

Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de *Morisky-Green**

Adherence to anti-hypertensive treatment: an analysis using the Morisky-Green Test

Adhesión al tratamiento anti-hipertensivo: análisis por Test de Morisky-Green

Letícia Palota Eid¹, Maria Suely Nogueira², Eugênia Velludo Veiga³, Evandro José Cesarino⁴, Leila Maria Marchi Alves⁵

* Artigo extraído da dissertação de mestrado de Letícia Palota Eid, sob orientação da Profa. Dra. Maria Suely Nogueira, intitulada "Adesão ao tratamento da hipertensão arterial: estudo entre usuários cadastrados no Centro de Saúde de um município do interior paulista".

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, nível Doutorado. Enfermeira da Prefeitura Municipal de Novo Horizonte. Novo Horizonte, SP, Brasil. E-mail: lpalota@eerp.usp.br.

² Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: msnog@eerp.usp.br.

³ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Associada da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: evveiga@eerp.usp.br.

⁴ Médico, Doutor em Saúde na Comunidade. Professor Doutor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: cesarino@fcrp.usp.br.

⁵ Enfermeira, Doutorado em Enfermagem. Professora Doutora da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: lmarchi@eerp.usp.br.

RESUMO

Considerando que a adesão ao tratamento é um desafio para o controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS), este estudo teve como objetivo caracterizar os sujeitos da pesquisa segundo as variáveis sócio-demográficas e econômicas e avaliar o nível de adesão pelo Teste de *Morisky-Green*. Trata-se de estudo descritivo transversal de abordagem quantitativa, realizado com 90 hipertensos em um Centro de Saúde. O instrumento utilizado para coleta de dados foi o Teste de *Morisky-Green* (TMG). Os resultados mostraram que 63,0% da amostra eram mulheres e a média de idade foi de 66 anos, sendo que 72,2% não apresentaram adesão ao tratamento medicamentoso, corroborando pesquisas realizadas sobre adesão. 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 a qualidade de vida.

Descritores: Hipertensão; Adesão ao Tratamento Medicamentoso; Enfermagem.

ABSTRACT

Considering that treatment adherence is a challenge in controlling systemic hypertension (SH), the objective of this study was to characterize subjects according to sociodemographic and economic variables and assess the adherence level using the *Morisky-Green Test*. This descriptive, cross-sectional, quantitative study was performed with 90 hypertensive individuals at a Health Center. Data collection was performed using the *Morisky-Green test* (MGT). Results show that 63.0% of the sample were women, with a mean age of 66 years, 72.2% of which did not adhere to the drug treatment, thus corroborating with current research on adherence. In conclusion, this study can provide support for health care interventions to patients with SH, aiming to increase adherence rates and improve quality of life.

Descriptors: Hypertension; Medication Adherence; Nursing.

RESUMEN

Considerando que la adhesión al tratamiento es un desafío para el control de la hipertensión arterial sistémica (HAS), este estudio tuvo como objetivo caracterizar a los sujetos de la investigación según las variables sociodemográficas y económicas y evaluar el nivel de adhesión con el Test de *Morisky-Green*. Se trata de un estudio transversal, de abordaje cuantitativo, realizado con 90 hipertensos en un Centro de Salud. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el Test de *Morisky-Green* (TMG). Los resultados mostraron que 63,0% de la muestra eran mujeres, con media etaria de 66 años, siendo que 72,2% no presentaron adhesión al tratamiento medicamentoso, condiciéndose estos datos con investigaciones realizadas sobre adhesión. Se concluye en que este estudio puede proporcionar ayuda para intervenciones sobre la atención a pacientes con HAS, con la finalidad de aumentar las tasas de adhesión y la calidad de vida.

Descriptor: Hipertensión; Cumplimiento de la Medicación; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença cardiovascular comum e o fator de risco principal para acidente vascular cerebral (AVC) ou doenças cardíacas. Nos Estados Unidos, por exemplo, há uma taxa de prevalência de aproximadamente 40% em adultos acima de 20 anos, sendo praticamente igual entre homens e mulheres. Entre os adultos hipertensos, 80% sabem da sua condição, 71% usam anti-hipertensivos e apenas 48% daqueles que tem consciência da sua doença possuem a pressão arterial controlada⁽¹⁾.

Dados de diferentes pesquisas nacionais e regionais⁽²⁾ mostram que a hipertensão é comum em países em desenvolvimento, especialmente em áreas urbanas, e que as taxas de conscientização, tratamento e controle são baixos. Os resultados de pesquisas de série mostram um aumento da prevalência de hipertensão nos países em desenvolvimento, possivelmente causada pela urbanização, o envelhecimento da população, as mudanças de hábitos alimentares e estresse social⁽²⁾.

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, o seu diagnóstico e tratamento são frequentemente negligenciados, somando-se a isso a baixa adesão terapêutica e, conseqüentemente, um controle inadequado da HAS⁽³⁾. Apenas 30% dos pacientes com hipertensão conseguem atingir a sua meta de pressão sanguínea, enquanto nos demais há um descontrole⁽⁴⁾.

Entre aqueles com diagnóstico de hipertensão arterial, a Organização Mundial de Saúde declarou que a baixa adesão ao tratamento é um fator-chave impedindo um bom controle e chamou para a investigação sobre intervenções que promovam a adesão⁽⁵⁾. Estimativas da não-adesão ao tratamento ficam na faixa de 30-50%⁽⁶⁾.

Em revisão sistemática⁽⁷⁾ realizada em estudos qualitativos de diferentes países encontrou-se que os participantes relataram vários fatores externos que impediam a adesão, como falta de tempo para tomar os medicamentos ou para consulta médica, custo do tratamento, custo de uma dieta saudável, falta de plano de saúde e esquecimento.

Assim o presente estudo tem como objetivos caracterizar os sujeitos da pesquisa segundo as variáveis sociodemográficas e econômicas e avaliar o nível de adesão pelo método de *Morisky-Green* (TMG).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. Os critérios de inclusão adotados foram indivíduos com diagnóstico confirmado de hipertensão arterial sistêmica, com idade ≥ 18 anos, em tratamento com anti-hipertensivos, atendidos em uma das cinco unidades de saúde do município de Novo Horizonte, São Paulo, Brasil. Foram excluídos do estudo indivíduos que apresentavam escolaridade menor que um ano ou maior que oito anos, déficit cognitivo, diagnóstico de HAS secundária, uso de dois ou menos medicamentos, dependentes na administração de medicamentos ou em uso de antidepressivos tricíclicos.

A amostra foi composta por 90 indivíduos selecionados por conveniência. Para a coleta de dados utilizou-se questionário com perguntas elaboradas pela autora, teste de Morisky e Green (TMG), composta de quatro perguntas para identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de remédios, e que se tem mostrado úteis para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento. De acordo com o protocolo do TMG, é considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos⁽⁸⁾. Uma limitação do TMG é que avalia apenas a adesão ao tratamento medicamentoso, não levando em consideração a adesão ao tratamento não medicamentoso.

O estudo foi realizado durante o período de fevereiro de 2008 a abril de 2010. Os indivíduos foram selecionados por meio dos cadastros nas unidades de saúde. Após esse levantamento foi realizada busca ativa destes pacientes por meio de visita domiciliar e agendadas consultas com a pesquisadora para aqueles que se enquadravam nos critérios de inclusão.

Os testes estatísticos foram realizados por meio do software *Estatística* 8.0 (Statsoft, Inc. 2007) ou SPSS 17.0 (SPSS, Inc. 2008) e os resultados foram considerados significativos quando o nível de significância (p) foi menor que 0,05. Além disso, as variáveis cujo intervalo de confiança do Odds Ratio contém o valor um (1) não foram consideradas significativas na determinação da força de associação à adesão terapêutica.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP-SP (CEP-EERP/USP), e os pacientes assinaram o

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução CNS 196/96.

RESULTADOS

De um total de 90 indivíduos estudados, a maioria era do sexo feminino (62,2%), brancos (86,7%), com idade na faixa de 34 a 84 anos, com média de 66 \pm 10,4 anos, casados (66,7%), com média de 3,4 \pm 2,3 filhos. As

ocupações mais frequentes foram aposentado-pensionistas (72,2%) e do lar (16,7%), 82 (91,1%) com renda familiar de um a três salários mínimos, com dois ou mais dependentes (57,8%). As características sociodemográficas estão representadas na Tabela 1.

A relação TMG e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1: Distribuição dos pacientes hipertensos, de acordo com as características sócio demográficas e relativas à doença nos aderentes pelo TMG. Novo Horizonte, SP, Fevereiro de 2008 a abril de 2010.

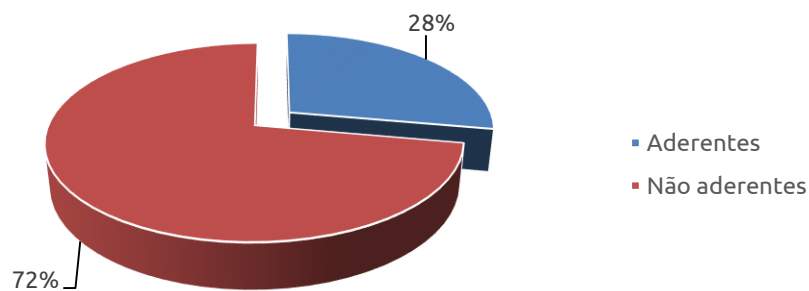
Variáveis sociodemográficas	TMG Aderentes (%)	Valor-p	OR (IC 95%)*
Idade			
30-40 anos	2 (66,7%)	0,172	6,00 (0,51-70,40)
40-50 anos	4 (50,0%)		3,00 (0,68-13,32)
50-60 anos	2 (18,2%)		0,67 (0,13-3,39)
> 60 anos	17 (25,0%)		-
Sexo			
Masculino	13 (38,2%)	0,084	2,27 (0,89-5,82)
Feminino	12 (21,4%)		-
Etnia			
Branco	23 (29,5%)	0,564	2,09 (0,42-10,30)
Não branco	2 (16,7%)		-
Estado civil			
Casado/Amasiado	21 (35,0%)	0,168	3,42 (0,90-12,87)
Solteiro	0 (0,0%)		0,00
Separado/Desquitado	1 (20,0%)		1,58 (0,13-19,42)
Víuvo	3 (13,6%)		-
Ocupação			
Aposentado/Pensionista	18 (27,7%)	0,700	-
Trabalhador Autônomo	2 (50,0%)		2,61 (0,34-19,96)
Trabalhador com Vínculo	2 (40,0%)		1,74 (0,27-11,29)
Do lar	3 (20,0%)		0,65 (0,16-2,59)
Do lar + pensionista	0(0,0%)		0,00
Reside sozinho			
Sim	1 (10,0%)	0,339	-
Não	24 (30,0%)		3,86 (0,46-32,15)
Quantas pessoas moram na casa			
Duas	11 (28,9%)	0,845	-
Mais de duas	13 (31,0%)		1,10 (0,42-2,87)
Renda familiar			
1 a 3 salários	22 (26,8%)	0,818	-
4 a 5 salários	3 (37,5%)		1,64 (0,36-7,43)
Quantos dependentes			
Um pessoa	10 (26,3%)	0,791	-
Duas ou mais pessoas	15 (28,8%)		1,14 (0,44-2,90)

* OR (IC 95%): odds ratio com intervalo de confiança de 95%.

Observação: Nas variáveis com valor-p significativo ($p < 0,05$ e destacado em negrito), o OR a chance do grupo apresentar maior adesão ao tratamento em relação ao grupo de referência, indicado pelo hífen (-).

Dos hipertensos estudados 72,2% avaliados pelo TMG não aderiam ao tratamento anti-hipertensivo prescrito pelo médico.

Gráfico 1: Distribuição dos voluntários quanto à adesão ao tratamento medicamentoso. Novo Horizonte, SP, fevereiro 2008 – abril 2010.



DISCUSSÃO

A idade média encontrada corrobora com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010)⁽⁹⁾, a qual estimou que mais de 60% dos idosos são hipertensos. Outro resultado a ser ressaltado neste estudo é a alta prevalência do sexo feminino (62,2%). Um levantamento realizado pela VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (2011) mostra que o diagnóstico de hipertensão é mais comum em mulheres (25,4%) do que entre os homens (19,5%)⁽¹⁰⁾. Esse dado em relação à predominância de mulheres é esperado, pois há maior parcela de mulheres na população, principalmente na terceira idade⁽¹¹⁾.

A relação TMG e sexo não apresentaram diferença estatisticamente significativa. Resultado semelhante foi encontrado em pesquisas sobre fatores associados à não adesão dos pacientes ao tratamento de hipertensão arterial⁽¹²⁻¹³⁾. Já um estudo de caso-controle que mediu a adesão dos pacientes à terapêutica utilizando outro método, demonstrou que a adesão foi mais forte no sexo feminino do que no masculino⁽¹⁴⁾.

A cor ou raça branca apresentou-se em maior parcela neste estudo (86,7%), o que corrobora com os resultados do Censo Demográfico 2010 sobre a distribuição dos grupos de cor ou raça pelo Território Nacional. Desta maneira, nas regiões sudeste e sul verifica-se uma maioria branca, o que cumpre, de certo modo, os padrões históricos de ocupação no Brasil⁽¹⁵⁾.

O presente estudo aponta uma prevalência de indivíduos casados (66,7%). Segundo Sawyer et al⁽¹⁶⁾, a presença de companheiro ou de laços familiares estáveis está relacionada com acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a uma maior possibilidade

diagnóstica de hipertensão, o que justificaria o achado de maior prevalência de hipertensão nessas classes civis. O estado civil se associa também com a idade, que por sua vez se associa com a hipertensão arterial, isto é, as pessoas viúvas ou separadas são mais velhas e também têm mais hipertensão, de modo que estado civil se configura como variável de confusão.

Em relação às características sociodemográficas, esta pesquisa não expressou resultados significativos com a adesão ao tratamento, o que corrobora com um estudo que avaliou a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos pelo TMG⁽¹⁷⁾.

No presente estudo verificou-se que a prevalência de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo (72,2%) mostrou-se semelhante a estudos^(12,17) realizados com hipertensos, que avaliaram a adesão pelo TMG, onde houve predomínio de não adesão ao tratamento medicamentoso^(12,17). Entretanto, trabalho realizado em Santa Catarina em 2012⁽¹⁸⁾ que avaliou a adesão aos medicamentos em idosos hipertensos pelo TMG, apresentou maior prevalência de adesão ao tratamento. Monane et al⁽¹⁹⁾, apesar de terem estimado a adesão ao tratamento através de outro método, observaram que a idade mais avançada está associada à melhor adesão⁽¹⁹⁾.

Os resultados corroboram com um estudo⁽²⁰⁾ realizado com hipertensos de São José do Rio Preto-SP, que avaliou a adesão pelo TMG, onde apenas 28% dos indivíduos tiveram adesão ao tratamento. Os dados sociodemográficos deste estudo⁽²⁰⁾ também se assemelham aos encontrados nesta pesquisa. Dos entrevistados 52% eram mulheres, 85,3% brancos, 70,7% casados; 48% aposentados, com idade média de 61,5 anos, 65,3% possuíam ensino fundamental incompleto,

81,3% possuíam renda familiar de um a três salários mínimos⁽²⁰⁾.

Em outra pesquisa realizada com hipertensos cadastrados no Programa de Saúde da Família, em Ribeirão Preto-SP⁽²¹⁾, 79,8% foram classificados pelo TMG como aderentes ao tratamento anti-hipertensivo. Com relação às possíveis causas de não-adesão ao tratamento, estatisticamente significativa foram identificadas associações entre "confiança no médico" ou "número de medicamentos anti-hipertensivos utilizados" e o nível de adesão. Esses resultados indicaram níveis de adesão adequadas ao tratamento com medicamentos por parte dos pacientes, e destacou a importância da interação profissional / paciente, a confiança no médico e a atitude dos profissionais de saúde para com os usuários.

CONCLUSÕES

O estudo mostra o grande desafio do controle da HAS, em particular pela baixa adesão ao tratamento. A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo.

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.

De acordo com os dados levantados neste estudo, entende-se que há necessidade de organizar o atendimento a essa população, no sentido de fortalecer a importância da adesão e de mudanças no estilo de vida. Acredita-se que a educação da população portadora de hipertensão arterial seja o melhor caminho para o alcance desses objetivos. Dessa forma, o manejo adequado de medidas educativas e preventivas é fundamental para reduzir as prevalências observadas, a fim de proporcionar maior qualidade de vida e redução de eventos cardiovasculares futuros.

Levando-se em conta todos esses fatores intimamente relacionados, é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Apesar de haver limitações dos dados disponíveis, os índices de adesão ao tratamento para hipertensão arterial ficam abaixo da recomendação de 80% nas populações de vários países, sendo encontradas taxas mais elevadas em serviços de saúde especializados. A não adesão à terapia é o principal fator para a falta de controle da pressão arterial que ocorre em mais de dois terços dos indivíduos que têm hipertensão. 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 e servirá como base para o planejamento das ações de saúde do município, onde foi realizado.

REFERÊNCIAS

1. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM et al. Heart disease and stroke statistics--2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun 2013];123(4):e18-e209. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/CIR.0b013e3182009701>.
2. Ibrahim MM, Damasceno A. Hypertension in developing countries. *Lancet* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];380(9841):611-9. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60861-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60861-7).
3. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf.

4. Wolf-Maier K, Cooper RS, Kramer H, Banegas JR, Giampaoli S, Joffres MR et al. Hypertension treatment and control in five European countries, Canada, and the United States. *Hypertension* [Internet]. 2004 [acesso em: 30 jun 2013];43(1):10-7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/01.HYP.0000103630.72812.10>.
5. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [acesso em: 30 de jun 2013]. Disponível em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/.
6. Schroeder K, Fahey T, Ebrahim S. How can we improve adherence to blood pressure-lowering medication in

- ambulatory care? Systematic review of randomized controlled trials. *Arch Intern Med* [Internet]. 2004 [acesso em: 30 jun 2013];164(7):722-32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.164.7.722>.
7. Marshall J, Wolfe CDA, McKevitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];345:e3953. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e3953>.
8. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
9. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Rev Bras Hipert* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];17(1). Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RDHA_6485.pdf.
10. Ministério da Saúde. SUS amplia acesso a tratamento da hipertensão [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR); 26 abr 2012 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4901/162/ministerio-da-saude-amplia-acesso-a-tratamento-da-hipertensao-arterial.html>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR); 2011 [acesso em: 30 jun 2013]. Censo 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
12. Dosse C, Cesarino CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' noncompliance with hypertension treatment. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun 2013];17(2):201-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200010>.
13. Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, Castelo-Branco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J Cardiovasc Dis Res* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];1(4):196-202. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/0975-3583.74263>.
14. Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, de Boer A. The association between compliance with antihypertensive drugs and modification of antihypertensive drug regimen. *J Hypertens*. 2004;22(9):1831-7.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do censo demográfico 2010 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [acesso em: 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/indicadores_sociais_municipais/indicadores_sociais_municipais.pdf.
16. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2002 [acesso em: 30 jun 2013];7(4):757-76. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400012>.
17. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. The influence of patient's consciousness regarding high blood pressure and patient's attitude in face of disease controlling medicine intake. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2003 [acesso em: 30 jun 2013];81(4):343-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001200002>.
18. Pucci N, Pereira MR, Vinholes DB, Pucci P, Campos ND. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. *Rev. bras. cardiol. (Impr.)*. 2012;25(4):322-9.
19. Monane M, Bohn RL, Gurwitz JH, Glynn RJ, Levin R, Avorn J. Compliance with antihypertensive therapy among elderly Medicaid enrollees: the roles of age, gender, and race. *Am J Public Health* [Internet]. 1996 [acesso em: 30 jun 2013];86(12):1805-8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380739/>.
20. Cavalari E, Nogueira MS, Fava SMCL, Cesarino CB, Martin JFV. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. *Rev. enferm. UERJ* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun 2013];20(1):67-72. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a12.pdf>.
21. Ungari AQ, Dal Fabbro AL. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. *Braz. J. Pharm. Sci.* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun 2013];46(4):811-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-82502010000400024>.

Artigo recebido em 09/09/2011.

Aprovado para publicação em 05/09/2012.

Artigo publicado em 30/06/2013.