionário de Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (QATHAS) (n= 237). Uberlândia (MG), Brasil, 2021-2022.

	Classificação	N (%)
QATHAS	60	1 (0,4)
	70	11 (4,6)
	80	80 (33,8)
	90	111 (46,8)
	100	31 (13,1)
	110	3 (1,3)

Fonte: A autora, 2023. **Legenda:** 60- Não tomam o anti-hipertensivo ao menos uma vez por semana e também não tomam, ao menos uma vez por semana, na dose prescrita; 70- Deixam de tomar o anti-hipertensivo nos horários

estabelecidos ao menos uma vez por semana e comparecem as consultas agendadas; 80- Deixam de tomar o anti-hipertensivo conforme a dose 1 vez por mês, faz uso independente do sintoma e reduziram um terço do sal e gordura; 90- Deixam de tomar o anti-hipertensivo conforme a dose ao menos uma vez por mês, reduziram metade o sal, gordura, e doce e bebidas com açúcar; 100- deixam de tomar a medicação ao menos uma vez por ano e comem praticamente sem gordura, sem doces e bebidas com açúcar; 110- os hipertensos não deixam de tomar a medicação para hipertensão, comem praticamente sem sal e seguem o tratamento não medicamentoso rotineiramente.

Tabela 6: Comparação entre variáveis sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e QATHAS. Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, 2021-2022 (n= 237).

Variáveis	Média- QATHAS	p
Idoso	93 ±7,990,4 ±6,9	0,009**
Adulto	90,4 ±6,9	
Não estudou	88,3 ±5,3	0,444
Estudou	92,3 ±7,7	
Branco	91,8 ±7,6	0,567
Parda/Preta/Amarela	92,4 ±7,8	
<1 SM	91,9 ±7,9	0,476
≥1 SM	92,6 ±7,4	
Feminino	91,8 ±8,3	0,620
Masculino	92,3 ±7,2	
Tabagista	91,6 ±6,7	0,689
Não tabagista	92,7 ±7,8	
Não Etilista	92,5 ±7,9	0,031**
Etilista	90 ±5,8	
Ativo	94,9 ±7,6	0,000**
Não ativo	90,6 ±7,3	

Fonte: A autora- Teste t de Student, 2023.

Foi realizado correlação de Spearman entre a variável número de comorbidades e o QATHAS e encontrado um valor de 0,087, portanto, não significativo.

5 DISCUSSÃO

Este trabalho reflete o perfil sociodemográfico e clínico dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica atendidas em ambulatório e hospital universitário no estado de Minas Gerais. Além disso, busca identificar a taxa de adesão ao tratamento desses pacientes. Os principais achados permitem, proporcionar subsídios para ações em saúde, que devem ser implementadas com essa população.

Nota-se que a maioria dos participantes eram do sexo masculino, o que contrasta com a literatura que aponta as mulheres como mais propensas a relatar diagnóstico de HAS (BATISTA et al., 2022; LEE et al., 2022; MAGALHÃES, 2018; PARRA, ROMERO GUEVARA, ROJAS, 2019). Em relação a cor, 55,3% são pretos ou pardos, como previsto, já que cerca de 54% da população brasileira não é branca (JULIÃO, SOUZA, GUIMARÃES, 2021).

O Brasil apresenta atualmente um dos maiores índices de desigualdade econômica no mundo e a baixa escolaridade dos indivíduos é uma das causas desse problema. De acordo com Julião, Souza, Guimarães (2021), cerca de 40% dos hipertensos brasileiros possuem nível de escolaridade até o ensino fundamental completo. Na amostra analisada, constatou-se que 70% dos indivíduos tinham formação escolar até o ensino fundamental completo e 58,5% deles possuíam renda igual ou inferior a dois salários mínimos. Todos esses fatores em conjunto podem prejudicar a possibilidade de mudanças no estilo de vida, em função de uma carga horária de trabalho extensa, cuidados com os filhos e a falta de acesso a locais para praticar exercícios físicos.

Além disso, ao relacionarmos a adesão ao tratamento com as condições sociais e econômicas, autores como Alsofyani et al. (2022) e Shin e Konlan (2023) identificaram que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e baixa adesão são maiores em indivíduos com baixa renda e baixa escolaridade, decorrente das dificuldades de acesso ao tratamento precoce, nutrição inadequada, sedentarismo, estresse, entre outros fatores. Entretanto, em nossos dados, não foram encontradas diferenças estatísticas entre essas variáveis.

Apesar de a hipertensão arterial sistêmica ser uma condição com causas multifatoriais, atualmente, há consenso de que a falta de adoção de práticas de atividade física aumenta o risco e as consequências da condição. Em um estudo realizado com 220 indivíduos hipertensos, foi constatado o predomínio do comportamento sedentário em relação aos indicadores avaliados. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2023, 47% dos brasileiros não praticam nenhum tipo de atividade física diariamente. Nossos dados mostraram uma inatividade física de 64,9% entre os indivíduos estudados

Além disso, de acordo com nossas análises, os pacientes ativos revelaram maior adesão ao tratamento em comparação aos pacientes não ativos. Esse resultado está em conformidade com as constatações de Choi et al. (2018). Entre os fatores que podem explicar a baixa adesão à atividade física, incluem-se a idade avançada da maioria dos pacientes idosos em nossa amostra, que enfrentam dificuldades devido ao comprometimento muscular, bem como o fato de que mais da metade da população apresenta renda familiar baixa, o que cria obstáculos ao acesso à atividade física (OLIVEIRA et al., 2019).

Conforme a literatura, a prevalência de HAS aumenta com a idade (LEE et al., 2022; PARRA, ROMERO GUEVARA, ROJAS, 2019). De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (2019), enquanto a taxa de hipertensão em indivíduos de 18 a 29 anos foi de 2,8%, a prevalência entre pessoas entre 65 e 74 anos foi de 56,6%. O estudo constatou que 65,8% dos casos ocorrem em idosos. Isso pode ocorrer devido a alterações vasculares, fatores oxidativos e estressores e baixa procura de serviços de saúde pelos jovens, resultando em baixo diagnóstico de hipertensão.

Neste estudo, constatou-se que os idosos aderem mais ao tratamento do que os adultos. Também foi encontrado resultados semelhantes por Alsofyani et al. (2022) e Choi et al. (2018) demonstrando que indivíduos idosos têm maior propensão a aderir ao tratamento. Tal resultado pode ser explicado pelo fato de que os idosos procuram mais os serviços de saúde e, como consequência, recebem maior acompanhamento e orientação dos profissionais, o que acaba estimulando a aderência ao tratamento.

Por outro lado, alguns estudos indicam que a presença de múltiplas comorbidades pode dificultar o acesso aos medicamentos necessários ou resultar em esquecimentos, o que diminui a adesão ao tratamento entre a população idosa (CHOI et al., 2018, OSENI et al., 2023). Apesar de nossa amostra de pesquisa ter uma participação significativa de idosos (65,8%), teorizamos que esse achado também poderia ser encontrado, no entanto, segundo a correlação de Spearman o valor não foi significativo.

Quanto aos resultados da adesão ao tratamento mensurado pelo Qathas, verificou-se que 46,8% dos participantes foram classificados no nível 90. Esses achados são diferentes de um estudo realizado no Piauí com 254 homens idosos hipertensos, que encontrou um nível de adesão de 100 (FALCÃO et al., 2018). Todavia, esse resultado pode ser diferente, pois nosso estudo trabalha com amostra de ambos os gêneros e de idades variadas, enquanto o estudo elencado, trabalhou apenas com homens idosos. No entanto, estão em consonância com o

estudo de Delbo, Teixeira (2019), Magalhães (2018) e Silva (2019), que observaram uma média de adesão de 90.

Os resultados da pesquisa de Oseni et al. (2023) revelaram uma associação entre tabagismo, perda de controle da pressão arterial e aumento de complicações para hipertensos. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a taxa de tabagismo entre a população com 18 anos ou mais foi de 12,8% (BRASIL, 2020). Nossos resultados, obtidos a partir de uma amostra de 13,5% de fumantes, são semelhantes a esses dados. Buscamos examinar a possível relação entre não ser fumante e uma maior adesão ao tratamento, no entanto, assim como observado no estudo de Choi et al. (2018), não encontramos associação significativa nessa análise.

No que diz respeito ao consumo de bebidas alcoólicas, dados da PNS de 2019 indicam que 37,1% dos homens e 12,9% das mulheres bebem pelo menos uma vez por semana. Em nossa amostra, 15,1% são etilistas e foi observado que aqueles que não consomem álcool têm uma maior adesão ao tratamento. Esses achados se diferem dos resultados de Choi et al. (2018), que não identificaram uma associação significativa entre as variáveis. Uma possível explicação para essa diferença pode ser a alta taxa de religiosidade em nossa amostra, o que pode afetar diretamente o consumo de álcool.

É importante mencionar que nosso estudo tem algumas limitações. Ele é do tipo transversal, realizado em apenas um hospital no estado de Minas Gerais, com uma amostra populacional limitada. Portanto, sua precisão temporal é baixa e a incidência não pode ser mensurada. Além disso, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito, o que pode dificultar a interpretação das associações entre as variáveis. No entanto, por meio desses dados, os profissionais de saúde conseguirão entender os fatores que interferem na adesão do tratamento pelos pacientes, possibilitando o estabelecimento de ferramentas e elementos para melhorar a efetividade de suas orientações durante os atendimentos clínicos. Adicionalmente, identifica-se lacunas e pontos suscetíveis a mudanças, que devem ser abordados por meio de políticas públicas.

6 CONCLUSÃO

Resumidamente, constatou-se através deste estudo que a maioria dos pacientes hipertensos atendidos no Hospital de Clínicas de Uberlândia é do sexo masculino, possui cor de pele preta ou parda, é idosa, tem escolaridade até o ensino fundamental completo, possui renda de até dois salários-mínimos e apresenta alta taxa de inatividade física. No que tange à

adesão ao tratamento, os entrevistados apresentaram adesão parcial, esquecendo a medicação ao menos uma vez por mês e reduzindo apenas pela metade o consumo de sódio, doces, bebidas açucaradas e gorduras. Foi possível observar que idosos, pessoas que praticam atividade física diariamente e que não faz uso de bebida alcoólica tende a aderir mais ao tratamento

Esses resultados indicam a necessidade de políticas públicas e ações educativas mais eficazes para minimizar as consequências da não adesão ao tratamento, seja medicamentoso ou não. Tais achados são de grande importância para os profissionais de saúde e gestores públicos, já que trazem à tona os fatores que podem afetar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos. Ademais, sugere-se a realização de estudos de causa e efeito para comprovar quais são os fatores que interferem na adesão ao tratamento de hipertensos, a fim de traçar estratégias para aumentar a adesão ao tratamento desses indivíduos.

REFERÊNCIAS

- AL-MAKKI, A. et al. Hypertension pharmacological treatment in adults: a World Health Organization guideline executive summary. **Hypertension**, v. 79, n. 1, p. 293-301, 2022. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18192>>. Acesso em: 03 jun. 2023.
- ALSOFYANI, M. A. et al. Factors related to treatment adherence among hypertensive patients: A cross-sectional study in primary healthcare centers in Taif city. **Journal of Family and Community Medicine**, v. 29, n. 3, p. 181-188, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9664459/>>. Acesso em: 24 maio. 2023.
- BARROSO, W.K. S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial-2020. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 116, n. 3, p. 516-638, 2021. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2023.
- BATISTA, G. F. et al. Principais fatores que influenciam na adesão do tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, 2022. Disponível em: <file:///C:/Users/yanne/Downloads/24760-Article-293378-1-10-20220106%20(4).pdf>. Acesso em: 20 maio. 2023.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões, Rio de Janeiro, 2020.
- BURNIER, M; EGAN, B. M. Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. **Circulation research**, v. 124, n. 7, p. 1124-1140, 2019. Disponível em: <<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCRESAHA.118.313220>>. Acesso em: 21 maio. 2023.
- CHOI, H. Y. et al. Factors affecting adherence to antihypertensive medication. **Korean journal of family medicine**, v. 39, n. 6, p. 325, 2018. Disponível em: <<https://www.kjfm.or.kr/journal/view.php?doi=10.4082/kjfm.17.0041>> . Acesso em: 20 maio. 2023.
- DELBO, M. C. D; TEIXEIRA, C. S. Perfil de saúde e adesão ao tratamento de pessoas hipertensas. **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://revistas.unilago.edu.br/index.php/revista-cientifica/article/view/216>>. Acesso em 03 junho. 2023.
- ELHAG, M. et al. The Association Between Religiosity, Spirituality, and Medication Adherence Among Patients with Cardiovascular Diseases: A Systematic Review of the Literature. **Journal of Religion and Health**, v. 61, n. 5, p. 3988-4027, 2022. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9509306/>>. Acesso em: 03 junho. 2023.

FALCÃO, A. et al. Estilo de vida e adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica em homens idosos. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: < <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/7402>>. Acesso em: 03 junho. 2023.

HEINISCH, R.H; STANGE, L.J. Religiosidade/Espiritualidade e adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. **Boletim do curso de Medicina da UFSC**, v. 4, n.2, p. 2-7, 2018. Disponível em: < <https://ojs.sites.ufsc.br/index.php/medicina/article/view/2898>>. Acesso em: 02 junho. 2023.

INAGAKI, Rosana Kasumi et al. A vivência de uma idosa cuidadora de um idoso doente crônico. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 7, 2008.

JULIÃO, N. A; SOUZA, A; GUIMARÃES, R. R. M. Tendências na prevalência de hipertensão arterial sistêmica e na utilização de serviços de saúde no Brasil ao longo de uma década (2008-2019). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 4007-4019, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/csc/a/L4sGZw5MYny3vjWDn CvLbxs/>>. Acesso em: 25 maio. 2023.

LEE, S. et al. A Study on Types of Medication Adherence in Hypertension among Older Patients and Influencing Factors. **Multidisciplinary Digital Publishing Institute**, 2022. p. 2322. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/11/2322>>. Acesso em: 21 maio. 2023.

LIN, C.Y. et al. Effects of religiosity and religious coping on medication adherence and quality of life among people with epilepsy. **Epilepsy & Behavior**, v. 78, p 45-51, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016.j.yrbeh.2017.10.009>>. Acesso em: 20 maio. 2023.

LITWIN, M; KUŁAGA, Z. Obesity, metabolic syndrome, and primary hypertension. **Pediatric Nephrology**, v. 36, p. 825-837, 2021. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32388582/>>. Acesso em: 20 maio. 2023.

MAGALHÃES, Paulo Sávio Fontenele. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise em pacientes atendidos em demanda espontânea e agendada na atenção primária em saúde, 2018.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Atividade física e saúde**, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: < <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931>>. Acesso em: 03 junho. 2023.

MELO, Denise Mendonça de; BARBOSA, Altemir José Gonçalves. O uso do Mini-Exame do Estado Mental em pesquisas com idosos no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, p. 3865-3876, 2015.

MILLS, K. T.; STEFANESCU, A; HE, J. The global epidemiology of hypertension. **Nature Reviews Nephrology**, v. 16, n. 4, p. 223-237, 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32024986/>>. Acesso em: 20 maio. 2023.

NILSON, E. A. F. et al. Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, 2020. Disponível em: < <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>>. Acesso em: 03 junho. 2023.

NOBRE, F. et al. Posicionamento sobre Hipertensão Arterial e Espiritualidade– 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, p. 599-613, 2021. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/abc/a/w7PswtLHtcrnnW65Bzyv7kQ/?lang=pt>>. Acesso em: 02 junho. 2023.

NOBRE, Fernando et al. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. 2010.

OLIVEIRA, C. C. R. B. et al. Nível de atividade física em pessoas com hipertensão arterial sistêmica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 33, 2019. Disponível em: < <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/33648>>. Acesso em 23 maio. 2023.

Organização Pan-americana da Saúde. Noncommunicable diseases. 2022. Disponível em: < <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>>. Acesso em 30 mar. 2023.

OSANI, T. et al. Determinantes do controle da pressão arterial entre pacientes hipertensos atendidos em um hospital universitário rural no sul da Nigéria. **Nigerian Journal of Clinical Practice**, v. 26, n. 3, 2023. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37056097/>>. Acesso em 03 junho. 2023.

PARRA, D. I; ROMERO GUEVARA, S. L; ROJAS, L. Z. Influential factors in adherence to the therapeutic regime in hypertension and diabetes. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 37, n. 3, 2019. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7871498/>>. Acesso em 22 maio. 2023.

RODRIGUES, M. T. P; MOREIRA, T. M. M; ANDRADE, D. F. Elaboração e validação de instrumento avaliador da adesão ao tratamento da hipertensão. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 232-240, 2014. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rsp/a/N4gst6WvZg3kvnZqzvJG38L/?lang=pt>>. Acesso em 10 maio. 2022.

SARATHY, H. et al. Evaluation and management of secondary hypertension. **Medical Clinics**, v. 106, n. 2, p. 269-283, 2022. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35227430/>> . Acesso em: 24 maio. 2023.

SHIN, J; KONLAN, K. D. Prevalence and determinants of medication adherence among patients taking antihypertensive medications in Africa: A systematic review and meta-analysis 2010–2021. **Nursing Open**, 2023. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36693022/>>. Acesso em: 25 maio. 2023.

SILVA, A. T. M. Efeito do gerenciamento de caso no controle dos níveis pressóricos em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. 2019. Disponível em: < <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/61370>>. Acesso em: 22 maio. 2023.

SPENCE, J. David. Controlling resistant hypertension. **Stroke and Vascular Neurology**, v. 3, n. 2, 2018. Disponível em: < <https://svn.bmj.com/content/3/2/69>>. Acesso em: 23 maio. 2023.