

FACTORES ASOCIADOS A LA NO ADHESIÓN DE LOS PACIENTES AL TRATAMIENTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL¹

Camila Dosse²
Claudia Bernardi Cesarino³
José Fernando Vilela Martin⁴
Maria Carolina Andrade Castedo⁵

El mayor desafío de la hipertensión arterial sistémica (HAS) es la adhesión de los pacientes a su tratamiento, así, este estudio tuvo como objetivos determinar la frecuencia a las consultas y el porcentaje de adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, además de identificar los principales motivos referidos por los pacientes hipertensos para la no adhesión. Se trata de estudio descriptivo, realizado con 68 hipertensos en un ambulatorio escuela, con 64,71% de mujeres (promedio de edad de 63,9 años). Los instrumentos utilizados para recolección de datos fueron: formulario de atención del equipo multiprofesional, la prueba de Morisky-Green y la búsqueda a través del teléfono. Los resultados: muestran que 61,76% eran asiduos a las consultas, 86,76% no presentaron adhesión al tratamiento medicamentoso y 85,29% al tratamiento no medicamentoso, refiriendo, por lo menos, un hábito de vida no saludable. Entre los motivos para la no adhesión, el factor emocional fue el más relatado (69,12%). Se concluye que este estudio puede proporcionar subsidios para intervenciones sobre la asistencia a los pacientes con HAS, con la finalidad de aumentar las tasas de adhesión y calidad de vida.

DESCRITORES: hipertensión; educación en salud; cooperación del paciente; calidad de vida; terapéutica; negativa del paciente al tratamiento; enfermería

FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADEÇÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

O maior desafio da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a adesão dos pacientes ao seu tratamento, sendo assim, este estudo teve como objetivos determinar a frequência às consultas e o percentual de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além de identificar os principais motivos referidos pelos pacientes hipertensos para a não adesão. Trata-se de estudo descritivo, realizado com 68 hipertensos em um ambulatório escola, com 64,71% de mulheres (média de idade - 63,9 anos). Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram: formulário de atendimento da equipe multiprofissional, o teste de Morisky-Green e a busca fonada. Os resultados: mostram que 61,76% eram assíduos às consultas, 86,76% não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso e 85,29% ao tratamento não medicamentoso, referindo, pelo menos, um hábito de vida não saudável. Dentre os motivos para a não adesão, o fator emocional foi o mais relatado (69,12%). Conclui-se que este estudo pode proporcionar subsidios para intervenções sobre a assistência aos pacientes com HAS, com a finalidade de aumentar as taxas de adesão e qualidade de vida.

DESCRITORES: hipertensão; educação em saúde; cooperação do paciente; qualidade de vida; terapêutica; recusa do paciente ao tratamento; enfermagem

FACTORS ASSOCIATED TO PATIENTS' NONCOMPLIANCE WITH HYPERTENSION TREATMENT

The greatest challenge posed by Systemic Hypertension (SH) is related to patients' compliance with treatment. Thus, this study aimed to determine attendance of these patients to medical appointments and the percentage of adherence to medication and non-medication regimens, and also identify the main reasons hypertensive patients report for non-adherence. This is a descriptive study with 68 hypertensive patients (64.71% women with average age of 63.9 years) at a teaching outpatient clinic. The instruments used for data collection were: multiprofessional team care report form, the Morisky-Green test and telephone interview. The results show that 61.76% attended the medical consultations, 86.76% did not comply with the medication regimen and 85.29% did not comply with the non-medication regimen, reporting at least one non-healthy life habit. The emotional factor was the most reported (69.12%) among patients' reasons for non-adherence to treatment. The study can support interventions in care delivery to patients with systemic hypertension, with a view to improving their level of adherence and quality of life.

DESCRIPTORS: hypertension; health education; patient compliance; quality of life; therapeutics; treatment refusal; nursing

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un problema de salud pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% de la población brasileña urbana adulta y a más de la mitad de los ancianos en el mundo⁽¹⁾. Es considerado uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular, causadora de 40% de las muertes por accidente vascular encefálico y de 25% de las muertes por enfermedad de la arteria coronaria⁽²⁾. Entre el 40 y 83% de la población hipertensa desconoce su diagnóstico, siendo que de 75 a 92% de aquellos que están en tratamiento no controlan la presión arterial (PA)⁽³⁾.

La adhesión al tratamiento es definida y caracterizada cuando el consejo médico o de salud recomendado coincide con el comportamiento del individuo, en relación al hábito de usar medicamentos, es decir, seguir los cambios en el estilo de vida preconizados y comparecer a las consultas médicas⁽⁴⁾. Esa definición expresa el sentido de *compliance*, en el idioma inglés, lo que implica en la concordancia del paciente con las recomendaciones, presuponiéndose que el paciente conozca las alternativas terapéuticas y participe de las decisiones sobre su tratamiento⁽³⁾.

Varias son las formas de evaluar la adhesión al tratamiento. Entre ellas se destacan la frecuencia a las consultas y el comportamiento frente al uso de los fármacos prescritos. En este sentido, la prueba de escala de auto relato de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, compuesto por cuatro preguntas, para identificar actitudes y comportamientos en relación al seguimiento de las recomendaciones, se ha mostrado útil para identificar pacientes adherentes o no al tratamiento medicamentoso.

Los motivos relatados por los pacientes, en lo que se refiere al control de la presión arterial, se constituyen en otros factores para comprender mejor la adhesión al tratamiento. Estos datos pueden ayudar a optimizar el resultado de la actuación del equipo de salud, permitiendo la identificación de los factores participantes en la no adhesión al tratamiento⁽⁶⁾.

De esa forma, el control de la HAS está directamente relacionado al grado de adhesión del paciente al régimen terapéutico⁽⁷⁾. Por lo tanto, este

estudio tiene como objetivos determinar el porcentaje de presencia en las consultas y de adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, además de identificar los principales motivos referidos por los pacientes para su no adhesión al tratamiento de la HA.

MÉTODO

La investigación consistió en un estudio descriptivo exploratorio en el cual fueron incluidos 327 pacientes hipertensos del grupo de hipertensión arterial del hospital escuela de la Facultad de Medicina de San José del Rio Preto, SP, Brasil.

Después de aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la FAMERP, se inició la recolección de datos que fue dividida en dos etapas.

En la primera etapa, se realizó un levantamiento de datos en el formulario de atención de enfermería de los 327 pacientes registrados en el ambulatorio, durante un período de seis meses, identificándose el porcentaje de asiduidad a las consultas, el tratamiento medicamentoso y no medicamentoso. En total, fueron seleccionados 123 pacientes que, en las últimas tres consultas, presentaron un promedio de PA igual o superior a 140/90mmHg, y un promedio de PA mayor que 130/80mmHg durante el monitoreo, en el ambulatorio, de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, realizada en los 12 meses previos. Los valores fueron establecidos por las V Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial y IV Directrices para el uso del Monitoreo en el Ambulatorio de la Presión Arterial⁽⁸⁻⁹⁾.

En la segunda etapa, fue realizada una búsqueda a través del teléfono, entre todos los pacientes con descontrol de la presión, para identificar los motivos de su no adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso, con una pregunta orientadora: "¿En su opinión, cuál es el motivo del descontrol de la presión arterial?". También se utilizó la prueba de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, compuesta por cuatro preguntas, que fueron: 1. ¿Usted, alguna vez, se olvidó de tomar su remedio? 2. ¿Usted, a veces, es descuidado en lo que se refiere al horario de tomar su remedio? 3. ¿Cuando usted se siente bien, alguna vez, dejó de tomar su remedio? 4. ¿Cuando usted se siente mal con el remedio, a veces, deja de tomarlo?

De acuerdo con el protocolo de la prueba, se considera como adherente al tratamiento al paciente que obtenga una puntuación máxima de 4 puntos y no adherente a aquel que obtenga 3 puntos o menos.

Para analizar la adhesión al tratamiento no medicamentoso, los pacientes fueron clasificados en 5 grupos: grupo 0 - aquellos que mantenían hábitos saludables; grupo 1 - mantenían, por lo menos, un hábito no saludable; grupo 2 - mantenían 2 hábitos no saludables; grupo 3 - mantenían 3 hábitos no saludables y grupo 4 - no tenían hábitos saludables. Los hábitos analizados fueron: tabaquismo, etilismo, realización de ejercicios físicos y dieta adecuada (hipo sódico). Se consideró no adhesión al tratamiento no medicamentoso a aquellos que presentaron por lo menos un hábito de vida no saludable.

La presencia de diabetes ya diagnosticada (por historia médica o por el uso de hipoglucemiantes) y obesidad, evaluada por la razón cintura/cadera (normal hasta 0,85cm para mujeres y 0,95cm para hombres⁽⁸⁾) también fueron factores analizados en los pacientes estudiados.

De los 123 pacientes seleccionados, apenas 68(55,3%) fueron localizados a través del teléfono, la mayoría (64,71%) era compuesta por mujeres. El promedio de edad fue de 63,9 años (intervalo de confianza (IC) 95%: 60,3–67,5 años) para el sexo femenino y 55,7 años (IC 95%: 48,9–62,5) para el masculino.

Para analizar los datos, fueron utilizados el software Excel (Microsoft R) y el software Graphpad Instat. Las tablas de frecuencias cruzadas fueron analizadas por la prueba chi-cuadrado de Pearson y por la prueba exacta de Fisher. Para definir el grado de libertad fueron utilizadas las pruebas *t uni-amostal* (*one-sample T*) y *t bi-amostal* (*two-sample T - test*). En el análisis de variancia, para criterio de clasificación, fue utilizado *one-way ANOVA*. La estimativa de la frecuencia de porcentaje fue realizada por la prueba *t* y se utilizó un intervalo de confianza de 95% para una proporción. Cuando no fue encontrada la distribución de Gauss, el análisis no fue heterogéneo en la variancia, se utilizó la prueba de *Mood* para medianas (*Mood median test*), el cual substituye la prueba *t bi-amostal* o el análisis de variancia. Se consideró significativo el valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Con relación a la asiduidad a las consultas, de los 68 pacientes investigados, 61,76% fueron asiduos, 38,24% faltaron en por lo menos una de las tres últimas consultas. No fueron observadas asociaciones entre asiduidad y sexo ($p=0,927$), asiduidad y edad ($p=0,452$) y asiduidad y la prueba de *Morisky-Green* (pregunta 1 $p=0,245$; pregunta 2 $p=0,976$; pregunta 3 $p=0,309$; pregunta 4 $p=0,198$).

La suma de los puntos, de acuerdo con lo preconizado en la prueba de *Morisky-Green*, mostró que 86,93% de los pacientes presentaron una puntuación menor o igual a 3, caracterizándose la no adhesión al tratamiento medicamentoso⁽⁵⁾. La relación prueba de *Morisky-Green* y sexo no presentaron una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,895$) (Figura 1).

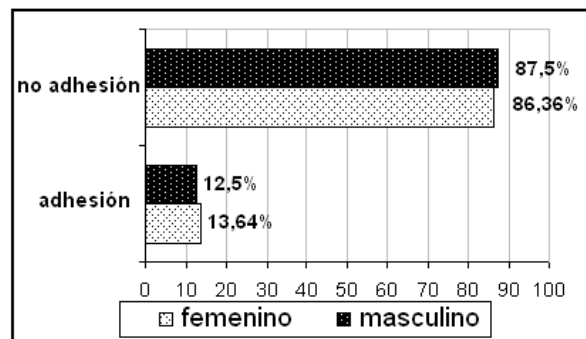


Figura 1 - Distribución de los pacientes en lo que se refiere a la adhesión al tratamiento medicamentoso de acuerdo con el sexo. San José del Rio Preto, SP

La relación entre el sexo y el número de medicaciones antihipertensivas utilizadas también fue un parámetro usado para realizar la evaluación, siendo que todas las clases de antihipertensivos fueron analizadas (diuréticos, inhibidores adrenérgicos, vasodilatadores directos, bloqueadores de los canales de calcio, inhibidores de la enzima convertora de la angiotensina -ECA-, antagonistas del receptor AT1 de la angiotensina II). En la Figura 2, se nota que 58,33% de los hombres hacían uso de hasta dos antihipertensivos, ya las mujeres, 61,36% hacían uso de tres o más, no presentando una diferencia estadísticamente significativa y apenas uno de los pacientes era tratado con monoterapia ($p=0,119$).

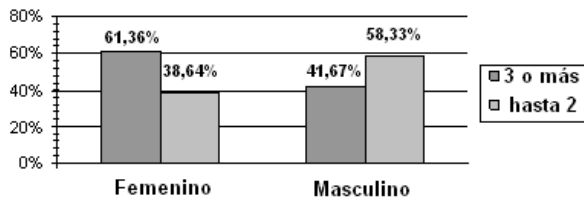


Figura 2 - Distribución de los pacientes hipertensos, según la cantidad de medicamentos utilizados y el sexo. San José del Rio Preto, SP

En lo que se refiere a los hábitos de vida relacionados al tratamiento no medicamentoso, se verificó que 85,29% mantienen por lo menos un hábito de vida no saludable (Figura 3).

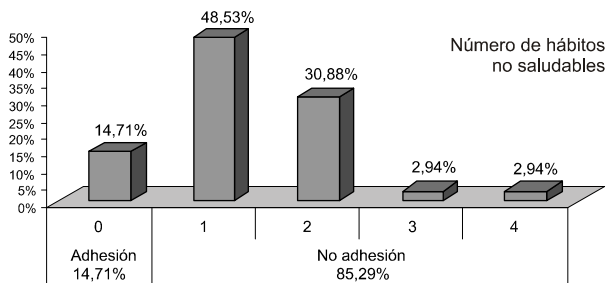


Figura 3 - Distribución de los sujetos de acuerdo con el número de hábitos de vida no saludables y el percentil de no adhesión. San José de Rio Preto, SP

A pesar de que no fue el objetivo de este estudio, se observó una relación significativa ($p=0,049$) entre los portadores de *diabetes mellitus* y la relación cintura/cadera (RCC), siendo que 82% de los pacientes presentaron RCC alterada, o sea, hombres con $RCC > 0,95$ y mujeres $> 0,85$ cm y, de estos, 25% eran portadores de *diabetes mellitus*.

En lo que se refiere a los motivos de la no adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso en la opinión de los pacientes, el factor emocional recibió destaque en ambos sexos. Entre las mujeres, 84,09% respondieron que el factor emocional interfería en el control de la presión arterial, y entre los hombres ese número fue de 41,67%. Se puede observar, también, una relación estadísticamente significativa entre hombres y mujeres, en lo que se refiere a las respuestas. Entre ellas no saben el motivo ($p=0,006$), enfermedades asociadas ($p=0,049$) y alcoholismo ($p=0,013$) (Tabla 1).

Tabla 1 - Motivos de la no adhesión al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso en la opinión de los pacientes, de acuerdo con el sexo. San José del Rio Preto, SP

Motivos	Femenino		Masculino		Valor	
	Nº	%	Nº	%		
Cansancio	Si	2	4.55	0	0	**
	No	42	95.45	24	100	
Emocional	Si	37	84.09	10	41.67	**
	No	7	15.91	14	58.33	
Tristeza	Si	3	6.82	0	0	0.191
	No	41	93.18	24	100	
No sabe el motivo	Si	1	2.27	6	25	0.006*
	No	43	97.73	18	75	
Alimentación	Si	3	6.82	3	12.5	0.43
	No	41	93.18	21	87.5	
Calor	Si	2	4.55	0	0	**
	No	42	95.45	24	100	
Ansiosa (o)	Si	1	2.27	1	4.17	**
	No	43	97.73	23	95.83	
Enfermedades asociadas	Si	1	2.27	4	16.67	0.049*
	No	43	97.73	20	83.33	
Falta del medicamento	Si	1	2.27	0	0	**
	No	43	97.73	24	100	
Tabaquismo	Si	0	0	1	4.17	**
	No	44	100	23	95.83	
Alcoholismo	Si	0	0	4	16.67	0.013*
	No	44	100	20	83.33	
Drogas	Si	0	0	1	4.17	**
	No	44	100	23	95.83	
Hereditario	Si	0	0	2	8.33	**
	No	44	100	22	91.67	
Trabajo	Si	0	0	1	4.17	**
	No	44	100	23	95.83	

* Valor de p por la prueba exata de Fisher; ** no fue posible encontrar valor de p

DISCUSIÓN

Entre los 327 pacientes, 123 presentaron descontrol de la presión (PA igual o superior a 140/90mmHg, y promedio de la PA mayor que 130/80mmHg durante la MAPA de 24 horas), constatando que apenas 204 pacientes presentaron control de la presión, observando, así, un índice de 62,38% de adhesión.

La adhesión al tratamiento de HAS es un factor primordial para el control adecuado de la PA, entre tanto, es difícil detectarla y, sobre todo, cuantificarla⁽¹⁰⁻¹¹⁾. En un estudio realizado con 60 universitarios de la ciudad de Lubango, Angola, que reconocieron ser portadores de hipertensión arterial, apenas 16(26,7%) hacían algún tipo de tratamiento contra la enfermedad⁽¹²⁾. Es importante considerar ese concepto como siendo multidimensional, ya que de él participan diferentes aspectos. A pesar de que se debe considerar al portador de hipertensión como el foco central del proceso, la ocurrencia de la adhesión no depende únicamente de él, y sí del conjunto de elementos constituyentes del proceso, o sea: portador de hipertensión, profesional de salud y sistema de salud. El esfuerzo desarrollado por un elemento aislado de ese conjunto ciertamente no conducirá a buenos resultados, siendo necesaria la acción conjunta para que la "adhesión al tratamiento antihipertensivo" sea alcanzado⁽⁷⁾.

Fueron identificadas algunas limitaciones importantes en la realización de este trabajo. La primera fue la falta de informaciones contenidas en las fichas de atención de enfermería, que se presentaban casi siempre incompletas. Entretanto, la mayor dificultad que se encontró fue la localización de los pacientes en la búsqueda a través del teléfono. Entre los 123 pacientes seleccionados para la investigación, 55 no fueron contactados por falta de informaciones o de informaciones equivocadas contenidas en las fichas. Esto demuestra la falla del sistema de salud que no mantiene su sistema actualizado.

Se observó que la mayoría de la población estudiada se encontraba en el intervalo de edad de mayor riesgo, o sea, edad mayor de 60 años. Hecho encontrado por las V Directrices Brasileñas de Hipertensión Arterial⁽⁸⁾, la cual estimó que más de 60% de los ancianos son hipertensos. Otro dato importante es que, antiguamente, los hombres tenían más probabilidad de desarrollar HA debido a los hábitos de vida, entre tanto, con la mujer actuando cada vez más en el mercado de trabajo y los cambios en los hábitos de vida ocurrió un aumento del número de mujeres hipertensas⁽¹³⁾. En este estudio, el sexo femenino se mostró predominante, resultado semejante fue encontrado en una investigación sobre adhesión de hipertensos al tratamiento médico⁽¹⁴⁾. Algunos estudios sugieren que la actividad de trabajo extra domiciliar, puede haber influenciado lo encontrado. Sin embargo, esos argumentos no están consistentemente establecidos en la literatura debido a la dificultad de

definición de grandes estudios, sobre todo, debido a los sesgos que pueden presentar^(3,14).

La presencia en las consultas puede ser un de los parámetros para evaluar la adhesión al tratamiento⁽¹⁵⁾. Algunas investigaciones verificaron, en programas de acompañamiento de hipertensos, que los individuos más asiduos a los encuentros tuvieron una mayor reducción de los niveles de tensión⁽¹⁶⁾. Así, la presencia del paciente en la unidad de salud es determinante para el control de la hipertensión, ya que motiva al individuo y esa, a su vez, conduce a ciertas actitudes que contribuyen para reducir la PA. Los encuentros frecuentes favorecen un mejor monitoreo de los niveles de presión, así como la oportunidad de tener más acceso a las informaciones, pudiendo servir de base para el cumplimiento de las orientaciones delante del tratamiento medicamentoso y no medicamentoso⁽¹⁷⁾. Uno de los principales beneficios del número mayor de visitas es la posibilidad de realizar ajustes terapéuticos y acompañamiento de la ocurrencia de efectos colaterales. Las visitas frecuentes también proporcionan cambios más efectivos en el estilo de vida y bienestar de los pacientes, con posible reducción de la ansiedad y del estrés⁽¹⁸⁾. En el presente estudio, la asiduidad a las consultas y al grupo de hipertensión, se mostró satisfactoria, una vez que fue analizada la frecuencia de aquellos pacientes que no seguían las recomendaciones del tratamiento medicamentoso o no medicamentoso, y que, conforme las rutinas de la institución, retornan a las consultas a cada 90 días. Un estudio demostró una caída mayor en los niveles de presión en grupos de pacientes con visitas a cada 15 días, cuando comparados a otro grupo, cuyos encuentros se realizaban a cada 90 días⁽¹⁸⁾. Además de eso, en el grupo donde los encuentros eran frecuentes, se mantuvo la reducción de los niveles de tensión a lo largo del tratamiento, lo que demuestra el efecto favorable de las visitas frecuentes para garantizar el comportamiento de adhesión y mantener la eficacia de la terapéutica.

Varios son los factores que interfieren en la adhesión al tratamiento (sexo, edad avanzada, asiduidad a las consultas, entre otros), entre ellos se destaca el comportamiento frente al uso de los medicamentos⁽¹⁹⁾. De acuerdo con el protocolo de la prueba de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, se considera adherente al tratamiento al paciente que obtiene una puntuación máxima de 4 puntos y no adherente a aquellos que obtienen 3 puntos o menos. De esa forma, la mayoría de los pacientes del estudio fue clasificada como no adherente al

tratamiento. Un trabajo realizado con 130 pacientes en San Pablo presentó resultados semejantes, 77% con una puntuación menor o igual a 3, por lo tanto, no adherentes⁽¹⁹⁾. Según algunos autores, a pesar de que ese método es bastante utilizado en estudios, pueden ocurrir algunos problemas en lo que se refiere a las auto informaciones, tales como omisión, fallas de memoria y fallas en el proceso de comunicación⁽¹⁵⁾.

En condiciones de vida diaria, la adhesión al tratamiento antihipertensivo se ha demostrado insuficiente. Algunos estudios mostraron que cerca de 2/3 de los casos de hipertensión no obtuvieron las reducciones de PA previstas con la monoterapia; delante de ese hecho, nuevos medicamentos fueron introducidos en la terapéutica, dificultando su seguimiento⁽⁶⁾. Delante de la necesidad de realizar un control más riguroso de la PA, la tendencia actual es la introducción más precoz de una terapéutica combinada de antihipertensivos en un solo medicamento como primera medida medicamentosa, facilitando la adhesión. Esto puede no encuadrarse para pacientes de este estudio, una vez que los medicamentos utilizados son ofrecidos por el servicio público, que no dispone de presentaciones combinadas de antihipertensivos en una única medicina.

Un gran desafío en el diagnóstico y control de la hipertensión arterial es conocer el impacto de la enfermedad y su tratamiento sobre la vida del paciente⁽⁹⁾. En el presente estudio, fueron analizados 4 de los diversos hábitos de vida de los pacientes: 85,29% tenían hábitos de vida no saludables. La ocurrencia simultánea de hábitos poco saludables como el tabaquismo, sedentarismo y consumo de alcohol con la ausencia de un tratamiento fue relatada también en otro estudio⁽⁷⁾.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación sobre adhesión de pacientes hipertensos al tratamiento medicamentoso y no medicamentoso permitieron las siguientes conclusiones:

- 61,76% demostraron asiduidad a las consultas; - 86,76% no presentaron adhesión al tratamiento medicamentoso de acuerdo con el protocolo de *Morisky-Green*; - 85,29% tienen por lo menos un hábito de vida no saludable, o sea, no adhirieron totalmente al tratamiento no medicamentoso; los principales motivos referidos por los pacientes hipertensos para no adherir al tratamiento fueron: emocional (69,1%), no supieron relatar el motivo (10,3%) y alimentación (8,8%).

CONSIDERACIONES FINALES

En este estudio, se verificó un porcentaje de adhesión mayor que el descrito en la literatura actual, pudiendo ser explicado por la atención recibida por los pacientes por parte de un equipo multidisciplinar. La lucha contra la no adhesión a los tratamientos de la HA constituye un gran desafío tanto para el Estado como para los profesionales de salud, ya que depende de la implementación de programas multidisciplinarios en todos los niveles de atención a los pacientes hipertensos, para que las intervenciones sean más eficaces.

Lo encontrado puede proporcionar subsidios para realizar intervenciones en la asistencia a los pacientes con HAS con el objetivo de aumentar las tasas de adhesión y calidad de vida.

REFERENCIAS

1. Dória EL, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):86-9.
2. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *JAMA*. 2003; 289(19):2560-72.
3. Fuchs SC, Castro MS, Fuchs FC. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):90-3.
4. Haynes RB, McDonald H, Garg AX, Montague P. Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software; 2004.
5. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive

- validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1):67-73.
6. Pierin AMG, Gusmão JL, Carvalho LVB. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):100-3.
 7. Araujo GBS, Garcia TR. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. *Rev Eletr Enfermag*. [periódico na Internet] 2006 [acesso em: 2007 mai 25];8(2):[aproximadamente 13 p.]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm
 8. V Diretrizes Brasileiras De Hipertensão Arterial. *Rev Socied Bras de Hipertens* 2006; 9(4):121-57.
 9. IV Diretriz para uso da monitorização ambulatorial da pressão arterial. II Diretriz para uso da monitorização residencial da pressão arterial. IV MAPA / II MRPA. *Arq Bras Cardiol* [periódico na Internet] 2005 jul [acesso em:

- 2007 fev 13];85(Supl 2):[aproximadamente 18 p.] Disponível em: www.sbh.org.br/documentos/index.asp.
10. Gusmão JL, Pierin AMG. A importância da qualidade de vida na hipertensão arterial. *Rev Hipertens* 2004; 7(3):104-8.
11. Barbosa RGB, Lima NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. *Rev Bras Hipertens* 2006; 13(1): 35-8.
12. Simão M, Hayashida M, Santos CB, Cesarino EJ, Nogueira MS. Hipertensão arterial entre universitários da cidade de Lubango, Angola. 2008; 16(4):672-8.
13. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latino-am Enfermagem*. 1998; 6(1):33-9.
14. Alfonso LM, Agramonte MS, Vea HDB. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos. *Rev Cubana Med Gen Integr*. [periódico na Internet] 2003 [acesso em 2007 mai 25];19(2):[aproximadamente 4 p.]. Disponível em: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi09203.htm.
15. Homedes N, Ugalde A. Estudios sobre el cumplimiento del paciente en países en desarrollo. *Bon Sanit Panam*. 1994; 116:518-34.
16. Jardim PCBV, Souza ALL, Monego ET. Atendimento multiprofissional ao paciente hipertenso. *Medicina*. 1996; 29:232-8.
17. Clark MJ, Curran C, Noji A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. *Public Health Nurs*. 2000; 17(6):452-9.
18. Guerra-Riccio GM. Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2001.
19. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion D Junior. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2003; 81(4):343-8.