

FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADEÇÃO DOS PACIENTES AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL¹

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

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 subsídios 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

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

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.

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

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Brasil: ¹Pesquisa financiada pelo Programa de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Pesquisa, CNPq; ²Aluna do curso de graduação em Enfermagem, bolsista PIBIC/CNPq 2006-2007, e-mail: camiladosse@yahoo.com.br; ³Doutor em Ciências da Saúde, Professor Doutor, e-mail: claudiacesarino@famerp.br; ⁴Doutor em Clínica Médica, Professor Doutor, e-mail: vilelamartin@uol.com.br; ⁵Aluna do curso de graduação em Enfermagem, e-mail: carolcastedo@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública que acomete, aproximadamente, de 22,3 a 43,9% da população brasileira urbana adulta e mais da metade dos idosos no mundo⁽¹⁾. É considerada um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de doença cardiovascular, justificando 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das mortes por doença arterial coronariana⁽²⁾. Cerca de 40 a 83% da população hipertensa desconhece o seu diagnóstico, sendo que de 75 a 92% daqueles que estão em tratamento não controlam a pressão arterial (PA)⁽³⁾.

A adesão ao tratamento é definida e caracterizada quando o conselho médico ou de saúde coincide com o comportamento do indivíduo, em relação ao hábito de usar medicamentos, isso é, seguir as mudanças no estilo de vida preconizadas e comparecer às consultas médicas⁽⁴⁾. Essa definição expressa o sentido de *compliance*, em língua inglesa, o que implica concordância do paciente com as recomendações, pressupondo-se que o paciente conheça as alternativas terapêuticas e participe das decisões sobre seu tratamento⁽³⁾.

Várias são as formas de se estimar a adesão ao tratamento. Dentre elas destacam-se a frequência às consultas e o comportamento frente ao uso dos fármacos prescritos. Nesse sentido, o teste de escala de autorrelato de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, composto por quatro perguntas, para identificar atitudes e comportamentos em relação ao seguimento das recomendações, tem se mostrado útil para identificar pacientes aderentes ou não ao tratamento medicamentoso.

Os motivos relatados pelos pacientes, quanto ao controle da pressão arterial, constituem-se em outros fatores para melhor compreensão da adesão ao tratamento. Esses dados podem ajudar a otimizar o resultado da atuação da equipe de saúde, permitindo a identificação dos fatores envolvidos à não adesão ao tratamento⁽⁶⁾.

Dessa forma, o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico⁽⁷⁾. Portanto, este estudo tem como objetivos determinar o percentual de comparecimento às consultas e de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, além de identificar os principais motivos referidos pelos pacientes para a sua não adesão ao tratamento da HA.

METODO

A pesquisa consistiu em estudo descritivo exploratório no qual foram incluídos 327 pacientes hipertensos do grupo de hipertensão arterial do hospital-escola da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, Brasil.

Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAMERP, iniciou-se a coleta de dados que foi dividida em dois momentos.

No primeiro momento, realizou-se levantamento de dados no formulário de atendimento de enfermagem dos 327 pacientes cadastrados no ambulatório, durante período de seis meses, identificando-se o percentual de assiduidade às consultas, o tratamento medicamentoso e não medicamentoso. No total, foram selecionados 123 pacientes que, nas três últimas consultas, apresentaram média de PA igual ou superior a 140/90mmHg, e média da PA acima de 130/80mmHg durante a monitoração ambulatorial da pressão arterial (MAPA) de 24 horas, realizada nos 12 meses prévios. Os valores foram estabelecidos pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial e IV Diretrizes para o uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial⁽⁸⁻⁹⁾.

No segundo momento, foi realizada busca fonada entre todos os pacientes com descontrolo pressórico, para identificação de motivos da sua não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, com uma pergunta norteadora: "em sua opinião, qual é o motivo do descontrolo da pressão arterial?". Também se utilizou o teste de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, composto por quatro perguntas, mostradas a seguir. 1. Você, alguma vez, esquece de tomar seu remédio? 2. Você, às vezes, é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? 3. Quando você se sente bem, alguma vez, você deixou de tomar seu remédio? 4. Quando você se sente mal com o remédio, às vezes, deixa de tomá-lo?

De acordo com o protocolo do teste, considera-se como aderente ao tratamento o paciente que obtiver pontuação máxima de 4 pontos e não aderente aquele que obtiver 3 pontos ou menos.

Para análise da adesão ao tratamento não medicamentoso, os pacientes foram classificados em 5 grupos: grupo 0 - aqueles que mantinham hábitos saudáveis; grupo 1 - mantinham, pelo menos, um hábito não saudável; grupo 2 - mantinham 2 hábitos não saudáveis; grupo 3 - mantinham 3 hábitos não

saudáveis e grupo 4 – não tinham hábitos saudáveis. Os hábitos analisados foram: tabagismo, etilismo, realização de exercícios físicos e dieta adequada (hipossódica). Considerou-se não adesão ao tratamento não medicamentoso aqueles que possuíam pelo menos um hábito de vida não saudável.

Presença de diabetes já diagnosticada (por história médica ou pelo uso de hipoglicemiantes) e obesidade, avaliada pela razão cintura–quadril (normal até 0,85cm para mulheres e 0,95cm para homens⁽⁸⁾) também foram fatores analisados nos pacientes estudados.

Dos 123 pacientes selecionados, apenas 68(55,3%) foram localizados pela busca fonada, a maioria (64,71%) era composta por mulheres. A média de idade foi de 63,9 anos [intervalo de confiança (IC) 95%: 60,3–67,5 anos] para o sexo feminino e 55,7 anos (IC 95%: 48,9–62,5) para o masculino.

Na análise dos dados, foram utilizados *software Excel (Microsoft R)* e *software Graphpad Instat*. As tabelas de frequências cruzadas foram analisadas pelo teste qui-quadrado de Pearson e pelo teste exato de Fisher. Para definir o grau de liberdade foram utilizados os testes *t uni-amostral (one-sample T)* e *t bi-amostral (two-sample T – test)*. Na análise de variância, para critério de classificação, foi utilizado *one-way ANOVA*. A estimativa da frequência percentual foi realizada pelo teste *t e utilizou-se* intervalo de confiança de 95% para uma proporção. Quando não foi encontrada distribuição de Gauss, ou a análise não foi heterogênea em variância, utilizou-se o teste de *Mood* para medianas (*Mood median test*), o qual substitui o teste *t bi-amostral* ou análise de variância. Considerou-se significativo o valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Com relação à assiduidade às consultas, dos 68 pacientes pesquisados, 61,76% foram assíduos, 38,24% faltaram em pelo menos uma das três últimas consultas marcadas. Não foram observadas associações entre assiduidade e sexo ($p=0,927$), assiduidade e idade ($p=0,452$) e assiduidade e o teste de *Morisky-Green* (perg.1 $p=0,245$; perg.2 $p=0,976$; perg.3 $p=0,309$; perg.4 $p=0,198$).

A somatória dos pontos, de acordo com o preconizado no teste de *Morisky-Green*, mostrou que 86,93% dos pacientes apresentaram pontuação menor

ou igual a 3, caracterizando-se a não adesão ao tratamento medicamentoso⁽⁵⁾. A relação teste de *Morisky-Green* e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p=0,895$) (Figura 1).

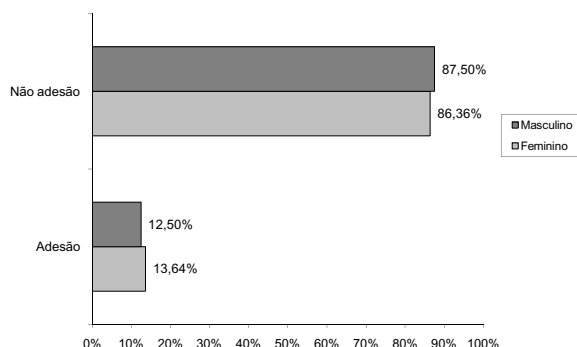


Figura 1 - Distribuição dos pacientes quanto à adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o sexo de. São José do Rio Preto, SP

A relação entre o sexo e o número de medicações anti-hipertensivas utilizadas também foi um parâmetro usado para avaliação, sendo que todas as classes de anti-hipertensivos foram analisadas (diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina -ECA-, antagonistas do receptor AT1 da angiotensina II). Na Figura 2, nota-se que 58,33% dos homens faziam uso de até dois anti-hipertensivos, já as mulheres, 61,36% faziam uso de três ou mais, não apresentando diferença estatisticamente significativa e apenas um dos pacientes era tratado com monoterapia ($p=0,119$).

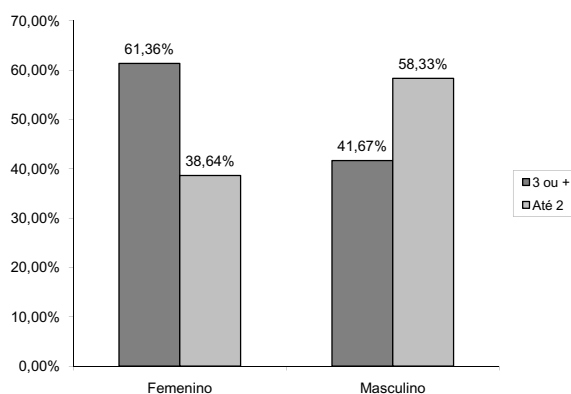


Figura 2 - Distribuição dos pacientes hipertensos, segundo a quantidade de medicamentos utilizados e o sexo. São José do Rio Preto, SP

Quanto aos hábitos de vida relacionados ao tratamento não medicamentoso, verificou-se que 85,29% mantêm pelo menos um hábito de vida não saudável (Figura 3).

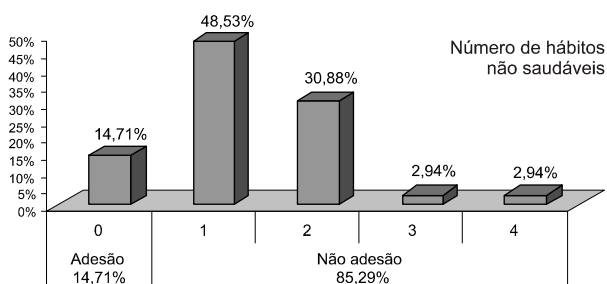


Figura 3 - Distribuição dos sujeitos de acordo com o número de hábitos de vida não saudáveis e o percentil de não adesão. São José do Rio Preto, SP

Embora não tenha sido objetivo deste estudo, observou-se relação significativa ($p=0,049$) entre portadores de *diabetes mellitus* e relação cintura-quadril (RCQ), sendo que 82% dos pacientes apresentaram RCQ alterada, ou seja, homens com $RCQ > 0,95$ e mulheres $> 0,85$ cm e, desses, 25% eram portadores de *diabetes mellitus*.

Quanto aos motivos da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso na opinião dos pacientes, o fator emocional recebeu destaque em ambos os sexos. Das mulheres, 84,09% responderam que o fator emocional interferia no controle da pressão arterial, e entre os homens esse número foi de 41,67%. Pode-se observar, também, relação estatisticamente significativa entre homens e mulheres quanto às respostas. Dentre elas não sabem o motivo ($p=0,006$), doenças associadas ($p=0,049$) e alcoolismo ($p=0,013$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Motivos da não adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso na opinião dos pacientes, de acordo com o sexo. São José do Rio Preto, SP

Motivos	Feminino		Masculino		Valor p
	Nº	%	Nº	%	
Cansaço					
Sim	2	4.55	0	0	**
Não	42	95.45	24	100	
Emocional					
Sim	37	84.09	10	41.67	**
Não	7	15.91	14	58.33	
Tristeza					
Sim	3	6.82	0	0	0.191
Não	41	93.18	24	100	
Não sabe o motivo					
Sim	1	2.27	6	25	0.006*
Não	43	97.73	18	75	
Alimentação					
Sim	3	6.82	3	12.5	0.43
Não	41	93.18	21	87.5	
Calor					
Sim	2	4.55	0	0	**
Não	42	95.45	24	100	
Ansiedade					
Sim	1	2.27	1	4.17	**
Não	43	97.73	23	95.83	
Doenças Associadas					
Sim	1	2.27	4	16.67	0.049*
Não	43	97.73	20	83.33	
Falta de Medicação					
Sim	1	2.27	0	0	**
Não	43	97.73	24	100	
Tabagismo					
Sim	0	0	1	4.17	**
Não	44	100	23	95.83	
Alcohol					
Yes	0	0	4	16.67	0.013*
No	44	100	20	83.33	
Drogas					
Sim	0	0	1	4.17	**
Não	44	100	23	95.83	
Hereditário					
Yes	0	0	2	8.33	**
No	44	100	22	91.67	
Trabalho					
Sim	0	0	1	4.17	**
Não	44	100	23	95.83	

* valor de p pelo teste exato de Fisher; ** não foi possível encontrar valor de p

DISCUSSÃO

Dos 327 pacientes, 123 apresentavam descontrole pressórico (PA igual ou superior a 140/90mmHg, e média da PA acima de 130/80mmHg durante a MAPA de 24 horas), constatando que apenas 204 pacientes apresentavam controle pressórico, observando, assim, índice de 62,38% de adesão.

A adesão ao tratamento de HAS é fator primordial para o controle adequado da PA, entretanto, é difícil detectá-la e, sobretudo, quantificá-la⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Em estudo realizado com 60 universitários da cidade de Lubango, Angola, que reconheceram ser portadores de hipertensão arterial, apenas 16(26,7%) faziam algum tipo de tratamento contra a doença⁽¹²⁾. É importante considerar esse conceito como sendo multidimensional, pois envolve diferentes aspectos. Embora se deva considerar o portador de hipertensão como o foco central do processo, a ocorrência da adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos constituintes do processo, ou seja, portador de hipertensão, profissional de saúde, sistema de saúde. O esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto certamente não conduzirá a bons resultados, sendo necessária a ação conjunta para que a "adesão ao tratamento anti-hipertensivo" seja alcançada⁽⁷⁾.

Foram identificadas algumas limitações importantes na realização deste trabalho. A primeira foi a falta de informações contidas nas fichas de atendimento de enfermagem, que se apresentavam quase sempre incompletas. Entretanto, a maior dificuldade que se encontrou foi quanto à localização dos pacientes na busca fonada. Dos 123 pacientes pré-selecionados para a pesquisa, 55 não foram contatados por falta de informações ou informações errôneas contidas nos prontuários. Isso demonstra falha do sistema de saúde que não mantém seu sistema atualizado.

Observou-se que a maioria da população estudada encontrava-se na faixa etária de maior risco, ou seja, idade acima de 60 anos. Fato encontrado pelas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽⁸⁾, a qual estimou que mais de 60% dos idosos são hipertensos. Outro dado importante é que, antigamente, os homens tinham mais chances de desenvolver HA devido aos hábitos de vida, entretanto, com a mulher inserida cada vez mais no mercado de trabalho e as mudanças nos hábitos de vida houve aumento do número de mulheres

hipertensas⁽¹³⁾. Neste estudo, o sexo feminino mostrou-se predominante, resultado semelhante foi encontrado em pesquisa sobre adesão de hipertensos ao tratamento médico⁽¹⁴⁾. Estudos sugerem que a atividade laborativa extradomiciliar, possa ter influenciado esses achados. Contudo, esses argumentos não estão consistentemente estabelecidos na literatura devido à dificuldade de delineamento de grandes estudos, sobretudo, devido aos vieses que podem apresentar^(3,14).

O comparecimento às consultas pode ser um dos parâmetros para avaliar a adesão ao tratamento⁽¹⁵⁾. Pesquisas verificaram, em um programa de acompanhamento de hipertensos, que indivíduos mais assíduos aos encontros tiveram maior redução dos níveis tensionais⁽¹⁶⁾. Assim, a presença do paciente na unidade de saúde é determinante para o controle da hipertensão, pois traz motivação individual e essa, por sua vez, conduz a certas atitudes que contribuem para a redução da PA. Encontros frequentes propiciam melhor monitorização dos níveis pressóricos, assim como a oportunidade de ter mais acesso às informações, podendo servir de base para o cumprimento das orientações diante do tratamento medicamentoso e não medicamentoso⁽¹⁷⁾. Um dos principais benefícios do número maior de visitas é a possibilidade de ajustes terapêuticos e acompanhamento da ocorrência de efeitos colaterais. As visitas frequentes também proporcionam mudança mais efetiva no estilo de vida e bem-estar dos pacientes, com possível redução da ansiedade e do estresse⁽¹⁸⁾. No presente estudo, a assiduidade às consultas, bem como ao grupo de hipertensão, mostrou-se satisfatória, uma vez que foi analisada a frequência daqueles pacientes que não seguiam as recomendações diante do tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, e que, conforme as rotinas da instituição, retornam às consultas a cada 90 dias. Estudo demonstrou maior queda nos níveis pressóricos em grupos de pacientes com visitas a cada 15 dias, quando comparados a outro grupo, cujos encontros aconteciam a cada 90 dias⁽¹⁸⁾. Além disso, no grupo onde os encontros eram frequentes, houve a manutenção da redução dos níveis tensionais ao longo do tratamento, o que demonstra o efeito favorável das visitas frequentes para garantir o comportamento de adesão e manter a eficácia da terapêutica.

Vários são os fatores que interferem na adesão ao tratamento (sexo, idade avançada,

assiduidade às consultas, entre outros), dentre eles destaca-se o comportamento frente ao uso dos medicamentos⁽¹⁹⁾. De acordo com o protocolo do teste de *Morisky-Green*⁽⁵⁾, considera-se aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de 4 pontos e não aderentes aqueles que obtêm 3 pontos ou menos. Dessa forma, a maioria dos pacientes do estudo foi classificado como não aderente ao tratamento. Trabalho realizado com 130 pacientes em São Paulo apresentou resultados semelhantes, 77% com pontuação menor ou igual a 3, portanto, não aderentes⁽¹⁹⁾. Segundo alguns autores, apesar desse método ser bastante utilizado em estudos, podem ocorrer alguns problemas quanto às autoinformações, tais como omissão, falhas de memória e falhas no processo comunicativo⁽¹⁵⁾.

Em condições da vida diária, a adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem se demonstrado insuficiente. Estudos mostraram que cerca de 2/3 dos casos de hipertensão não atingiram as reduções de PA previstas com a monoterapia e, diante desse fato, novos medicamentos foram introduzidos na terapêutica, dificultando o seu seguimento⁽⁸⁾. Diante da necessidade de controle mais rigoroso da PA, a tendência atual é a introdução mais precoce de terapêutica combinada de anti-hipertensivos em uma só apresentação como primeira medida medicamentosa, facilitando a adesão. Isso pode não se enquadrar para pacientes deste estudo, uma vez que os medicamentos utilizados são disponibilizados pelo serviço público, que não dispõe de apresentações combinadas de anti-hipertensivos em um único comprimido.

Um grande desafio no diagnóstico e controle da hipertensão arterial é conhecer o impacto da doença e seu tratamento sobre a vida do paciente⁽⁹⁾. No presente estudo, foram analisados 4 dos diversos hábitos de vida dos pacientes: 85,29% tinham hábitos de vida não saudáveis. A ocorrência simultânea de

hábitos pouco saudáveis como o tabagismo, sedentarismo e consumo de álcool com a ausência de tratamento foi relatada também em outro estudo⁽⁷⁾.

CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nesta pesquisa sobre adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso permitiram as seguintes conclusões:

- 61,76% demonstraram assiduidade às consultas;
- 86,76% não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com protocolo de *Morisky-Green*;
- 85,29% têm pelo menos um hábito de vida não saudável, ou seja, não aderiram totalmente ao tratamento não medicamentoso; os principais motivos referidos pelos pacientes hipertensos para a sua não adesão ao tratamento foram: emocional (69,1%), não souberam relatar o motivo (10,3%) e alimentação (8,8%).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, verificou-se percentual de adesão maior que o descrito na literatura atual, podendo ser explicado pelo atendimento dos pacientes por equipe multidisciplinar. A luta contra a não adesão aos tratamentos da HA constitui grande desafio tanto para o Estado como para os profissionais de saúde, pois depende da implementação de programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos, para que as intervenções sejam mais eficazes.

Esses achados podem proporcionar subsídios para a realização de intervenções na assistência aos pacientes com HAS com o objetivo de aumentar as taxas de adesão e qualidade 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.