

Adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial sistêmica

Compliance with outpatient clinical treatment of hypertension

Aurelina Gomes e Martins¹

Suzel Regina Ribeiro Chavaglia²

Rosali Isabel Barduchi Ohl³

Igor Monteiro Lima Martins⁴

Mônica Antar Gamba³

Descritores

Cooperação do paciente; Hipertensão/terapia; Monitoração ambulatorial da pressão arterial; Enfermagem de atenção primária; Aceitação do paciente de cuidados de saúde

Keywords

Patient compliance; Hypertension/therapy; Blood pressure monitoring, ambulatory; Primary care nursing; Patient acceptance of health care

Submetido

13 de Março de 2014

Aceito

29 de Maio de 2014

Autor correspondente

Rosali Isabel Barduchi Ohl
Rua Napoleão de Barros, 754, São Paulo, SP, Brasil. CEP: 04024-002
rosaliohl@hotmail.com

DOI

<http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400045>

Resumo

Objetivo: Analisar adesão ao tratamento clínico ambulatorial da hipertensão arterial.

Métodos: Estudo transversal, onde foram estudadas variáveis demográficas, socioeconômicas e de conhecimento sobre a doença. Aplicou-se Teste de *Morisky-Green* (TMG) para medir adesão, e regressão logística múltipla, identificando os fatores associados à adesão.

Resultados: Observou-se homogeneidade entre adesão/não adesão quanto ao sexo, faixa etária, estado civil, cor/raça, escolaridade, atividade profissional, número de pessoas na casa e ocupação. Evidenciou-se associação significativa entre renda e adesão ao tratamento ($p=0,039$). Os hipertensos orientados pelos agentes comunitários de saúde apresentaram 2,21 vezes mais chance de não adesão à medicação quando comparados aos orientados pela equipe e ajustados a renda de não/adesão à medicação (OR= 2,21; IC 1,08 -4,85; $p=0,033$).

Conclusão: A renda e as orientações prestadas pelos agentes comunitários de saúde interferiram na adesão, havendo necessidade de capacitação e oferecimento de práticas de captação de renda e mudança de hábitos.

Abstract

Objective: Assessing the compliance with outpatient treatment of hypertension.

Methods: Cross-sectional study in which were studied demographic and socioeconomic variables, as well as of knowledge about the disease. The Morisky-Green Test (MGT) was applied to measure the compliance with treatment, and multiple logistic regression to identify factors associated with it.

Results: There was homogeneity between compliance/non-compliance regarding gender, age, marital status, color/race, education, professional activity, number of people in the household and occupation. There was a significant association between income and compliance with treatment ($p = 0.039$). The hypertensive subjects guided by the community health agents had 2.21 times greater risk of non-compliance with medication compared to those guided by the team and adjustment to income of the subjects non-compliant with medication (OR = 2.21, CI 1.08 -4, 85, $p = 0.033$).

Conclusion: Income and the guidance provided by community health agents interfered in the compliance with treatment, requiring training and the offer of fundraising practices and lifestyle changes.

¹Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

²Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil.

³Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴Faculdades Integradas Pitágoras de Montes Claros, Montes Claros, MG, Brasil.

Conflitos de interesse: não há conflitos de interesse a declarar.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica está correlacionada a complicações clínicas que levam um número significativo de brasileiros a óbito. Muitas complicações poderiam ter sido evitadas e/ou minimizadas, como, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e insuficiência renal, se tivessem aderido precocemente ao plano terapêutico.⁽¹⁾

Os índices são alarmantes e respondem por uma das principais causas de morte no país. A taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório sofre aumento a cada ano. Entre os períodos de 2000 a 2011 o número de óbitos elevou-se em 28,6% e no ano de 2011, as doenças isquêmicas do coração e as cerebrovasculares foram responsáveis por 61% de óbitos nessa categoria. Além disso, as doenças cardiovasculares são responsáveis por complicações e sequelas graves que comprometem o desempenho desses cidadãos na própria vida, na vida familiar e em última análise na sociedade como um todo.^(2,3)

Estudos indicam que a baixa adesão ao tratamento está presente em 50% dos casos de pacientes hipertensos descompensados e tal fato tem se configurado como uma barreira para o controle pressórico dessa população.^(1,4)

Um aspecto importante para determinar a interferência na atenção às pessoas com doença crônica está relacionado com os termos *aderência* e *adesão*. Apesar de interligados e se relacionarem à mesma ação, eles se diferem por indicarem o ato (adesão) e o efeito (aderência) dessa ação. Assim, a adesão do paciente ao tratamento de uma doença significa seguir o tratamento exatamente da forma que foi proposto pelos profissionais de saúde.⁽⁴⁾

É importante a realização de estudos sobre a temática adesão que identifiquem as influências do comportamento humano e da estrutura socioeconômica para a não adesão a um esquema de tratamento para a HAS, considerado relativamente simples, sustentado na tríade: medicamento, dieta balanceada e atividade física.

Dessa forma, poderão ser feitas intervenções concretas no acompanhamento dessa população, como efetivar os programas de saúde pública, e

estabelecer os indicadores de qualidade para então avaliar os referidos programas.

O objetivo deste estudo foi analisar a adesão ao tratamento clínico da hipertensão arterial na população assistida por uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Métodos

Trata-se de um estudo transversal realizado em uma unidade da Estratégia de Saúde da Família na cidade de Montes Claros, estado de Minas Gerais, região sudeste do Brasil. Utilizou-se, a princípio, o Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus* da Atenção Básica (SIS- HIPERDIA).

Foram alocadas todas as 140 pessoas em tratamento ambulatorial para hipertensão arterial e residentes na área de abrangência. A amostra foi não probabilística, e foram excluídos os que apresentavam comorbidades.

Os instrumentos utilizados foram relacionados às variáveis sócio-clínico-epidemiológicas, atreladas ao teste de *Morisky-Green*, que avalia as atitudes do paciente em relação ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial, validado no Brasil.⁽⁵⁾

As variáveis relacionadas ao objeto de estudo foram apresentadas por meio de estatística descritiva. A comparação entre adesão ao tratamento e demais variáveis foi feita por meio do Teste qui-quadrado de *Pearson* ou pelo Teste Exato de *Fisher*.

Na análise múltipla a variável dependente da pesquisa foi a não adesão ao tratamento. As associações entre a variável dependente e as variáveis do estudo – socioeconômicas, demográficas, de estilo de vida e conhecimento da doença – foram estabelecidas através do Teste qui-quadrado de *Pearson* ou Teste Exato de *Fischer*.

Para se verificar os fatores associados a não adesão ao tratamento utilizou-se análise de regressão logística múltipla. Foram estimadas as medidas de risco, *Odds Ratios* (OR) para cada variável individualmente no modelo (OR bruta) e também as OR's ajustadas pelo modelo múltiplo. Em todos os testes estatísticos considerou-se um nível

de significância de 0,05. O programa estatístico utilizado foi o *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 14.0.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 140 sujeitos investigados, a maior parte pertence ao sexo feminino (70,7%), na faixa etária entre 40 a 49 anos (42,1%), não casados (50,0%). Com relação à cor/raça, a maior proporção declarou-se como não brancos (70,7%).

Com relação à escolaridade, 94 das pessoas (67,1%) declararam ter cursado o ensino fundamental completo, 17,1% analfabetos, e 15,8% cursaram o ensino médio ou superior. Com relação à atividade profissional, a maioria, 98 sujeitos (70%) foi classificada como economicamente não ativa, estando afastados ou aposentados, e 119 (85%) sujeitos com renda familiar de apenas um salário mínimo, 108 (77,1%) sujeitos residindo em casas com menos de cinco moradores. Em relação à condição de moradia 108 (77,1%) referiram residir em casa própria.

Analisando os dois grupos aderentes e não aderentes ao tratamento anti-hipertensivo e variáveis demográficas, observam-se semelhança entre os dois grupos em relação ao sexo, faixa etária, estado civil e cor/raça (Tabela 1).

Tabela 1. Características demográficas e adesão ao tratamento

Variáveis	Adesão		p-value
	Sim n(%)	Não n(%)	
Sexo			
Masculino	15(36,6)	26(26,3)	0,222
Feminino	26(63,4)	73(73,7)	
Faixa etária (anos)			
< 50	34(82,9)	75(75,8)	0,353
≥ 50	07(17,1)	24(24,2)	
Estado civil			
Casado	05(12,2)	10(10,1)	0,767
Não casado	36(87,8)	89(89,9)	
Cor/Raça			
Branca	10(24,4)	21(21,2)	0,680
Não branca	31(75,6)	78(78,8)	
Total	41(100,0)	99(100,0)	

Também são semelhantes em relação à escolaridade, atividade profissional, número de pessoas na casa e condição da ocupação. No entanto, encontrou-se associação significativa entre renda e adesão ao tratamento ($p=0,039$), o que demonstra heterogeneidade em relação a esta variável (Tabela 2).

Tabela 2. Características socioeconômicas e adesão ao tratamento

Variáveis	Adesão		p-value
	Sim n(%)	Não n(%)	
Escolaridade			
Analfabeto	5(12,2)	19(19,2)	0,553
Ensino Fundamental	30(73,2)	64(64,6)	
Ensino Médio ou Superior	06(14,6)	16(16,2)	
Atividade profissional			
Sim	14(34,1)	28(28,3)	0,491
Não	27(65,9)	71(71,7)	
Renda familiar			
< 1 salário	09(22,0)	09(9,1)	0,039
≥ 1 salário	32(78,0)	90(90,9)	
Número de pessoas			
< 5 pessoas	32(78,0)	21(21,2)	0,870
≥ 5 pessoas	09(22,0)	78(78,8)	
Condição da moradia			
Própria	30(73,2)	76(76,8)	0,471
Não própria	11(26,8)	23(23,2)	
Total	41(100,0)	99(100,0)	

Os grupos de hipertensos aderentes e não aderentes ao tratamento apresentaram-se semelhantes com relação às orientações, ao Índice de Massa Corpórea – IMC e às mudanças de hábitos após as orientações.

Em relação ao Índice de Massa Corpórea – IMC, 114 (81,4%) pessoas estão classificadas entre sobrepeso e obesidade (84%), referindo terem recebido orientações sobre dieta (88,6%), atividade física (84,3%), consumo de cigarro (62,9%) e bebidas alcoólicas (60,0%) e, também, sobre o uso de medicamentos (96,4%). Em relação às orientações recebidas, a maioria, 94 (67,1%) sujeitos referiu o Agente Comunitário de Saúde como responsável pelas orientações.

Quanto ao conhecimento sobre a doença observou-se que os grupos mostraram-se homogêneos para as variáveis: tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, comparecimento às consultas e recebimento de visitas domiciliares (Tabela 3).

Tabela 3. Conhecimento sobre a doença

Variáveis	Adesão		p-value
	Sim n(%)	Não n(%)	
Tempo de diagnóstico (anos)			
< 9	26(63,4)	62(62,6)	0,930
≥ 9	15(36,6)	37(37,4)	
Tempo de tratamento (anos)			
< 9	25(61,0)	61(61,6)	0,944
9 – 10	16(39,0)	38(38,4)	
Comparecimento às consultas			
Sim	39(95,1)	85(85,9)	0,150
Não	2(4,9)	14(14,1)	
Recebe visitas domiciliares			
Sim	39(95,1)	95(96,0)	1,000
Não	2(4,9)	4(4,0)	
Aderente ao tratamento (autorreferido)			
Sim	41(100,0)	69(69,7)	-
Não	0	30(30,3)	
Total	41(100,0)	99(100,0)	

Quanto à distribuição da não adesão dos hipertensos ao tratamento associada à orientação exclusiva realizada pelo Agente Comunitário de Saúde – ACS, os hipertensos apresentaram 2,21 vezes mais chance de ser “não aderente” ao tratamento em relação àqueles não orientados pelo ACS, independente da renda familiar, do uso de medicamentos e de cigarros. (OR bruto IC 95% (1,08-4,91) OR ajustado (IC95%)= 2,21 (1,08-4,85; p= 0,033), O *p-value* do teste de ajuste do modelo (*Hosmer & Lemeshow*) é de 0,94, no modelo ajustado por renda familiar, uso de medicamentos e cigarros, e no modelo sem variável de ajuste.

Discussão

Esta investigação com análise descritiva obtida por um estudo transversal apresenta algumas limitações relacionadas a viés de seleção, ou seja, pelo fato dos dados terem sido coletados em uma única unidade de saúde, bem como pela coleta ter sido baseada em informações autorreferidas, o que não nos permite tecer generalizações em relação à adesão ao tratamento de hipertensos cadastrados em outros serviços.

A adesão ao tratamento de condições crônicas apresenta-se como um grande desafio para a saúde pública e para a enfermagem. Desta forma, os resultados deste estudo poderão contri-

buir para que os enfermeiros possam definir estratégias como a realização de novas pesquisas e intervenções educativas que contribuam para o aumento da efetividade das ações desenvolvidas para o controle da hipertensão.

A maior parcela da população estudada pertence ao sexo feminino. A predominância da hipertensão arterial sistêmica na população feminina vem sendo apontada por alguns estudos desenvolvidos no Brasil e no exterior refletindo a maior procura desta população pelos serviços de saúde. Este fato pode estar relacionado, aqui no Brasil, a maior disponibilidade das mulheres para participar das atividades desenvolvidas nos serviços de saúde, em especial, na Estratégia em Saúde da Família.⁽⁶⁻⁹⁾

Estudos apontam para o fato das mulheres buscarem tratamento como um reflexo cultural motivado pela forma como são organizados os serviços de saúde (horário de atendimento, localização) e pela maior expectativa de vida da mulher em relação ao homem atribuída à proteção cardiovascular e pelo menor consumo de tabaco e álcool.⁽¹⁰⁻¹²⁾

A idade mais frequente na população estudada ficou na faixa etária entre 40 e 49 anos, diferente do encontrado na literatura, que aponta que a hipertensão arterial prevalece na população masculina por volta dos 50 anos de idade, e igualando-se a população feminina após a menopausa.^(6,7,11,12) Isto foi observado porque neste estudo partiu-se de dados cadastrais e não de inquérito populacional, caracterizando-se como um possível viés de seleção.

Quanto ao nível de escolaridade neste estudo predominou o ensino fundamental completo, importante indicador social e fator determinante no processo saúde-doença. Apesar de não ter encontrado associação significativa entre a escolaridade e a adesão ao tratamento, a literatura demonstra tendência na queda da pressão arterial média e da hipertensão arterial conforme maior o grau de escolaridade, podendo ocorrer a influência de outros fatores de ordem social e condições de ocupação.^(13,14)

Os indivíduos de baixa escolaridade e com doenças crônicas apresentam dificuldades tanto no entendimento da receita como nas informações obtidas na bula do medicamento no que diz respeito a dosagem correta, indicações, con-

traindicações e advertências, uma vez que essas limitações de compreensão aumentam o risco de erros com a medicação.^(15,16)

Quanto ao estado civil, os indivíduos classificados como “separados” apresentaram maior frequência de hipertensão. Podemos inferir que o apoio formal ou informal que pessoas recebem de seus pares pode melhorar a adesão ao tratamento. Pessoas com companheiros apresentam duas vezes mais chances de aderirem ao tratamento quando comparadas àquelas sem companheiros.⁽¹⁷⁾

Quanto à cor/raça, a maioria dos participantes foi constituída de não brancos. Estudos com abordagem sobre gênero e cor no Brasil demonstram predomínio de mulheres negras com hipertensão arterial sistêmica de até 130% em relação às brancas e que, no Brasil, ainda não se conhece com exatidão o impacto da miscigenação sobre a doença.^(4,18)

A associação significativa ($p=0,039$) encontrada entre a não adesão ao tratamento e os recursos financeiros pode ser corroborada por estudos que indicam que o baixo poder aquisitivo não só dificulta a sobrevivência como também o acesso aos medicamentos anti-hipertensivos. Nesse sentido, observa-se na literatura que os níveis econômicos mais baixos se associam a maior prevalência de HAS e exposição a fatores de risco para a elevação da pressão arterial.^(4,6,7,10,19)

A adesão ao tratamento é considerada um processo comportamental complexo fortemente influenciado pelo meio ambiente, indivíduo, profissionais de saúde, assistência médica, que abrange as dimensões biológica, psicológica, socioeconômica e cultural. Observa-se que tanto as orientações de saúde recebidas quanto hábitos e condições de vida como o excesso de peso, ingestão de álcool, tabagismo, má alimentação, e estresse, dentre outros, se constituem em fatores de risco para a não manutenção do controle pressórico.^(1,2,19,20)

Ao analisar a distribuição dos hipertensos de acordo com as orientações recebidas sobre saúde e hábitos de vida, observou-se que a maioria dos sujeitos (81,4%), mencionou ter obtido informações sobre dieta, atividade física, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. Esses sujeitos sinalizaram mudanças nos seus hábitos de vida após as mesmas.

O efeito de programas educativos na adesão ao tratamento não medicamentoso indica baixo seguimento da população estudada a essas recomendações. A educação se constitui numa das intervenções mais bem sucedidas para melhoria da adesão e autogestão da pessoa com doenças crônicas, especialmente se a proposta educativa estiver centrada nas crenças e preocupações sobre suas condições de saúde e de tratamento. Daí percebe-se a necessidade de um maior número de investigações quanto à mudança de hábitos autorreferidas, no sentido de se avaliar a efetividade e a qualidade das orientações prestadas pelos profissionais de saúde.⁽²¹⁻²⁵⁾

Quanto à distribuição dos sujeitos hipertensos de acordo com o tempo de tratamento, comparecimento às consultas, recebimento de visitas domiciliares e adesão autorreferida, constata-se que aqueles que se autorreferem como não aderentes, em sua maioria, possuem tempo de diagnóstico e tratamento menor que nove anos, são os que mais comparecem às consultas e recebem visitas domiciliares. Esses dados vão ao encontro dos resultados apresentados por estudos sobre a temática adesão ao tratamento e controle da hipertensão, bem como da fragilidade dos dados autorreferidos pelos sujeitos do estudo em pesquisa.^(26,27)

Houve relação estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre a não adesão ao tratamento quando as orientações à saúde foram realizadas somente pelo agente comunitário de saúde. Tal fato pode estar vinculado ao pouco tempo de atividade que esses profissionais possuem nesta área sem nenhum treinamento ou capacitação. Esses dados coincidem com outro estudo que indica que o processo de qualificação dos agentes, tem sido fragmentado e insuficiente para desenvolvimento das competências necessárias para as ações preventivas de saúde e na inserção na linha de cuidado da hipertensão arterial.^(28,29)

O teste de *Morisky-Green*, evidenciou baixa adesão à terapêutica medicamentosa para o tratamento da hipertensão arterial (70,7%), fato esse relacionado principalmente ao esquecimento da ingestão do medicamento. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos observacionais que demons-

traram a falta de adesão de hipertensos associada aos esquecimentos na ingestão de medicamentos.^(18,22)

Quando questionados sobre o motivo da não adesão, 30 (21,4%) sujeitos citaram como causa a falta de medicamentos na unidade. No Brasil, apesar de representar grande parte do investimento em saúde pública, a dispensação gratuita de medicamentos ainda não é suficiente para cobrir as necessidades correntes.

Dessa forma, torna-se necessário investir na melhoria da qualidade da atenção oferecida à população, aperfeiçoando o acolhimento dos usuários, aumentando a resolutividade em toda a rede de serviços, incentivando a responsabilização dos profissionais e equipes de saúde pelo cuidado dos pacientes, integrando os serviços através de linhas de cuidado e maior articulação entre os vários níveis do sistema local de saúde.⁽³⁰⁾

A falta de preparo dos agentes comunitários no levantamento e atendimento às necessidades das pessoas hipertensas indica a importância do desenvolvimento de estratégias e capacitação dos profissionais que permitam o conhecimento e aplicação das linhas de cuidado em hipertensão para a melhoria da qualidade da atenção básica ali prestada.

Conclusão

A renda e as orientações prestadas pelos agentes comunitários de saúde foram fatores significativos para a adesão ao tratamento preconizado.

Colaborações

Martins AG; Chavaglia SRR; Ohl RIB; Martins IML e Gamba MA declaram que contribuíram com a concepção e projeto, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

- Piccini R, Facchini LA, Tomasi E, Siqueira FV, Silveira DS, Thumé E, Silva SM, Dilelio AS. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012; 46(3):543-50.
- Brasil. Ministério da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. DATASUS. [Internet] 2011; [citado 2012 Out 12]. Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2011/matriz.htm>.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Rev Bras Hipertens*. 2010; 95(1 Supl 1):1-51.
- Santos MV, Oliveira DC, Arraes LB, Oliveira DA, Medeiros L, Novaes MA. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: conceitos, aferição e estratégias inovadoras de abordagem. *Rev Bras Clin Med*. 2013;11(1):55-61.
- Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf-Neto J. Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não adesão ao tratamento com medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(4):764-7.
- Gomes TJ, Silva MV, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. *Rev Bras Hipertens*. 2010; 17(3):132-9.
- Freitas LC, Rodrigues GM, Araújo FC, Falcon EB, Xavier NF, Lemos EL, Pires CA. Perfil dos hipertensos da Unidade de Saúde da Família Cidade Nova 8, município de Ananindeua-PA. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2012;7(22):13-9.
- Li WW, Froelicher ES. Gender differences in Chinese immigrants: predictors for antihypertensive medication adherence. *J Transcult Nurs*; 2007;18(4): 331-8.
- Doner Lotenberg L, Clough LC, Mackey TA, Rudolph AE, Samuel R, Foody JM. Lessons learned from a survey of the diagnosis and treatment journeys of postmenopausal women with hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2013;15(8):532-41.
- Porto LK, Cadete LV, Nascimento MB, Freire MN, Dias WT, Almeida NA. Perfil epidemiológico de idosos hipertensos e/ou diabéticos de unidades da Estratégia de Saúde da Família/ESF, do município de Governador Valadares – MG. *Rev Cient FACS*. 2011;13(14):87-92.
- Reiners AA, Oliveira DA, Seabra FM, Azevedo RC, Sudré MR, Duarte SJ. Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica. *Ciênc Cuid Saúde*. 2012;11(3):581-7.
- Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(3):565-74.
- Lima LP, Gazetta CE. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 14(2):88-94.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. 2008. 130 p. [citado 2014 Mai 23]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf.
- Persell SD, Eder M, Friesema E, Connor C, Rademaker A, French DD, King J, Wolf MS. EHR-based medication support and nurse-led medication therapy management: rationale and design for a three-arm clinic randomized trial. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2(5): e000311.
- Williams A, Manias E, Walker R, Gorelik A. A multifactorial intervention to improve blood pressure control in co-existing diabetes and kidney disease: feasibility randomized controlled trial. *J Advanced Nursing*. 2012; 68(11): 2515–25.
- Cenatti JL, Lentsck MH, Prezotto KH, Pilger C. Caracterização de usuários hipertensos de uma Unidade Básica de Saúde da Família.

- REAS. 2013;2(1):21-31.
18. Rocha CH, Oliveira AP, Ferreira C, Faggiani FT, Schroeter G, Souza AC, Decarli GA, Morrone FB, Werlang MC. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. *Cien Saúde Coletiva*. 2008; 13(Supl.):703-10.
 19. Cunha PR, Branco DR, Bernardes AC, Aguiar MI, Rolim IL, Linard AG. Prevalência e causas de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo de idosos na atenção básica. *Rev Pesq Saúde*. 2012;13(3):11-6.
 20. Pires CG, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(Sup 2):2257-67.
 21. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Foss-Freitas MC, Torres HC, Monteiro LZ, Pace AE. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com *diabetes mellitus*. *Texto & Contexto Enferm*. 2011;20(2):272-9.
 22. Torres HC, Pereira FR, Alexandre LR. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em *diabetes mellitus* tipo 2. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(5):1077-82.
 23. Vitor AF, Monteiro FP, Moraes HC, Vasconcelos JD, Lopes MV, Araújo TL. Perfil das condições de seguimento terapêutico em portadores de hipertensão arterial. *Rev Esc Anna Nery*. 2011;15(2):251-60.
 24. Bezerra DS, Silva AS, Carvalho AL. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes-PE, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009;30(1):69-73.
 25. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MA, Matsuo T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1763-72.
 26. Barbosa RG, Ferriolli E, Moriguti JC, Nogueira CB, Nobre F, Ueta J, Lima NK. Adesão ao tratamento e controle da pressão arterial em idosos com hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2012;99(1):636-41.
 27. Odusola AO, Hendriks M, Schultsz C, Stronks K, Lange J, Osibogun A, Akande T, Alli S, Adenusi P, Agbede K, Haafkens J. Development and evaluation of a patient centered cardiovascular health education program for insured patients in rural Nigeria (QUICK-II). *BMC Public Health*. 2011;11:171.
 28. Souza MC, Moraes FM, Moraes NM. Capacitação do Agente Comunitário de Saúde visando reorganização do rastreamento do câncer do colo do útero. *Rev APS*. 2013;16(1):75-82.
 29. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Perceptions of primary health care needs according to users of a health center. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(1):19-24.
 30. Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2010. 232 p.