

A ADESÃO AO TRATAMENTO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA*

COMPLIANCE IN ANTIHYPERTENSIVE THERAPY: ANALYSES IN SCIENTIFIC ARTICLES

Leila Maria Mansano Sarquis**
Magda Cristina Queiroz Dell'acqua**
Maria Cecília Bueno Jayme Gallani***
Rosa Maria Moreira****
Sílvia Cristina Mangini Bocchi*****
Terezinha Hideco Tase*****
Angela Maria Geraldo Pierin*****

SARQUIS, L.M.M. et al. A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.32, n.4, p. 335-53, dez. 1998.

RESUMO

O estudo teve como objetivo avaliar a produção científica publicada entre 1991 e 1995, para identificar como o assunto adesão ao tratamento anti-hipertensivo vem sendo abordado. Foram analisados 107 artigos científicos. Os resultados mostraram que a adesão foi abordada da seguinte maneira: 68% relacionaram ao paciente, 63% ao tratamento farmacológico, 62% a aspectos gerais, 39% ao tratamento não farmacológico, 34% a fatores institucionais, e 8% relativos à doença. A adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido um desafio no controle da hipertensão arterial e conhecer como este assunto está sendo focado na literatura pode contribuir para aumentar adesão ao tratamento na hipertensão arterial.

UNITERMOS: Adesão. Hipertensão arterial.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate scientific articles published between 1991-1995, in order to identify the compliance in antihypertensive therapy. One hundred seven scientific articles were evaluated. The results showed that 68% were related to patient, 63% to pharmacological treatment, 62% general, 39% non pharmacological treatment, 34% organizational factors, and 8% related to disease. Compliance with antihypertensive therapy was the major challenge of hypertension management and to know how this aspect was focalized in scientific articles possible reduce non compliance in hypertension.

UNITERMS: Hypertension. Compliance.

* Trabalho apresentado como um dos requisitos da disciplina A Enfermagem na Assistência à Pessoa com Hipertensão Arterial, oferecida à nível de Pós-Graduação, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
** Mestranda do Curso de Pós-Graduação na Escola de Enfermagem da U.S.P. e Auxiliar de Ensino do Curso de Graduação em Enfermagem - UNESP - Botucatu.
*** Doutoranda do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - USP e Professora do Departamento de Enfermagem - FCM- UNICAMP.
**** Mestranda do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - USP e Enfermeira do Instituto do Coração - FM-USP.
***** Doutoranda do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - USP e Profa. Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem - UNESP - Botucatu.
***** Mestranda do Curso de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem - USP e Enfermeira do HCFMUSP.
***** Professor Doutor da Escola de Enfermagem- USP, responsável pela disciplina " A enfermagem na assistência à pessoa com hipertensão arterial".

1 INTRODUÇÃO

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua constituindo um dos maiores problemas na área de hipertensão arterial, uma doença altamente prevalente tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, atingindo cerca de 15 a 20% a população adulta em nosso país. (BRASIL, 1993).

A hipertensão arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial. Apesar dos progressos expressivos da indústria farmacêutica na produção de medicamentos cada vez mais eficazes para o seu tratamento, associado ao tratamento não farmacológico, e dos benefícios comprovados na redução da mortalidade e morbidade relacionadas a eventos cardiovasculares, continua havendo um número muito grande de indivíduos hipertensos não tratados ou tratados inadequadamente.

A maior razão para o controle inadequado da pressão arterial elevada, de acordo com CLARCK (1991) seria a falta de adesão. HORWITZ; HORWITZ (1993) caracteriza adesão como sendo a extensão em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar os medicamentos, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde, conceito também corroborado por MION (1987).

A literatura nos parece unânime ao colocar como fundamental o papel da adesão no sucesso do tratamento anti-hipertensivo, a ponto de autores como Di MATTEO (1994) avaliar como consideráveis os riscos humanos decorrentes da não adesão.

Embora não seja um problema exclusivo do tratamento da hipertensão, por ser também muito freqüente em outros regimes de caráter prolongado, a falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo se aprofunda em complexidade, parecendo ser determinada por vários fatores, interrelacionados ou não entre si.

A identificação dos fatores que interferem na adesão se inicia pelo reconhecimento das características do paciente como idade, sexo, raça, escolaridade, nível sócio-econômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida e culturais, e crenças de saúde. Aspectos relativos à hipertensão arterial, como a cronicidade da doença, em geral não associada à sintomatologia desagradável, também interferem na adesão ao tratamento. As características do tratamento, que englobam intervenções medicamentosas e não medicamentosas e portanto, mudanças de comportamento; disponibilidade financeira; e tolerância a eventuais efeitos colaterais também devem ser considerados

no processo de adesão. Em igual importância, encontram-se as políticas de saúde vigentes, a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde, e a qualidade do trabalho desenvolvido nestes serviços.

A identificação das causas de baixa adesão ao tratamento tem sido preocupação de todos que atuam junto aos hipertensos. MION; PIERIN (1996) realizaram estudo com 353 hipertensos para identificar quais os motivos que contribuíram para deixar de realizar o tratamento. Os motivos mais apontados foram: em relação aos remédio (alto custo-89%, tomar várias vezes ao dia-67% e efeitos indesejáveis-54%); doença (desconhecimento da gravidade -50% e ausência de sintomas-36%); conhecimentos e crenças (só tomam remédio quando a pressão está alta-83%, não cuidam da saúde-80%, esquecem de tomar remédios-75%, desconhecem a cronicidade-70% e complicações-70%); e relação médico-paciente (falta de conhecimento para tratar-51% e relacionamento inadequado-20%).

Considerando-se portanto, o destaque da hipertensão em termos epidemiológicos, suas conseqüências negativas sobre o quadro de morbidade e mortalidade cárdio-vasculares da população, torna-se imperativo o desenvolvimento de estratégias que otimizem a identificação de indivíduos hipertensos ou com risco de vir a desenvolver hipertensão, e que auxiliem este indivíduo a iniciar e dar prosseguimento ao tratamento anti-hipertensivo. É interessante lembrar, que de acordo com o exposto no "workshop" promovido pela Liga Mundial de Hipertensão, ocorrido em Genebra em 1994, quando se trata a hipertensão, realiza-se também prevenção em nível secundário (STRASSER; GRUENINGER, 1994).

Buscar otimizar adesão do indivíduo ao tratamento é portanto uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde junto ao hipertenso. O desenvolvimento de estudos que analisem de maneira aprofundada os aspectos relacionados à adesão, bem como o conhecimento de seus resultados tornam-se uma ferramenta indispensável ao trabalho do profissional de saúde que atua nesta área.

Desde que foi "redescoberta" nos anos setenta como um importante atributo da prática clínica, como coloca HORWITZ; HORWITZ (1993), a adesão tem sido discutida, estudada e analisada sob vários enfoques. Na área da hipertensão arterial encontramos publicações voltadas aos diferentes fatores que interferem na adesão.

O conhecimento da forma como vem sendo discutida a problemática da adesão no tratamento da hipertensão, parece importante para o direcionamento das ações da equipe de saúde e em especial do enfermeiro, que tem papel a

desempenhar junto a pacientes hipertensos, em âmbito coletivo ou individual.

Dessa forma este trabalho tem como objetivos: 1- caracterizar as publicações divulgadas em periódicos nacionais e internacionais indexados, relacionadas à adesão ao tratamento anti-hipertensivo; e 2- identificar nas publicações quais os fatores intervenientes na adesão mais destacados, proporcionando uma visão de como o assunto tem sido abordado recentemente na literatura.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um levantamento bibliográfico, onde foram avaliados os resumos de artigos publicados no período de 1991 a 1995, em periódicos nacionais e internacionais indexados, para identificar como foram considerados os fatores intervenientes na adesão do hipertenso ao tratamento.

Este tipo de pesquisa permite colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito, oferecendo meios para definir, resolver, não somente questões já conhecidas, como também explorar novas áreas onde os problemas não se cristalizaram suficientemente. Dessa forma, a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras (MARCONI; LAKATOS, 1990).

2.2 Identificação das fontes bibliográficas

Identificou-se as fontes bibliográficas através da seção de automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Os unitermos utilizados foram: hypertension, compliance e adherence.

Foram selecionadas as seguintes fontes bibliográficas:

- Comprehensive Medline: reúne as três maiores fontes bibliográficas da área biomédica, ou seja, o Index Medicus, o Index to dental Literature e o International Nursing Index.
- Lilacs: reúne a literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde ou seja é o Index Medicus Latino-Americano.

- Dialog: é o banco utilizado para pesquisa nas bases Cinahl e Embase. A base Cinahl tem como fonte bibliográfica o Nursing & Allied Health Index e a base Embase tem como fonte bibliográfica a Excerpta Médica.

2.3 O corpus de análise

Entende-se por corpus o conjunto de artigos submetidos à análise.

Levantou-se nas fontes descritas 178 referências bibliográficas no período de 1991 a 1995. De imediato descartou-se 31 referências por não conterem resumos, visto que estes constituíram o conjunto de documentos que se propôs analisar. Posteriormente, ao realizar a leitura dos mesmos, descartamos mais 40 referências, sendo: 39 por não estarem relacionadas à temática do estudo (adesão ao tratamento do hipertenso); e uma estar fora do período determinado. Assim, analisou-se 107 resumos.

2.4 Instrumento de coleta de dados

O instrumento para coleta de dados foi elaborado contendo uma primeira parte que foi utilizada para identificação do artigo, com dados exigidos pela ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas). A segunda parte conteve um quadro representando os quatro grande fatores que interferem na adesão: a) doença; b) tratamento; c) paciente; d) fatores institucionais. Dentro de cada temática foram levantadas sub temáticas, de acordo com os dados conhecidos em referências bibliográficas. (Anexo I)

O instrumento de coleta de dados, foi submetido a pré-teste, sendo alterado para atender os objetivos do trabalho.

2.5 Tratamento estatístico

Os dados foram tratados descritivamente com indicação de frequências absolutas e relativas e apresentados sob a forma de tabelas e figuras.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 107 artigos analisados, (Anexo II) encontrou-se uma distribuição homogênea quanto ao número de artigos publicados anualmente no período de 1991 a 1995 (oscilando entre 15 a 26%), com frequências discretamente maiores no ano de 1993 e 1995 (26% e 22% respectivamente) (Figura 1).

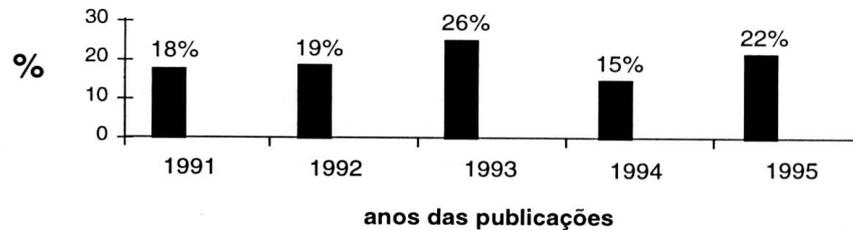


Figura 1. Distribuição anual dos artigos referentes à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, publicados no período de 1991 a 1995.

É possível que os dados obtidos espelhem uma realidade observada também em outras áreas de pesquisa, onde possivelmente os Estados Unidos também ocupam uma posição de destaque na produção científica. Tal fato poderia ser explicado pelo elevado nível sócio-econômico do país, além da existência de uma política que destina incentivos para a produção científica.

Entretanto, causa-nos surpresa o pequeno número de publicações oriundas dos demais países da Europa, considerando sua produção isoladamente, principalmente na Itália que conta com um grande centro de estudos de hipertensão na cidade de Milão.

Analisando se a distribuição dos artigos de acordo com o país onde haviam sido realizados, constatou-se uma frequência expressivamente maior de publicações oriundas dos Estados Unidos, contribuindo com quase metade (47%) do número total das publicações analisadas. A seguir, encontrava-se a Suíça com um percentual bem inferior (9,3 %) das publicações. A Alemanha e Canadá contribuíram cada um com 4,7%. Os demais países localizados na Europa, Ásia, África e América do Sul foram responsáveis por frequências que oscilaram de 0,9 a 3,7%, incluindo o Brasil, com 0,9% (Tabela 1).

TABELA 1 - Artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, segundo o país de origem, no período de 1991 a 1995.

PAÍSES	ARTIGOS	
	n	%
AMÉRICA DO NORTE		
Estados Unidos	50	47,0
Canadá	05	4,7
Sub-total	55	51,7
EUROPA		
Suíça	10	9,3
Alemanha	05	4,7
Espanha	03	2,8
França	04	3,7
Noruega	04	3,7
Hungria	02	1,9
Itália	02	1,9
Reino Unido (Escócia)	02	1,9
Áustria	01	0,9
Eslováquia	01	0,9
Dinamarca	01	0,9
Portugal	01	0,9
Bélgica	01	0,9
Sub-total	39	34,4
ÁSIA		
Japão	02	1,9
Malásia	03	2,8
Sub-total	5	4,7
AMÉRICA do SUL		
Argentina	01	0,9
Brasil	01	0,9
Sub-total	2	1,8
ÁFRICA		
Tunísia	01	0,9
República dos Camarões	01	0,9
Sub-total	2	1,8
ORIENTE MÉDIO		
Israel	01	0,9
Sub-total	1	0,9
LOCAL IGNORADO	5	4,7
TOTAL	107	100

Porém, na análise por continente observa-se que a Europa ocupa o segundo lugar (34,4%) na frequência de publicações após o primeiro lugar ocupado pela América do Norte (51,7%).

Na América do Sul, apenas 2 países apresentaram trabalhos indexados, Brasil e Argentina, contribuindo cada um com um artigo publicado.

Sem dúvida, esta é uma situação preocupante. Cada vez mais os países em desenvolvimento vêm apresentando um avanço na expectativa de vida, o que está associado com uma prevalência crescente de doenças crônico-degenerativas, dentre elas a hipertensão (BANCO MUNDIAL, 1991). A determinação e adoção de medidas que visem

desacelerar a progressão desse distúrbio tornam-se imperativas. Para isso o estudo aprofundado de cada região e de suas características torna-se necessário para o embasamento e determinação das intervenções mais adequadas.

Quanto aos periódicos onde os artigos referentes à adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram publicados, encontrou-se a maior parte deles em revistas clínicas não especializadas (23%), revistas específicas de hipertensão (22%) e revistas com temáticas diversificadas (19%). Uma porcentagem um pouco menor foi constatada em periódicos de cardiologia, medicina preventiva ou de abordagem farmacológica. Um percentual muito pequeno foi detectado nas revistas de enfermagem (Figura 2).

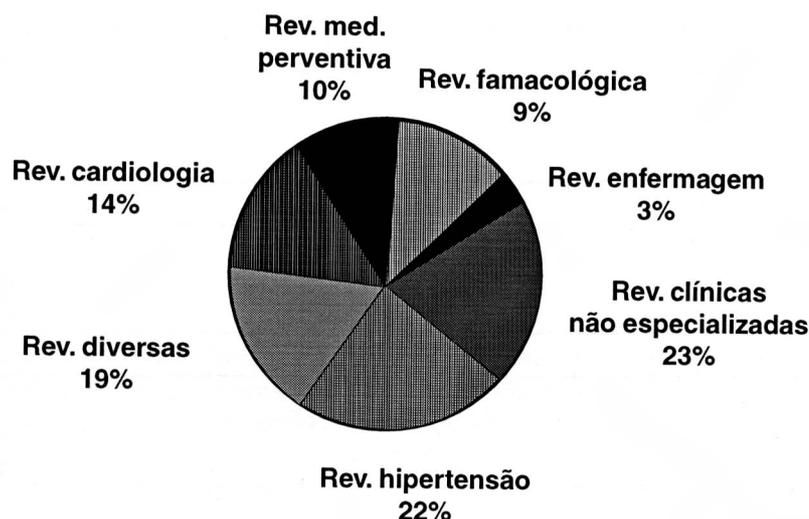


Figura 2. Distribuição dos artigos referentes à adesão ao tratamento anti-hipertensivo pesquisados no período de 1991 a 1995, de acordo com o tipo de periódico onde foram divulgados.

Apesar de não se poder descartar a possibilidade da produção científica de enfermeiras estar sendo divulgada em outros periódicos que não os específicos de enfermagem, chama-se a atenção para o fato de tais periódicos terem maior circulação entre os profissionais da área. Há necessidade portanto, que haja maior produção científica referente ao assunto e que esta seja divulgada nas revistas específicas da profissão.

A instrumentalização do enfermeiro para atuar junto a pacientes hipertensos através da otimização do conhecimento é fundamental. PIERIN (1992) analisando a mensuração de pressão arterial por diferentes profissionais de saúde no ambulatório e domicílio, observou que o profissional mais adequado para a realização dessa técnica era a enfermeira, visto que à sua aferição as cifras tensionais mantinham-se mais baixas, atenuando o efeito da hipertensão do "avental branco". Este achado associado às características do trabalho da enfermeira, que busca abordar o indivíduo de forma global, abrangente e contínua, colocam o enfermeiro como um dos profissionais mais adequados para

trabalhar a questão da adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. Para tanto, a produção científica nessa área pelos profissionais de enfermagem torna-se imprescindível.

Para a análise do conteúdo dos artigos relacionados à adesão, avaliou-se a frequência com que os seguintes fatores intervenientes neste processo estiveram presentes: fatores relacionados à doença; fatores relacionados ao paciente; fatores relacionados ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso; e fatores institucionais. Dando prosseguimento, organizou-se um quinto item caracterizado como "gerais" onde foram relacionados aspectos que não se encaixavam nos itens anteriores, como métodos para controle da adesão, abordagem geral sobre o assunto, ou ainda hipertensão de consultório.

A distribuição da frequência dos fatores relativos à adesão nos artigos analisados foi a seguinte: relacionados ao paciente 68%; ao tratamento medicamentoso 63%; gerais 62%; tratamento não-medicamentoso 39%; fatores institucionais 34%; e relativos à doença 8% (**Figura 3**).

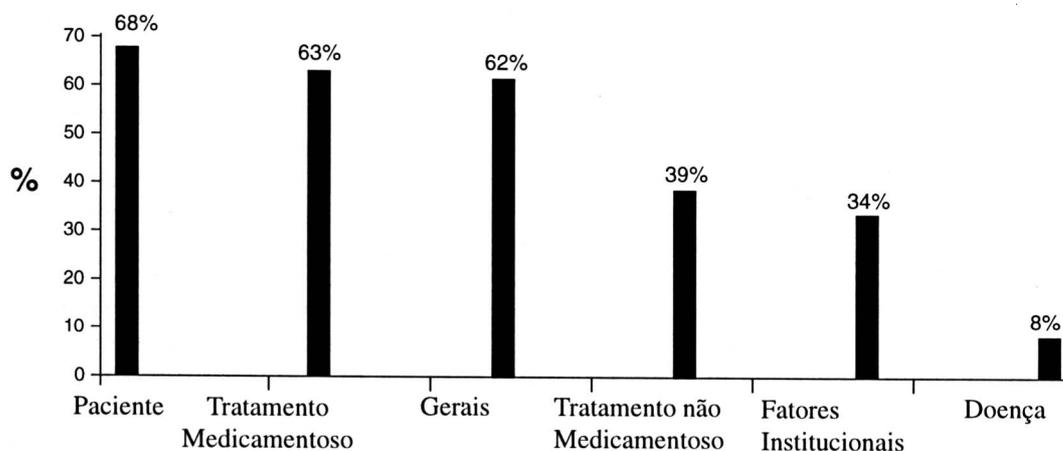


Figura 3. Distribuição dos fatores relativos à adesão de acordo com a frequência com que foram abordados nos periódicos publicados no período de 1991 a 1995.

HAYNES (1983) coloca que para reduzir a incapacidade e a mortalidade decorrentes da hipertensão são necessárias 3 etapas: 1. identificar os indivíduos que se beneficiariam com a redução da pressão arterial; 2. tornar estes indivíduos pacientes, ligando-os a um serviço de saúde afim de avaliá-los, tratá-los e segui-los continuamente; e 3. os pacientes tomarem seu medicamento. De maneira interessante o autor avalia que a contemplação das 3 etapas é fundamental pois o sucesso em uma etapa é útil apenas quando todas as subseqüentes também tiverem sucesso, mostrando dessa forma uma interrelação profunda entre as 3 etapas.

Em relação à adesão podemos fazer uma analogia quanto aos fatores que nela interferem, pois todos eles têm uma relação crítica entre si e com a adesão. Se o paciente tiver um "perfil adequado" à adesão, o tratamento for adequado, produzindo

mínimos efeitos colaterais, mas não tiver facilidade ao acesso dos serviços de saúde, as chances dele aderir ao tratamento ficam reduzidas.

Embora todos os fatores sejam importantes, os aspectos relacionados ao paciente não deixam de ser relevantes, como demonstra também a elevada frequência encontrada nesse estudo da abordagem das características do paciente e sua relação com adesão.

Nos periódicos estudados foram identificados os seguintes pontos relacionados ao paciente: aspectos estruturais, como idade, sexo, raça; educacionais; condições para o auto-cuidado, promoção da saúde; aspectos comportamentais; preocupação com qualidade de vida alterada; aspectos culturais, crenças, hábitos de vida; conhecimento sobre a doença; esquecimento; e suporte familiar, (Tabela 2).

TABELA 2 - Fatores relacionados ao paciente que se correlacionam à adesão do hipertenso, levantados nos artigos pesquisados no período de 1991 a 1995.

Fatores	n	%
- estruturais	16	22
- educacionais	15	21
- condições para o auto cuidado e promoção da saúde	12	16
- aspectos comportamentais	09	12
- alteração da qualidade de vida	08	11
- aspectos culturais, crença, hábitos de vida	07	9,5
- (des) conhecimento sobre a doença	03	04
- esquecimento	02	03
- suporte familiar	01	1,5
TOTAL	73	100

Os aspectos estruturais como idade e sexo são tidos como elementos que podem influenciar na adesão dos hipertensos ao tratamento. Os homens e pessoas mais jovens são menos aderentes ao tratamento). Estudo realizado por PIERIN; MION. (1997) verificou que homens, jovens, não brancos tinham menos conhecimento sobre hipertensão, evidenciando que as variáveis estruturais se relacionam e podem influenciar na adesão ao tratamento. Os aspectos educacionais no que se refere à adesão vêm ganhando cada vez mais destaque no trabalho junto a indivíduos hipertensos. O papel da orientação sobre a doença e cuidados relacionados ao paciente e familiares e/ou cuidadores têm sido ao longo dos anos muito discutidos.

Autores como HAYNES (1983) e PIERIN (1988) de acordo com experiência clínica e resultados de estudos expressam que a aquisição de informação obtida através de programas de orientação influenciam positivamente na adesão porém não são suficientes

para a sua manutenção. Muito se tem discutido sobre a importância de programas educacionais na mudança de comportamento dos hipertensos, e o enfermeiro teria papel de destaque no processo educacional. Estudo realizado por CAR et al (1991) mostrou que em grupo de hipertensos submetidos a um programa de orientação sistematizada, no final do processo educativo os níveis tensionais foram inversamente proporcionais ao conhecimento adquirido.

Cabe ressaltar que outros fatores, individuais, ambientais e sociais, também interferem de maneira direta facilitando ou dificultando a adoção ou abandono de comportamentos adequados ou nocivos à saúde. Portanto o programa de orientação pode ser considerado como a primeira, mas não exclusiva, etapa do processo educacional que visa mudança de comportamento. O indivíduo necessita ter acesso à informação para que possa discriminá-la como importante ou mesmo desnecessária ou passível de ser incorporada.

O compromisso do profissional de saúde vai portanto além do programa de orientação. Abrange a avaliação das condições individuais, sociais e ambientais e adoção de estratégias que auxiliem o indivíduo a adotar um novo comportamento em relação à sua doença.

No workshop da Liga Mundial de Hipertensão em 1994 sobre educação do paciente hipertenso, tais aspectos foram extremamente reforçados. Foi estabelecido, por exemplo, que o objetivo a ser atingido através da educação do paciente é influenciar seu comportamento induzindo-o à mudança e manutenção. Para isso, as estratégias de ação dos profissionais de saúde deveriam ser: guiar o paciente em direção a crença, valores, percepções e atitudes corretas em relação à doença; permitir ao paciente ajustar-se a problemas práticos como treiná-lo no uso das medicações, auto-mensuração da pressão arterial, preparo adequado da dieta; e ajudar o paciente, através da indução do meio como família, amigos e profissionais de saúde e reforçar sua motivação para ajustar-se à doença (STRASSER; GRUENINGER 1994).

Tais pontos revelam a necessidade do conhecimento acurado acerca do mundo do paciente, que vão desde características físicas/fisiológicas a psicológicas e sociais.

Destacar ao paciente as características da hipertensão arterial também é uma ação muito importante, pois, como foi apontado em alguns dos resumos levantados, a ausência de sintomas da doença contribui muito para o abandono do tratamento. Ajudar o paciente a ajustar-se à doença é fundamental dado o caráter crônico da hipertensão arterial e dos riscos nos quais a falta de seu controle implica. Porém, apenas 8% dos trabalhos analisados enfocaram aspectos relativos à doença como elementos intervenientes na adesão ao tratamento, revelando pouco envolvimento dos estudos analisados com este aspecto.

Os aspectos relacionados ao tratamento anti-hipertensivo também foram investigados no presente estudo como elementos intervenientes na adesão. O tratamento medicamentoso foi citado em 63% dos artigos pesquisados e o tratamento não medicamentoso esteve presente em 39%.

Em relação ao tratamento medicamentoso, encontramos que os fatores intervenientes na adesão mais citados foram: dose, número de medicamentos, horário da medicação, efeitos colaterais, eficácia das drogas, custo, tratamento prolongado, mudanças de medicamento e descontinuidade do tratamento (Tabela 3).

TABELA 3 - Fatores relacionados ao tratamento medicamentosos que se correlacionam à adesão do hipertenso, levantados nos artigos pesquisados no período de 1991 a 1995.

Fatores	n	%
- dose	19	28
- número de medicamentos	16	23,5
- efeitos colaterais	09	13
- tratamento prolongado	06	09
- custo	06	09
- mudanças de medicamento/descontinuidade	05	07
- eficácia das drogas	04	06
- horários da medicação	02	03
- clareza na prescrição	01	1,5
TOTAL	68	100

Em relação à dose do medicamento, muitos artigos discutiram sobre a importância da substituição dos medicamentos regulares que necessitam de mais de uma tomada diária por aqueles de liberação lenta e dose única, reduzindo bastante a frequência de tomada de medicamento. Muitos dos artigos relacionaram que esta característica pode facilitar a adesão ao tratamento. O número de medicamentos também foi citado como um fator complicador o que contribui para a confusão e esquecimento. A associação de diferentes medicamentos anti-hipertensivos em única apresentação tendem beneficiar o seguimento do tratamento.

Apesar da eficácia e especificidade cada vez maior das drogas, os efeitos colaterais continuam sendo um problema à adesão ao tratamento. Uma vez que os hipertensos são assintomáticos, os tratamentos que contribuem para a percepção do indivíduo de piora de qualidade de vida ou de sensação de mal-estar, dificultam a adesão à terapia. CLARK (1991) comenta que os pacientes que recebem terapia com impacto negativo sobre sua qualidade de vida têm chance de 40 a 60% maior de abandonar o tratamento do que os pacientes cujo tratamento não têm impacto negativo.

A determinação dos horários de medicação de modo que não se atrele ao dia a dia da vida diária do

paciente ou que não facilite a incorporação do novo hábito, além de prescrições com esquemas complexos ou que carecem de clareza também dificultam a adesão.

Outro fator intrinsecamente ligado aos demais e que também pode interferir na adesão é o custo do medicamento. De acordo com CLARK (1991) os pacientes raramente apontam, de maneira espontânea, o custo como uma razão para o não uso da medicação e poucos relatam terem descontinuado a medicação por não ter como custeá-la. Porém, o custo parece ser um impedimento mais freqüente à terapia efetiva do que geralmente costuma se considerar.

Outro aspecto interessante é o de que pacientes com hipertensão arterial com problemas para custear a medicação em geral são de nível sócio-econômico não privilegiado e parecem ter maior morbidade e maior freqüência de acidentes vasculares cerebrais, problemas cardíacos e pior estado de saúde do que aqueles sem problemas financeiros. Também são tidos como indivíduos com hipertensão mal-controlada (CLARK, 1991). A condição sócio econômica é fator preponderante na

análise deste contexto, contudo cabe salientar que não é exclusivo. Nos países em desenvolvimento, onde a maior parte da população não dispõe de recursos financeiros adequados e de uma política de saúde que atenda às reais necessidades, a falta de acesso ao tratamento medicamentoso contribue para os baixos índices de adesão. Salienta-se ainda, que associado a este fator não se pode deixar de lembrar que as crenças de saúde, hábitos de vida, aspectos culturais se interrelacionam complicando ainda mais a situação.

Em relação ao tratamento não-medicamentoso, 39% dos artigos analisados o apontaram como fator que interfere na adesão ao tratamento dos hipertensos. Foram identificados os seguintes aspectos: abandono do fumo, realização de atividade física, controle do peso, diminuição ou abandono do consumo de álcool, mudança de alimentação, controle da ansiedade/estresse, tratamentos alternativos (como meditação, yoga e técnicas de relaxamento) e baixo recurso como fator dificultador da adoção de novos comportamentos (Tabela 4).

TABELA 4 - Fatores relacionados ao tratamento não-medicamentoso que se correlacionam à adesão do hipertenso, levantados nos artigos pesquisados no período de 1991 a 1995.

Fatores	n	%
- controle do peso corpóreo, fazer dieta	12	29
- abandono do fumo	09	21
- realização de atividade física	08	19
- redução ou abandono do consumo do álcool	06	14
- métodos alternativos: yoga, técnica de relaxamento e meditação	04	09
- controle da ansiedade - estresse	02	05
- baixo recurso financeiro	01	03
TOTAL	42	100

O tratamento não-medicamentoso, por sua vez tem se tornado uma tônica na área da hipertensão. No CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1994) ocorrido em Mangaratiba, estado do Rio de Janeiro em 1994, definiu-se que o tratamento não farmacológico da hipertensão arterial deve visar não apenas a redução da pressão arterial, mas também diminuir ou evitar o uso de outros agentes anti-hipertensivos, e adicionalmente influenciar favoravelmente na redução da morbi e mortalidade associadas à hipertensão arterial.

Tal tratamento deveria incluir medidas higienodietéticas comportamentais, que implicam em mudanças no estilo de vida individual. Deveria ser indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos pertencentes a grupos de maior risco cardiovascular

pelos seguintes motivos: relação custo-benefício favorável; dificuldade de indicação de tratamento medicamentoso em certos indivíduos hipertensos; influência favorável sobre outros fatores de risco cardiovasculares e não somente hipertensão, lembrando que os grandes fatores de risco para hipertensão são os mesmos que para coronariopatia que responde por 1/3 dos óbitos decorrentes de doenças cardiovasculares no país (BRASIL, 1993) para a qual a hipertensão arterial também é um fator de risco; viabilização da prevenção da hipertensão através de sua aplicação junto a grupos de risco; e possibilidade de aumentar a eficácia do tratamento farmacológico principalmente em relação à diminuição da mortalidade cardiovascular.

Ainda de acordo com este Consenso, o tratamento não-farmacológico seria composto de: redução do peso; diminuição da ingestão de sódio; diminuição ou abandono do consumo de álcool; e atividade física programada, que são medidas com maior eficácia terapêutica; enquanto que a descontinuação do tabagismo, controle de dislipidemia, controle do diabetes mellitus, evitar drogas que potencialmente elevem a pressão arterial e suplementação de potássio, cálcio e magnésio; dietas vegetarianas ricas em fibras, medidas anti-estresse são medidas ainda em fase avaliativa.

De acordo com COTTREL (1995) na Conferência Mundial sobre Hipertensão ocorrida no Canadá em 1995 também foi muito discutida a importância da adoção da terapia não-farmacológica como tratamento de primeira linha, particularmente na hipertensão moderada. Uma recomendação muito importante para o Canadá onde, segundo a autora, tem-se gasto na atualidade muito mais com medicamentos do que com médicos no tratamento da hipertensão.

Sem dúvida nenhuma, a adoção das medidas preconizadas implica em mudanças de comportamento significativas para determinados indivíduos. O estilo de vida que a sociedade atual impõe, propicia a adoção de estilos de vida não saudáveis, com adoção de hábitos alimentares incorretos, com predomínio de alimentos gordurosos, hipercalóricos, contribuindo para o sobrepeso e dislipidemias, consumo excessivo de álcool, além da elevada prevalência de indivíduos sedentários e tabagistas, lembrando que o consumo de tabaco no país ainda é estimulado pelos meios de comunicação em função da dificuldade em instituir-se uma política de saúde mais rígida para coibir a indústria do tabaco.

A modificação do hábito alimentar, o abandono do álcool e do fumo bem como a adoção de um estilo de vida mais ativo podem constituir para alguns indivíduos um desafio quase que insuperável. Porém, se considerarmos a importância do controle desses fatores não só para o controle da hipertensão arterial, mas também como uma contribuição para melhor qualidade de vida do indivíduo, fica clara a necessidade de se desenvolverem intervenções que auxiliem o paciente nessa modificação.

Trabalhos individuais ou em grupos, com equipes multiprofissionais, envolvendo paciente e família parecem ser estratégias válidas como demonstraram os resultados parciais do TOHMS - Estudo do Tratamento da Hipertensão Moderada, uma pesquisa multicêntrica, conduzida ao longo de 4 anos. Neste trabalho, comparou-se a efetividade de 6 tratamentos para o cuidado a longo prazo de indivíduos com hipertensão moderada. Uma parte do estudo destinou-se a avaliar as abordagens não farmacológicas no tratamento do que se chamou "estágio 1" da hipertensão (ou hipertensão

moderada). Todos os 902 participantes deste estudo foram submetidos a um programa de intervenção no estilo de vida para redução do peso corpóreo, diminuição da ingestão de sódio e álcool e aumento da realização de atividade física. 70% dos indivíduos permaneceram abaixo do peso inicial e 34% mantiveram uma perda de 10 libras (4,5 Kg aproximadamente) ou mais. A média de excreção de sódio urinário reduziu de -12,5mmol/8h para -4,6mmol/8h no quarto ano. A ingestão de álcool diminuiu em 1,6 drinques/semana entre os consumidores de álcool ao longo dos 4 anos. Foi reportado um aumento na atividade física em torno de 86% no primeiro ano que permaneceu 50% acima do informado inicialmente ao longo dos 4 anos. Mudanças benéficas na pressão arterial e lipídios séricos foram associados com essas modificações. Através destes resultados concluiu-se que intervenções no estilo de vida são válidas como tratamento inicial da hipertensão moderada e que tais ações podem ser implementadas na prática clínica (ELMER et al, 1995).

O tratamento não medicamentoso sem dúvida, contribui para o controle dos níveis tensionais. Porém, cabe ressaltar que a adoção das medidas propostas no mesmo implica em mudanças de hábitos de vida e de comportamento, tarefa não fácil para os hipertensos. Portanto, ao se propor o tratamento não medicamentoso os profissionais da área da saúde devem estar alertados para as dificuldades que serão encontradas.

Outro ponto que merece destaque são os conhecimentos e preferências dos hipertensos em relação ao tratamento proposto. Estudo realizado por MION et al. (1995), identificou que 56% dos hipertensos preferiram tratamento farmacológico por via oral (84%), em comprimidos (60%), uma vez ao dia (81%) e pela manhã (65%). Dos hipertensos estudados, 81% desconheciam que a hipertensão podia ser tratada sem remédios, apesar de conhecerem as diferentes medidas não farmacológicas. Portanto, os conhecimentos e preferências destas pessoas têm que ser considerados visando melhor adesão ao tratamento.

Analisando-se o item referente aos fatores institucionais verificou-se que 34% dos artigos os citaram como intervenientes na adesão. Foram destacados os seguintes aspectos: relacionamento com a equipe de saúde, de um modo geral ou mais especificamente com o médico e/ou enfermeira; desenvolvimento de programas específicos de orientação, verbal, escrita, com folhetos, individual, em grupo, pela equipe multiprofissional; acesso ao serviço de saúde; esquema de distribuição de medicações; desinformação de profissionais de saúde quanto a melhor maneira de abordar o paciente hipertenso; e qualidade do cuidado prestado nos serviços de saúde (**Tabela 5**).

TABELA 5 - Fatores institucionais relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, levantados nos artigos pesquisados, no período de 1991 a 1995.

Fatores institucionais	n	%
- esquemas de orientação (verbal, escrita, individual, escrita, com folhetos, com equipe multiprofissional)	16	44
- relacionamento com a equipe de saúde	12	33
- esquema de distribuição de medicamentos	03	08
- acesso ao serviço	02	06
- qualidade do atendimento	01	03
- desinformação dos profissionais liberais	01	03
- custo social do tratamento	01	03
TOTAL	36	100

Mais uma vez, depara-se com o destaque que tem sido dado na literatura à importância do desenvolvimento de programas de orientação, utilizando-se estratégias diversas. Nesse item porém, destaca-se outro fator muito importante que tem sido mais explorado recentemente na abordagem do hipertenso, o relacionamento da equipe de saúde com o paciente.

Ainda no *workshop* sobre educação da Liga Mundial de Hipertensão em 1994 foi comentado sobre a falta de preparo dos profissionais de saúde para trabalhar com o paciente hipertenso visando mudança de comportamento (STRASSER; GRUENINGER, 1994). Dentre os impedimentos à educação do paciente, os autores, relatores do manual originado neste evento, citam as dificuldades encontradas pelo médico para lidar com as questões educacionais junto ao paciente hipertenso.

Em primeiro lugar encontra-se a forma como o médico é preparado nas escolas - para "combater a doença" ao invés de "ajudar pacientes". Esse paradigma é reforçado ainda pelos avanços tecnológicos que permitem tratar e examinar o corpo do paciente hospitalizado, que se encontra sob controle médico direto, muito diferente do paciente com condições crônicas, sobre os quais o médico não tem controle direto.

Em segundo lugar comenta-se sobre a falta do desenvolvimento da habilidade de comunicação nas escolas, os médicos quando orientam, reproduzem o mesmo padrão de informação que receberam em sua formação e não utilizam o padrão mais adequado às necessidades do paciente.

Outro ponto crítico seria a dificuldade que o médico tem em dividir o poder, ensinar o paciente a tratar-se é diferente de tratar diretamente a doença, o que implica dividir conhecimento levando o médico a transferir parte de seu poder ao paciente, transformando a relação vertical médico-paciente em relação horizontal adulto-adulto. E por último é ressaltada a dificuldade do médico em ouvir o paciente.

Tais observações embora tenham sido reportadas diretamente à figura do médico, poderiam também ser válidas a todos os profissionais de saúde, incluindo a enfermeira. Repensar atitudes no relacionamento profissional-paciente é um passo fundamental para assegurar a qualidade no cuidado ao indivíduo hipertenso.

A atuação dos profissionais de saúde em âmbito mais amplo como o político também é crucial. A luta pelo desenvolvimento de políticas de saúde que facilitem o acesso do paciente aos serviços de saúde e que assegurem a possibilidade de aquisição de medicamento pelo paciente é um desafio a todos os profissionais de saúde.

Na análise do último item, que foi caracterizado de fatores gerais, verificou-se que estavam presentes em 62% dos artigos analisados e incluiu-se abordagens outras que não cabiam nos itens anteriores. Foram encontrados os seguintes aspectos relacionados à adesão: métodos de controle da adesão; estudo comparativo de drogas; técnicas para melhorar a adesão; resumos que referiram-se a uma abordagem geral sobre adesão; e ainda sobre hipertensão de consultório e medida da pressão arterial em casa (**Tabela 6**).

TABELA 6 - Fatores gerais relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, levantados nos artigos pesquisados no período de 1991 a 1995.

Fatores	n	%
- métodos para controle da adesão (contagem de comprimidos, marcadores urinários, teste de Morisk e Green e outros modelos teóricos para controle e predição da adesão, auto-relato, monitor eletrônico, microprocessador)	21	32
- estudo comparativo de drogas	19	29
- técnicas para melhorar a adesão	13	20
- abordagem geral da adesão	11	16
- hipertensão de consultório	01	1,5
- medida da pressão arterial	01	1,5
TOTAL	66	100

A adesão permanece ainda uma questão de difícil mensuração. O desenvolvimento de diferentes técnicas para medi-la é um indício de que nenhuma delas é a melhor. Dentre os artigos pesquisados, encontrou-se referência aos seguintes métodos: contagem de comprimidos, marcadores urinários, auto-relato, monitor eletrônico, microprocessador, teste de Morisk e Green dentre outros modelos teóricos para controle e predição da adesão.

LEVINE (1994) tece algumas considerações éticas quanto à monitorização da adesão, ao comentar sobre a utilização de equipamentos microprocessadores em alguns trabalhos nos quais os pacientes não sabiam que estavam sendo monitorizados.

Principalmente nos estudos onde avalia-se a eficácia de drogas, a adesão é um aspecto fundamental. Confiar no auto-relato do paciente ou em modelos teóricos de predição de adesão, pode não ser o melhor meio de avaliar a adesão nestes casos. Trabalhar portanto, com a mensuração efetiva do que realmente ocorre, através da utilização de microprocessadores ou equipamentos afins, sem que o paciente saiba, portanto sem interferência no seu comportamento espontâneo, parece ser uma tendência não só na área da hipertensão, mas também em outras situações onde se impõe um tratamento prolongado e a de falta adesão também constitui-se em problema.

Não se pode esquecer entretanto, do aspecto ético desta ação. Submeter o indivíduo a uma avaliação sem que ele esteja ciente do que está ocorrendo seria eticamente correto?

LEVINE (1994) propõe que ao optar-se por esse tipo de monitorização o mais adequado seria informar prospectivamente os participantes/pacientes que durante o curso da pesquisa ou tratamento haveria monitorização da adesão e que o propósito da monitorização seria identificar aqueles indivíduos que não aderem completamente.

Deveria também ficar claro que tal identificação seria de interesse não apenas para produzir conhecimento científico, mas também para maximizar as chances de cada indivíduo ter uma resposta terapêutica satisfatória, sendo apropriado enfatizar a mutualidade de interesse de investigador/ participante ou profissional de saúde / paciente.

Este autor ainda sugere como importante, que aqueles indivíduos identificados como não aderentes não seriam considerados más pessoas ou maus pacientes. Ao contrário, tal identificação possibilitaria descobrir as causas da pouca adesão.

A identificação das causas da baixa adesão em grupos particulares de indivíduos seria fundamental para a determinação de intervenções específicas visando otimizar a adesão ao tratamento e através dela contribuir para uma melhor qualidade de vida do hipertenso.

4 CONCLUSÕES e CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado permitiu identificar as peculiaridades referentes à adesão discutidas nos artigos publicados no período de 1991 a 1995. A distribuição homogênea do número total de publicações ao longo dos cinco anos caracterizou-se também por sua origem predominante dos Estados Unidos, seguida da produção conjunta de todo o continente europeu. Os continentes onde situam-se os países com menor índice de desenvolvimento sócio-econômico caracterizaram-se por uma pequena produção científica. Os artigos foram publicados em sua maioria em revistas clínicas não especializadas e em periódicos específicos de hipertensão arterial. Destacou-se o pequeno número de publicações em periódicos de enfermagem. Dentre os fatores relacionados à adesão encontrou-se uma maior

referência aos aspectos relacionados ao paciente, destacando-se os aspectos educacionais, estruturais, condições para o auto cuidado, aspectos comportamentais, e preocupação com qualidade de vida. Na relação entre adesão e tratamento medicamentoso, destacaram-se as questões referentes à dose, número de medicamentos, efeitos indesejáveis e custo das drogas. Nos temas gerais incluiu-se os aspectos relacionados à adesão tais com métodos para controle da adesão, estudo comparativo de drogas e técnica para melhorar a adesão. Os fatores relativos à doença, tratamento medicamentoso e gerais estiveram presentes nos artigos analisados em frequência superior a 60%. Evidenciando portanto, que ao focar a temática da adesão estes três aspectos foram os mais destacados. Os fatores relacionados ao tratamento não medicamentoso e características institucionais se apresentaram com frequência em torno de 30%. A correlação da adesão e características da hipertensão, fatores inerentes à doença, foram os menos abordados.

Os resultados do presente estudo apontam para a necessidade de realização de investigações futuras que busquem identificar a importância relativa de cada um deles. A partir de então poderá se estabelecer propostas que visem trabalhar de modo estratégico a problemática da adesão junto às pessoas hipertensas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANCO MUNDIAL **Brasil novo desafio à saúde do adulto**. Washington, 1991.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-vasculares. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1993
- CAR, M.R. et al. Estudo da influência do processo educativo no controle da hipertensão arterial. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 25, n. 3, p. 259-69, 1991.
- CLARCK, L.T. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. *Am. Heart J.*, v. 121, n. 1, p. 664-9, 1991.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2, Rio de Janeiro, 1994. *J. Bras. Nefrol.*, v. 16, n. 2, p.S 257-S78, 1994. Suplemento 2.
- COTTRELL, K. Experts discuss cost-effective treatment of hypertension during World Conference in Canada. *Can. Med. Assoc. J.*, v. 153, n. 9, p. 1332-5, 1995.
- Di MATTEO, M.R. Enhancing patient adherence to medical recommendations. *JAMA*, v. 271, n. 1, p. 79-83, 1994.
- ELMER, P.J. et al. Lifestyle intervention: results of the treatment of mild hypertension study (TOHMS). *Preventive Med.*, v. 24, n. 4, p. 378-88, 1995.
- HAYNES, R.B. et al. Hypertension in the real world. In: GENEST, J. et al. **Hypertension: physiopathology and treatment**. New York, McGraw-Hill, 1991. cap. 75, p. 1252-61.
- HORWITZ, R.I., HORWITZ, S.M. Adherence to treatment and health outcomes. *Arch. Intern. Med.*, v. 153, p. 1863-8, 1993.
- LEVINE, R.J. Monitoring for adherence: ethical considerations. *Am. J. Resp. Crit. Care Med.*, v. 149, n. 2, p. 287-8, 1994.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 2. ed. São Paulo, Atlas, 1990.
- MION Jr., D. Aderência do paciente hipertenso ao tratamento. / Apresentado no 42. Congresso da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Brasília, 1987./
- MION Jr., D. et al. Conhecimentos, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. *J. Bras. Nefrol.*, v. 17, n.4, p. 229-36, 1995.
- MION Jr., D.; PIERIN, A M.G. Causas de baixa adesão ao tratamento e o perfil de pacientes hipertensos. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 5., São Paulo, 1996. Anais. São Paulo, Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1996. p. 120.
- PIERIN, A.M.G. A pessoa com hipertensão arterial em tratamento no ambulatório: estudo sobre os problemas dificultadores e modificações decorrentes da doença e do tratamento. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 22, n. 3, p. 273-82, 1988.
- PIERIN, A.M.G. Medidas da pressão arterial no ambulatório pelo cliente, enfermeira e médicos comparados a registros domiciliares. São Paulo, 1992. 119p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PIERIN, AM.G.; MION Jr., D. Análise de correspondência mostra que homens, jovens, não brancos não têm conhecimento sobre hipertensão. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO 6, Rio de Janeiro, 1997. Anais. Rio de Janeiro, Sociedade Brasileira de Hipertensão, 1997. p. 54.
- STRASSER, T.; GRUENINGER, U.J. (ed.) **Educating the hypertensive patient: a manual for practising physicians and nurses**. Hypertension League (WHL), Geneva, 1994.

ANEXO I - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

		CÓDIGO	
autores: título: revista: ano: local:			
DOENÇA		TRATAMENTO	
comentários: () cronicidade () ausência de sintomas ()	medicamentos () nº de medicamentos () dose () esquemas complexos () custo () tratamento prolongado () mudanças de medicamento/ descontinuidade () eficácia das drogas () clareza da prescrição ()	não-medicamentoso () peso () fumo () bebida alcoólica () alimentação () Na; () K; () Ca; () Fibras () () ansiedade-stress () métodos alternativos () yoga; () meditação; () acupuntura; () chá; () () medida da PA () domiciliar () ambulatorial ()	
OUTROS - GERAIS			
comentários: () estudo comparativo das drogas () abordagem geral da adesão () técnicas de medidas da adesão () marcadores urinários () auto-relato () contagem comprimidos () técnicas para melhorar a adesão () hipertensão de consultório ()	comentários: ()		
PACIENTE		INSTITUCIONAIS	
comentários: () hábitos de vida () crenças () cultura () (des) conhecimento () cuidado com a saúde () esquecimento () sexo () idade () estado civil () educação () religião	comentários: () relacionamento com equipe de saúde () acesso ao serviço () política de saúde () orientação () escrita () folhetos () verbal individual () grupo () receitas - reposição ()		
comentários: () qualidade de vida alterada () condições p/ auto-cuidado () aspectos comportamentais () aspectos educacionais			

ANEXO II

1. AMELING, E. H.; DE KORTE, D. F.; MAN IN'T VELD, A. Impact of diagnosis and treatment of hypertension on quality of life: a double-blind, randomized, placebo-controlled, cross-over study of betaxolol. *J. Cardiovasc. Pharmacol.* v. 18, n.s, p. 752-60, 1991.
2. BALAZOVJECH, I.; HNILICA, P. JR. Compliance with antihypertensive treatment in consultation rooms for hypertensive patients. *J. Hum. Hypertens.* v. 7, n. 6, p. 581-3, 1993.
3. BECK, R. A. et al. Cardiovascular effects of pseudoefedrine in medically controlled hypertensive patients. *Arch. Intern. Med.*, v.152, n.6, p.1242-5, 1992.
4. BELIZZAN, J. M. calcium supplementation to prevent hypertensive disorders of pregnancy. *N. Engl. J. Med.*, v. 325, n. 20, p. 1399-405, 1991.
5. BEN HAMIDA, A. et al. Assessment of the quality of management of arterial hypertension in a public health center. *Rev. Epidemiol Sante Publique*, v. 41, n. 3, p. 200-7, 1993.
6. BILLAULT, B. et al. Use of a standardized personal medical record by patients with hypertension: a randomized controlled prospective trial. *MD Comput*, v.12, n.1, p.31-35, 1995.
7. BITTAR, N. Maintaining long-term control of blood pressure: the role of improved compliance. *Clin. Cardiol.*, v.18, n.6, p.0.12-6, 1995. Supplement 3.
8. BLUMENTHAL, J. A.; SIEGEL, W.C.; APPELBAUM, M. Failure of exercise to reduce blood pressure in patients with mild-hypertension. *JAMA*, v. 266, n. 15, p. 2098-104, 1991.
9. BOAVENTURA, I. et al. Compliance to Therapy - it's importance in research and clinical practice. *Rev. Port. Cardiol.* V. 13, n.9, p.677 83, 640, 1994.
10. BOLLI, P. et al. Effectiveness and tolerability of once versus twice daily nitrendipine in the treatment of mild to moderate hypertension: The Canadian Nitrendipine Study Group. *Can.J. Cardiol.*, v. 7, n. 2, p. 59-64, 1991.
11. BURRIS, J.F. The U.S.A. experience with clonidine transdermal therapeutic system. *Clin. Auton. Res.*, v.3, n. 6, p. 391, 1993.
12. CARLBERG, A. Patient satisfaction and design of treatment. Results from a study of two different ways of treating hypertension. *Scand. J. Prim. Health Care*, v. 11, n. 2, p. 105-10, 1993.
13. CLARK, L. T.; EMEROLE, O. Coronary heart disease in African American: primary and secondary prevention. *Clev. Clin. J. Med.*, v. 62, n. 5, p. 285-92, 1995.
14. CELIS, H. et al. Does isradipine modified release 5 mg once daily reduce blood pressure for 24 hours? *J. Cardiovasc. Pharmacol.*, v.22, n.2, p. 300-4, 1993.
15. COSTA, F. V. Problems in the treatment of arterial hypertension. *Ann. Ital. Med Int.*, v. 9, p. 505-35, 1994. Supplement 1P.
16. DAHLOF, B.; HOSIE, J. Antihypertensive efficacy and tolerability of a new once-daily felodipine - metoprolol combination compared with each component alone. The Swedish/UK Study Group. *Blood Press Suppl.*, v. 1, p. 22-9, 1993.
17. DANIELS, D. E; RENE, A. A; DANIELS, V. R. Race: an explanation of patient compliance fact or fiction? *J. Natl. Med. Assoc.*, v. 86, n. 1, p.20-5, 1994.
18. DETRY, J. M. et al. Patient compliance and therapeutic coverage: comparison of amlodipine and slow release nifedipine in the treatment of hypertension. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, v. 47, n6, p. 477-81, 1995.
19. DEVINE, E. C.; REIFSCHNEIOER, E. A. meta. analysis of the effects of psycho-educational care in adults with hypertension. *Nurs. Res.*, v. 44, n. 4, p. 237-45, 1995.
20. DIMATTEO, M. R. et al. Physicians characteristics influence patients adherence top medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol.*, v. 12, n. 2, p. 93-102, 1993.
21. ELLIOTT, W. J. Compliance strategies. *Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.* v. 3, n. 3, p. 271-8, 1994.
22. ERNE, P. et al. Time of drug intake in hypertension and angina pectoris. A controlled monitoring Study. *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.*, v. 83, n. 39, p. 1079-83, 1994.
23. ESUNGE, P. M. Patient compliance and the evaluation of drug trials for hypertension in rural África. *Ethn. Dis.*, v. 1, n.3, p. 292-4, 1991.
24. FARMER, K. C; JACOBS, E. W; PHILLIPS, C. R. Long-term patient compliance with prescribed regimen of calcium channel blockers. *Clin. Ther.*, v. 16, n. 2 p. 316-26, 1994.
25. FRANCIS, C. K. Hypertension, cardiac disease, and compliance in minority patients. *Am. J. Med.*, v. 91, n. 1A, p. 29.5 - 365, 1991.
26. FISHMAN, T. The 90-Second Intervention: a patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Rep.*; v. 110, n. 2, p. 173-8, 1995.
27. FUCHS, Z. et al. Comprehensive individualized nonpharmacological treatment program for hypertension in physician-nurse clinics: two year follow-up. *J. Hum. Hypertens.*, v. 7, n.6, p. 585-91, 1993.
28. GREMINGER, P. et al. Morning versus evening administration of nifedipine gastrointestinal therapeutic system in the management of essential hypertension. *Clin. Investig.*, v. 72, n. 11, p. 864-9, 1994.
29. GUERRERO, D. et. al. Antihypertensive medication-taking. Investigation of a simple regimen [published erratum appears in *Am. J. Hypertens* 1993 nov; (11Pt1): 1982] *Am. J. Hypertens.*, v. 6, n. (7Pt.1), p. 586-92.
30. GIL, V. et. al. A four year study of therapeutically observation of patients with hypertension. *Rev. Clin. Esp.*, v. 193, n. 7, p. 351-6, 1993.
31. GIL, V. et. al. Validy of 6 indirect methods to assess treatment compliance in arterial hypertension. *Med. Clin (Barc.)*, v. 102, n. 14, p. 532-6, 1994.

32. GOLDSTEIN, A. O. et. al. Variations in hypertension control in indigent rural primary care clinics in North Carolina. **Arch. Pharm. Med.**, v. 3, n. 6, p. 514-9, 1994.
33. GONZALEZ PORTILLO, L. Patients' adherence to therapy and their understanding of hypertension at health centers. **Aten. Primária**, v. 12, n. 8, p.469-73, 1993.
34. GRUENINGER, U. J. Arterial hypertension: lesson from patient education. **Patient Educ. Couns.**, v. 26, n. 1-3, p. 37-55, 1995.
35. GRUNBAUM, J. A.; RODRIGUEZ, B. L. LABARTHE, D. R. Parenteral response to identification of elevated blood pressure or cholesterol following school-based screening. **J. Adolesc. Health**, v. 14, n. 2, p. 99-103, 1993.
36. HANSEN, H. S. et. al. A controlled study of eight months of physical training and reduction of blood pressure in children: the Odense School child study. **BMJ**, v. 303, n. 6804, p. 682-5, 1991.
37. HASFORD, J. Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. **J. Cardiovasc. Pharmacol.**, v. 20, p. 530-4, 1992. Supplement 6P.
38. HASHIMOTO, J. et. al. Compliance with long-term dietary salt restriction in hypertensive outpatients. **Clin Exp. Hypertens.**, v. 16, n. 6, p. 729-39, 1994.
39. HEURTIN-ROBERTS, S., REINSIN, E. The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment. **Am. J. Hypertens.** v. 5, n. 11, p. 784-92, 1992
40. HILLEMAN, D. E. et. al. Conversion from sustained-release to immediate-release calcium entry blockers: outcome in patients with moderate hypertension. **Clin. Ther.**, v. 15, n. 6, p. 1002-10, 1993.
41. HOFFMANN, J. Comparison of a felodipine metoprolol combination tablet vs each component alone as antihypertensive therapy. The German Multicentre Study Group. **Blood Press**, v. 1P, p. 30-6, 1993. Supplement.
42. HOSIE, J.; WIKLUND, I. Managing hypertension in general practice: can we do better? **J. Hum. Hypertens.**, v. 9, p. 515-8, 1995. Supplement 2P.
43. HOUSTON, M. C.; HAYS, L. Transdermal clonidine as an adjunct to nifedipine - GITS therapy in patients with mild-to-moderate hypertension. **Am. Heart. J.**, V. 126, n. 4, p. 918-23, 1993.
44. HUNGERBUHLER, P. et. al. Compliance with medication among out patients with uncontrolled hypertension in the Seychelles. **Bull World Health Organ**. v.73, n. 4, p. 437-42, 1995.
45. ITURRIOZ, P. et al. Evaluation of compliance with appointments and the control of blood pressure in a group of hypertensive patients. **Aten. Primaria**. v.8, n.3, p. 212, 214-6, 1991.
46. JACKSON, C; JATULIS, D. E.; FORTMANN, S. P. The behavioral risk factor survey and the Stanford five-city project survey: a comparison of cardiovascular risk behavior estimates. **Am. J. Public Health**, v. 82, n. 3 p. 412-6, 1992.
47. JECK, T. et. al. Performing self-measurement of blood pressure: a patient survey. **Schweiz. Rundsch. Med. Prax.**, v. 80, n. 17, p. 456-61, 1991.
48. JECKJ, T. et. al. Beta-blocking drugs in essential hypertension: Transdermal bupropnolol compared with oral metoprolol. **Int. J. Clin. Pharmacol. Res.** v. 12, n. 3, p. 139-48, 1992.
49. JONES, J. K. et. al. Discontinuation of and changes in treatment after start of new courses. **BMJ**, v. 311, n. 7000, p. 293-5, 1995.
50. KAPLAN, N. M. Resistant hypertension: what to do after trying the usual! **Geriatrics**, v. 50, n. 5, p. 24-38, 1995.
51. KAPLAN, N. M. Managing the problem patient. **Hosp. Pract.** (off Ed) v. 265, p. 26-30; discussion 31-3, 1991. Supplement 2p.
52. KJELLGREN, K. I., AHLNER, J; SALJO, R. Taking antihypertensive medication-controlling or co-operating with patients? **Int. J. Cardiol.**, v. 47, n. 3, p. 257-68, 1995.
53. KRAVITZ, R. L. et. al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical condition. **Intern. Med.**, v. 153, n. 16, p. 1869-78, 1993.
54. KOVACS, P. et. al. Cilazapril replacing captopril in the therapy of medium-severe essential hypertension. **Orv. Hetil**, v. 136, n. 42, p. 2273-8, 1995.
55. LANDERS, R. et. al. Predictors of long-term compliance in attending a worksite hypertension program. **J. Hum. Hypertens.**, v. 7, n. 6, p. 577-9, 1993.
56. LEE, D. et. al. Relation of hostility to medication adherence, symptom complaints, and blood pressure reduction in a clinical field trial of anti-hypertensive medication, **J. Psychosom. Res.**, v. 326m, n. 2, p. 181-90, 1992.
57. LIEVRE, M. et. al. Ramipril-induced regression of left ventricular hypertrophy in treated hypertensive individuals. HYCAR Study Group. **Hypertension**, v. 25, n. 1, p. 92-7, 1995.
58. LIM, T. O. The Menta Kab Hypertension Project. Part IV - Hypertension care: is it adequate? A criterion-based audit of hypertension care in a hospital. **Singapore Med. J.**, v. 32, n. 6, p. 431-3, 1991.
59. LIM, TO. The Mentakab Hypertension Study Project. Part VI - Blood pressure measurement in hypertension: a questionnaire survey of medical staff. **Singapore Med. J.**, v. 33, n.2, p. 160-3, 1992.
60. LIM, TO. et. al. The Mentakab Hypertension Study Project. Part V - Drug compliance in hypertensive patients. **Singapore Med. J.**, v. 33, n.1, p. 1, p.63-6, 1992.
61. LUEG, M. C.; HERRON, J.; ZELLNER, S. Transdermal clonidine as an adjunct to sustained-release diltiazem in the treatment of mild-to-moderate hypertension. **Clin. Ther.**, v. 13, n.4, p.471-81, 1991.
62. MACDONALD, N. J. et. al. Combined lipid-lowering and antihypertensive treatment as part of strategy of multiple risk factor intervention. **J. Hum. Hypertens.**, v. 5, n. 5, p. 449-54, 1991.

63. MAGOMETSCHNIGG, D. Patient compliance of hypertensive patients in the physician's practice. **Wien Med. Wochenschr.**, v. 145, n. 15-16, p. 360-4, 1995.
64. MALLION, J. M. et. al. Use of a microprocessor - equipped tablet box in monitoring compliance with antihypertensive treatment. **J. Cardiovasc Pharmacol**, v. 19, p. 541-8, 1992. Supplement 2P.
65. MANCIA, G. Improving the management of hypertension in clinical practice. **J. Hum. Hypertens.** v.9, p.529-31, 1995
66. MACKENNEY, J. M.; MUNROE, W. P.; WRIGHT J. T. JR. Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control. **J. Clin. Pharmacol.**, v. 32, n.3, p. 277-83, 1992.
67. MELAND, E.; LAERUM, E.; UNLVIK, R. J. Salt restriction in hypertension - the effect of dietary advice and self monitoring of chloride concentration in urine. **Scand. J. Clin. Lab. Invest.**, v. 54, n. 5, p. 399-404, 1994.
68. MENGDEN, T. et. al. The use of self-measured blood pressure determinations in assessing dynamics of drug compliance in a study with amlodipine once a day, morning versus evening. **J. Hypertens.**, v. 11, n. 12, p. 1403-11, 1993.
69. MEREDITH, P. A.; ELLIOT, H.L. Therapeutic coverage: reducing the risks of partial compliance. **Br. J. Clin. Pract. Symp.**, v. 73 p, p. 13-7. 1994.
70. MILLER, P.; WIKOFF, R.; HIATT, A. Fishbein's model of reasoned action and compliance behavior of hypertensive patients. **Nurs. Res.**, v. 41, n. 2, p. 104-9, 1992.
71. MORICI, M. L.; DIMARCO, A. Hypertension at the three hold of the year 2.000: classification, treatment, prevention. **Recenti Prog. Med.**, v. 85, n. 4, p. 246-56, 1994.
72. MUHLHAUSER, I. et. al. Evolution of a structured treatment and teaching program on hypertension in general practice. **Clin Exp. Hypertens.**, v. 15, n. 1, p. 125-42, 1993.
73. MYERS, M. G.; TOAL, C. B. Comparative efficacy of two long - acting formulation of nifedipine in the treatment of hypertension: the switch study investigators. **Can. J. Cardiol.**, v. 11, n. 10, p. 913-7, 1995.
74. OS, I. Quality of life in hypertension. **J. Hum. Hypertens.**, v. 1P, p. 527-30, 1994. Supplement 8.
75. OS, I. Non-responder. **Wien. Med. Wochenschr.**, v. 145, n. 15-16, p. 357-60, 1995.
76. OS, I. et. al. Refractory hypertension. **Tidsskr. Nor. Laegeforen.**, v. 115, n. 6, p. 723-4, 1995.
77. PITERMAN, L. Hypertension: are we getting the message? **Aust. Fam. Physician**, v. 22, n. 5, p. 711-3, 716, 720-2, 1993.
78. PRISANT, L. M. et. al. Novel drug-delay systems for hypertension. **Am. J. Med.**, v. 93, n. 2A, p. 45 S - 55 S, 1992.
79. RIMER, B. K.; GLANZ, K.; LERMAN, C. Contribution of public health to patient compliance. **J. Community Health**, v. 16, n. 4, p. 225-40, 1991.
80. ROEBACK J. R. Jr. et. al. Effects of chromium supplementation on serum high - density lipoprotein cholesterol levels in men taking beta-blockers. A randomized, controlled trial C see comments **J. Ann. Intern. Med.**, v. 115, n. 12, p. 917-24, 1991.
81. RUDD, P. Partial compliance: implications for clinical practice. **J. Cardiovasc Pharmacol**, v. 22, p. 51-5, 1993. Supplement. AP.
82. RUDD, P. Clinicians and patients with hypertension: Unsettled issues about compliance. **Am. Heart. J.**, v. 130, n.(3Pt1), p. 572-9, 1995.
83. SAWICKI, P. T. et. al. Improvement of hypertension care by a structured treatment and teaching program. **J. Hum. Hypertens.** v. 7, n. 6, p. 571-3, 1993.
84. SCHAUB, A. F.; STEINER, A; VETTER, W. Compliance to treatment. **Clin. Exp. Hypertens.**, v. 15, n. 6, p. 1121-30, 1993.
85. SCHNEIDER, R. H. et. al. A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. **Hypertension**, v. 26, n. 5, p. 820-7, 1995.
86. SCHWARTZ, GL. Diagnosis, pathogenesis, and management of essential hypertension. **Optom. Clin.**, v. 2, n. 2. p. 31-46, 1992.
87. SCHUELLER, K. Cost-effectiveness issues in hypertension control. **Can. J. Public Health**, v. 85, p. 554-6., 1994. Supplement 2p.
88. SCLAR, D. A. et. al. Utility of a Transdermal delivery system for antihypertensive therapy. Part. 1. **Am. J. Med.**, v. 91, n. 1A, p. 50S-56S, 1991.
89. SCLAR, D. A. et. al. Effect of health in promoting prescription refill compliance among patients with hypertension. **Clin. Ther.**, v. 13, n. 4, p. 489-95, 1991.
90. SHARKNESS, C. M.; SNOW, D. A. The patient's view of hypertension and compliance. **Am J. Prev. Med.**, v. 8, n. 3, p. 141-6, 1992.
91. SHEA, S. et. al. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. **N. Engl. J. Med.**, v. 327, n. 11, p. 776-81, 1992.
92. SKAER, T. L. et. al. Effect of value-added on prescription refill compliance and health care expenditures for hypertension. **J. Hum. Hypertens.**, v. 7, n. 5, p. 515-8, 1993.
93. SKAER, T. L. et. al. Effect of pharmaceutical formulation for anti-hypertensive therapy on health service utilization. **Clin. Ther.** v. 115, n. 4, p. 175-25, 1993.
94. SPITALEWITZ, S. et al. Effective hypertension control in inner city blacks. **NY State J. Med.**, v. 91, n. 5, p. 189-92, 1991.
95. STASON, W. B. Opportunities to improve the cost-effective ness of treatment for hypertension. **Hypertension**, v. 18, p. 161-6, 1991. Supplement 3.
96. STRASSER, T.; WILHELM SEN, L. Impediments to the control of hypertension. Hypertension management Audit Group. **Clin. Exp. Hypertens.**, v. 14, n. (1-2), p. 193-212, 1992.

97. SOUSA, A. L.; et al. Multidisciplinary experience in the approach to the hypertensive patient. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 59, n. 1, p. 31-5, 1992.
98. TURNER, R. R. Role of quality of life in hypertension therapy implication for patient compliance. **Cardiology**, v. 80, v. 80, p. 11-22, 1992. Supplement 1P.
99. VAL, J. A. et. al. Descriptive study of patient compliance in pharmacological antihypertensive treatment and validation of the Morisk and Green test. **Aten. Primaria**, v. 10, n. 5, p. 767-70, 1992.
100. VAJO, Z.; SZEKACS, B. Quality of life and anti-hypertensive therapy. **Orv. Hetil.**, v. 134, n. 45, p. 2477-9, 1993.
101. VAUR, L. et. al. Differential effects of a missed dose of trandolapril and inalapril on blood pressure control in hypertensive patients. **J. Cardiovasc. Pharmacol.**, v. 26, n. 1, p. 127-31, 1995.
102. WAEBER, B.; HEYNEN, G.; BRUNNER, H. R. The importance of the therapy compliance in the treatment of arterial hypertension. **Schweiz. Rundsch. Med. Prax.**, v. 82, n. 48, 1993.
103. WEIDMANN, P.; FERRARI, P. Antihypertensive therapy in the nineties. **Schweiz. Rundsch. Med. Prax.**, v. 81, n. 7, p. 188-98, 1992.
104. WHETSTONE, W. R.; REID, J. C. Health promotion of older adults: perceived barriers. **J. Adv. Nurs.**, v. 16, n. 11, p. 1343-9, 1991.
105. WAEBER, B. et. al. Use of drugs with more than a twenty-four hour duration of action. **J. Hypertens.**, v. 12, n. 8, p. 567-71, 1994. Supplement.
106. YOSHIDA, K. et. al. Patient-hospital relationships and quality of life in elderly patients with hypertension. **AADE Ed. J.** v. 18, n. 1, p. 77-83, 1995.
107. YAMAMOTO, M. E. et. al. Lack of blood pressure effect with calcium and magnesium and magnesium supplementation in adults with high - normal blood pressure. Results from Phase I of the Trials of Hypertension prevention (T.O.H.P.). Trials of Hypertension Prevention (T.O.H.P.) Collaborative Research Group. **Ann. Epidemiol.**, v. 5, n. 2, p. 96-107, 1995.