

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO POR
PACIENTES TRABALHADORES**

Edivânia Aparecida Moreira Maciel

BRUMADINHO

2012

Edivânia Aparecida Moreira Maciel

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO POR
PACIENTES TRABALHADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eulita Maria Barcelos

BRUMADINHO

2012

Edivânia Aparecida Moreira Maciel

**A NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DE HIPERTENSÃO POR
PACIENTES TRABALHADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof^a Eulita Maria Barcelos.– orientadora

Prof. Matilde Meire Miranda Cadete (UFMG)

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/2012

RESUMO

A pressão arterial é a força exercida pelo sangue sobre a parede dos vasos, variando de maneira contínua a cada ciclo cardíaco. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema crônico, sendo seu controle um desafio para os profissionais de saúde. A sua prevalência mundial é de 1 bilhão de pessoas adultas chegando a 7,1 milhões de óbitos anuais, sendo que em média 40 a 60% não fazem uso da medicação anti-hipertensiva. A morte prematura de pessoas em idade produtiva por doenças crônicas como a HAS poderá gerar uma perda de 40 bilhões de dólares para o Brasil o que reduz o potencial de desenvolvimento econômico. O objetivo deste estudo foi o de realizar revisão de literatura sobre os fatores que interferem na adesão correta ao tratamento de trabalhadores hipertensos. Para tal e por meio de revisão narrativa, buscaram-se publicações incluídas no período de 2000 a 2011, na língua portuguesa. Após leitura analítica dos materiais coletados chegou-se aos resultados: o diagnóstico da hipertensão pode ser realizado através da medida da pressão arterial; são vários os fatores de risco da hipertensão arterial, dentre eles: o diabetes mellitus, hereditariedade, dislipidemia, o sedentarismo, dentre outros. Para o controle da hipertensão é adotado o tratamento medicamentoso e não medicamentoso conforme critério médico. A adesão ao tratamento tem baixos índices o que acarreta complicações cardiovasculares. Os fatores frequentemente citados e estudados são os relacionados à doença, ao paciente, à terapêutica, fatores socioeconômicos, sistema de saúde e equipe de saúde. Para ampliar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo são utilizadas estratégias direcionadas ao paciente, ao tratamento e a equipe multidisciplinar, sendo de grande relevância em prol do bem estar do indivíduo a atuação direta e indireta do profissional enfermeiro e sua equipe de saúde, através da educação em saúde, no processo de mudança do hábito de vida, do conhecimento das crenças em saúde e a comunicação interpessoal com o paciente hipertenso. Por meio da educação continuada é possível a redução do índice de absenteísmo ao trabalho e reduz o custo para as empresas em relação a internações, afastamentos e aposentadorias.

Palavras-chave: Hipertensos. Tratamento. Não adesão. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

Blood pressure is the force exerted by the blood on the wall of the vessels, varying continuously each cardiac cycle. Systemic arterial hypertension is considered a problem chronic, and its control a challenge for health professionals. Its world prevalence is 1 bn of adult people reaching 7.1 million deaths annually, being that on average 40 to 60% did not make use of anti-hypertensive medication. The premature death of people in productive age by chronic diseases as SH may generate a loss of 40 billion dollars for Brazil which reduces the potential for economic development. The objective was to review the literature on factors that influence adherence to correct treatment of hypertensive workers. The diagnosis of hypertension may be carried out through the arterial pressure measured. There are several risk factors for arterial hypertension, among them: diabetes mellitus, hereditariness, dyslipidemia, sedentary lifestyle, among others. For the control of hypertension is adopted treatment and not medicamentous as medical criteria. Adherence to treatment has low indices which entails cardiovascular complications. The factors cited frequently and studied are those related to disease, the patient, therapeutics, socioeconomic factors, health system and health team. To extend the accession to anti-hypertensive treatment are used strategies patient, treatment and the multidisciplinary team, being of great importance for the welfare of the individual. The action of direct and indirect nurse professional and his team of health, through education in health, in the process of change in the habit of life, knowledge of beliefs in health and interpersonal communication hypertensive patient. Through continuing education is possible to reduce the index of absenteeism to work and reduces the cost to the undertakings in relation to hospitalizations, departures and pensions.

Key-words: Hypertensive. Treatment. Not accession. Health of the worker.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Modelo teórico do processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.....	27
QUADRO 1 Métodos indiretos de medida da aderência com a medicação - 2006.....	28
QUADRO 2 Métodos diretos de medida da aderência com a medicação-2006....	28
QUADRO 3 Medidas práticas utilizadas para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial-2006.....	39
QUADRO 4 Estratégia para facilitar a adesão - 2001.....	40

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1 Classificação da hipertensão arterial (>18 anos).....	20
--	----

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS -	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA -	Pressão Arterial
PAS -	Pressão Arterial Sistólica
PAD -	Pressão Arterial Diastólica
ECG -	Eletrocardiograma
HIPERDIA-	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
PSF -	Programa de Saúde da Família
SBC-	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBH -	Sociedade Brasileira de Hipertensão
SUS -	Sistema Único de Saúde
DM -	Diabetes Mellitus

SUMÁRIO

1	Introdução.....	12
2	Objetivo.....	16
3	Metodologia	17
4	Revisão da Literatura.....	18
4.1	Pressão Arterial.....	18
4.1.1	<i>Epidemiologia da Hipertensão Arterial.....</i>	21
4.1.2	<i>Diagnóstico da Hipertensão Arterial.....</i>	22
5	Tratamento medicamentoso e não medicamentoso.....	23
5.1	Adesão ao Tratamento anti-hipertensivo.....	25
5.2	Fatores associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.....	28
6	Consequências da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo no setor de trabalho.....	36
7	Estratégias de adesão.....	38
8	Atuações de Enfermagem.....	41
9	Conclusão.....	44
	Referências.....	45

1 Introdução

A população brasileira desde a metade do século passado sofreu intensas transformações sociais, econômicas, políticas e culturais, o que inclui no seu perfil epidemiológico o aumento das taxas de morbimortalidade por problemas crônicos de saúde que alteram a qualidade de vida e de saúde das pessoas (REINERS *et al.*, 2008).

Segundo Fuchs *et al.* (2005), no Brasil, de 11 a 25% dos adultos são hipertensos com níveis de pressão arterial (PA) acima de 160/95 mmHg, sendo que as duas grandes causas desses índices estão associados à obesidade e ao abuso de bebidas alcoólicas.

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) na população brasileira e mundial é alta, com elevado custo econômico-social, principalmente em decorrência das suas complicações. Estima-se que exista cerca de 1 bilhão de indivíduos hipertensos no mundo, sendo aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano atribuídos a HAS. Cerca de 50 milhões de norte americanos são hipertensos, com 70% dos indivíduos possuindo conhecimento do diagnóstico, apenas 59% recebem tratamento e 34% tem seus níveis de pressão arterial controlado (CORREA *et al.*, 2005).

A HAS pode ser associada a 40% das mortes no Brasil por acidentes vasculares cerebrais e a 25% das mortes por causa das coronarianas. Ela é causa de 1/3 das mortes nos homens e mulheres na maioria dos países industrializados. Nos países desenvolvidos esta proporção está em franca ascensão. É relevante considerar que 1/4 das mortes relacionadas a HAS acontecem em pessoas com menos de 60 anos estando ainda na faixa produtiva de trabalho e, ainda, que quatro a cada cinco mortes ocorrem em países com baixa e média renda (MEDEIROS *et al.*, 2006) .

Algumas doenças crônicas podem ser provocadas ou agravadas pela ocupação do trabalhador, o que leva a morbidade e alguns casos constitui a causa de incapacidade do mesmo. A HAS pode ser associada aos fatores psicológicos ou

fatores psicossociais gerados pelo estresse agudo levando ao aumento dos níveis de adrenalina, noradrenalina e cortisol consequentemente a pressão arterial (PA) (MENDES, 1998).

Mendes (1998) também demonstrou em alguns estudos que a HAS provavelmente sofre influência de fatores estressores ocupacionais, além da influência relacionada à idade, ao sexo e ao grupo racial. É notável a prevalência de HAS dos trabalhadores segundo o seu ramo de atividade econômica, em especial aos trabalhadores que excediam a média de 48 horas de trabalho por semana em relação aos que trabalham abaixo deste limite. Ressalta-se, também, como fator de influência à HAS as questões relacionadas à organização, ao ritmo e à duração do trabalho e ao estresse inerente de determinadas ocupações.

A HAS é considerada como um problema crônico, por ser uma doença que não é resolvida num período curto de tempo, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde necessitando a participação ativa do hipertenso, no sentido de mudança dos hábitos de vida prejudiciais assumindo os que beneficiem sua saúde (CASTRO; ROLIM; MAURÍCIO, 2005).

Classificada em leve, moderada, grave e sistólica isolada, a HAS tem seu diagnóstico confirmado através da medida da PA, que pode ser de forma direta ou indireta. Após diagnóstico a HAS necessita de acompanhamento e tratamento por uma equipe de profissionais de saúde (BRASIL, 2006a).

O tratamento adotado para o controle pode ser farmacológico, com o uso de um único medicamento ou a associação de dois ou mais medicamentos, e não farmacológico por meio de mudanças no hábito de vida e prática de atividade física (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

A adesão ao tratamento é uma medida do grau de coincidência entre o comportamento do trabalhador e a prescrição do profissional de saúde. A falta de adesão ao tratamento se aprofunda em complexidade, envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais (MOREIRA; ARAÚJO, 2002).

A morte prematura de pessoas em idade produtiva por doenças crônicas como a HAS do ano de 2005 a 2015 trará uma perda de 40 bilhões de dólares para o Brasil, interferindo no crescimento econômico e reduzindo o potencial de desenvolvimento dos países em estágio em franca ascensão econômica (MEDEIROS *et al.*, 2006).

Desta forma, é na não adesão, no controle e prevenção que entra a ação do profissional de enfermagem enfatizando e tratando o trabalhador holisticamente, visando entender crenças, cultura, hábitos de vida e respostas ao tratamento através de proposta de educação continuada e abrangência do foco de atuação da assistência prestada ao trabalhador (DELL'ACQUA *et al.*, 1997).

O elevado índice de pessoas portadoras de HAS (cerca de 1 bilhão de indivíduos hipertensos no mundo) aumenta a possibilidade de ocorrência das doenças cardiovasculares, o que reflete significativamente nos agravos à saúde da população como o alto índice de óbitos cerca de 7,1 milhões de pessoas (CORREA *et al.* 2005). Para a redução de possíveis complicações decorrentes da HAS é fundamental a aderência ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde. Na atualidade são observados baixos níveis de adesão correta a qualquer tipo de tratamento.

Perante o elevado índice de trabalhadores hipertensos que buscam assistência dentro do Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu a grande relevância da realização deste trabalho, uma vez que a não adesão dos mesmos ao tratamento eleva o absenteísmo dentro das empresas empregadoras.

Como profissional de saúde é possível notar que vários são os fatores que interferem na adesão correta aos tratamentos propostos. O pouco conhecimento sobre a patologia; situação socioeconômica; ambiente de trabalho; a posologia dos medicamentos e poucos programas de educação em saúde. Acrescento ainda um fator dificultador que é o horário de funcionamento das Unidades de Saúde, incompatível com o horário de trabalho do trabalhador e a falta de conhecimento sobre seu direito à saúde.

Visto que são inúmeros os fatores mencionados pelos trabalhadores para justificar a não adesão ao tratamento, surge a necessidade de dar maior ênfase ao papel do enfermeiro na educação em saúde e busca ativa dos trabalhadores que apresentem dificuldades e problemas relacionados à adesão ao tratamento hipertensivo.

Portanto, é possível presenciar dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) o grande número de trabalhadores com recorrência de internações e agravos na saúde decorrente do uso incorreto dos medicamentos hipertensivos.

Diante deste contexto surge a necessidade de aprofundar meus conhecimentos acerca dos fatores que interferem direta ou indiretamente na adesão dos trabalhadores ao tratamento da hipertensão arterial para buscar alternativas de atendimento que possam amenizar ou sanar este problema vivenciado pela equipe de saúde da família na área de abrangência.

2 Objetivo

Realizar uma revisão de literatura sobre os fatores que interferem na adesão correta ao tratamento de trabalhadores hipertensos.

3 Metodologia

Para a consecução do objetivo proposto nesse estudo optou-se por realizar uma revisão de literatura-narrativa sobre o tema. Para Severino (2002), a pesquisa bibliográfica consiste em um levantamento da documentação existente sobre o assunto proposto. Neste sentido, as revisões de literatura são particularmente úteis para reunir informações de um conjunto de pesquisas realizadas separadamente por vários autores sobre determinado assunto, bem como identificar os temas que necessitam de evidência, auxiliando na orientação para estudos futuros (CARVALHO, 2000).

A pesquisa bibliográfica abrange a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos, textos legais, documentos mimeografados ou xerocopiados, mapas, fotos, manuscritos, dentre outros. Este material deve ser submetido a uma pré seleção, para posteriormente ser feita uma leitura seletiva. Trata-se de uma leitura atenta e sistemática que se faz acompanhar de anotações e fichamentos que, poderão servir à fundamentação teórica do estudo (SEVERINO, 2002).

Dentre as várias abordagens da revisão de literatura, optou-se por utilizar a revisão narrativa. Para Rother (2007,sp) “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual”.

Inicialmente foi feita uma leitura seletiva de artigos direcionados para o tema em estudo. O levantamento bibliográfico abrangeu um recorte temporal das publicações o período de 2000 a 2011, no idioma português, independente dos delineamentos metodológicos utilizados pelos autores.

Posteriormente compilaram-se as principais informações seguidas de uma análise descritiva das mesmas e a elaboração do referencial teórico.

4 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial é uma patologia crônica com índice alto de não adesão ao tratamento anti-hipertensivo acompanhada de diversos fatores mencionados pelos trabalhadores como a cronicidade da doença, ausência de sintomas, sexo, idade, etnia, estado civil, crenças, hábitos de vida e culturais. Esses fatores aumentam a relevância do papel do enfermeiro na educação continuada e busca ativa dos trabalhadores que apresentem dificuldades e problemas relacionados à adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4.1 Pressão Arterial

A pressão arterial (PA) é a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, sofrendo mudanças contínuas durante todo o tempo, relacionando as atividades à posição do indivíduo e das situações. Sua finalidade é promover uma perfusão tissular adequada para permitir as trocas metabólicas (CORDELLA; PALOTA; CESARINO, 2005).

É considerada pulsátil, pois o coração bombeia uma pequena quantidade de sangue a cada batimento, aumentando durante a sístole e reduzindo durante a diástole. Para a manutenção da PA num valor médio em torno de 120mmHg por 80mmHg atuam juntos o sistema nervoso, os rins e os diversos mecanismos hormonais (GUYTON; HALL, 1997).

A PA é representada pela pressão sistólica (PAS) e pela pressão diastólica (PAD). A PAS representa a mais alta pressão nas artérias, estando intimamente associada à sístole ventricular cardíaca; já a PAD é a menor pressão nas artérias ocasionada pela diástole ventricular cardíaca no momento em que o sangue preenche as cavidades ventriculares (LUNARDI; PEREGO; SANTOS, 2007). Para expressá-la é necessária uma relação entre a pressão sistólica e a pressão diastólica (PALOTA *et al.*, 2004).

A pressão sanguínea varia de maneira contínua em cada ciclo cardíaco, atingindo valores máximos nos esvaziamentos ventriculares e mínimos no fim da diástole. Também sofrem alterações conforme atividades exercidas e emoções, durante a vigília e o sono, apresentando valores menores durante o repouso e valores mais altos na situação de tensão e nas diversas atividades do dia-a-dia seguidas de exercícios físicos e estimulação psicoemocional (MION JÚNIOR; NOBRE, 1997).

A variabilidade da pressão arterial é influenciada pelo sistema nervoso autônomo sobre o aparelho cardiovascular levando os vários padrões de variabilidade rítmicas de baixa e alta frequência. As variações dos padrões ocorrem em geral pelo estresse ambiental, mudanças posturais, efeito mecânico da respiração, no enchimento cardíaco, bem como modulações autonômicas sobre a resistência vascular e o tônus venoso (FAZAN JÚNIOR; SILVA, 2000).

A elevação dos valores pressóricos denomina-se hipertensão. A hipertensão arterial ou arterial sistêmica é uma patologia com múltiplas etiologias, fisiopatogenia multifatorial podendo ou não ser acompanhada de lesões em órgãos alvos, possuindo como característica a elevação dos níveis tensionais acima dos valores normais da PA sistêmica (RIBEIRO, 1996).

Através da medida da PA é possível obter-se o diagnóstico clínico da HAS, que é definida pela persistência de níveis de PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. Trata-se de uma patologia de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovasculares, acompanhada frequentemente de comorbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população (BRASIL, 2006a).

A PA elevada por um longo tempo lesiona os vasos sanguíneos do corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos. Provoca a perda da elasticidade e espessamento das paredes arteriais e leva ainda ao aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos. As complicações decorrentes da PA elevada são: o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais e visão prejudicada. No coração, pode ocorrer

hipertrofia ventricular, no ventrículo esquerdo, conforme este age para bombear o sangue (POTTER; PERRY, 2002).

Leite (1995) define a hipertensão arterial em: *Lábil ou limite* sinônimo de estágio pré-hipertensivo, para outros de coração hiper cinético ou também hipertensão intermitente, ora baixa ora alta; *Primária ou essencial*, sendo de causa ignorada, também conhecida como idiopática ou primária com 90 a 95% das hipertensões; *Secundária* de causa conhecida; *Complicada* de qualquer etiologia seguida de alterações vasculares e suas repercussões para o coração; *Hipertensão sistólica* de aumento da PAS (> 160 mmHg) com níveis normais de PAD (<70 mmHg); *Pseudo hipertensão* ocorre geralmente em idosos, devido à calcificação e rigidez das artérias o que eleva os níveis de sons ouvidos durante a medida da PA não refletindo a pressão intra-arterial.

TABELA 1 - Classificação da Pressão Arterial (>18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
HIPERTENSÃO		
Estágio 1 (leve)	140 – 159	90 – 99
Estágio 2 (moderada)	160 – 179	100 – 109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	≥ 110
Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: BRASIL, 2006b, p.26.

A HAS pode ser classificada conforme a TAB. 1 pela sua gravidade de lesão nos órgãos-alvo em: Estágio I, sem manifestações de lesões orgânicas; Estágio II, pode ocorrer hipertrofia cardíaca, estreitamento focal ou generalizado das artérias retinianas, microalbuminúria, proteinúria e/ou discreto aumento de creatinina plasmática, placa de aterosclerótica; Estágio III, sintomas e sinais com lesões em órgãos-alvo como o coração, cérebro, fundo de olho, rim e vasos (RIBEIRO, 1996). Em relação aos fatores de risco que influenciam a HAS é importante conhecê-los já que estes podem ser preveníveis na prevenção primária. O conhecimento sobre a

relação da HAS em longo prazo e suas possíveis complicações cardiovasculares é conceituado como prevenção secundária (LUNA, 1990).

Conforme Machado; Stipp; Leite (2005); Ribeiro (1996), os principais fatores que levam a hipertensão arterial são o diabetes mellitus, hereditariedade, dislipidemia, obesidade, tabagismo e etilismo, sedentarismo, estresse, a dieta alimentar, a obesidade, uso de contraceptivos hormonais, renda e a etnia.

Lessa (2006) enfatizou que muitos dos fatores de risco da HAS são modificáveis tornando-a evitável em grande parte dos casos ou permiti a alta probabilidade de controle. Esses fatores são o sedentarismo, o alcoolismo, o tabagismo, hábitos de vida, estresse, e autocuidado.

4.1.1 Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS tem atingido em torno de 20% da população adulta de países industrializados, sendo em grande parte assintomática e quando diagnosticada pode haver comprometimento de órgãos vitais do organismo (TRENTINI; TOMASI; POLAK, 1996). Segundo Mousinho ; Moura (2008), cerca de 30 milhões de brasileiros são hipertensos o que contribui para ocorrência das complicações cardiovasculares.

Segundo Luna (1990), a prevalência de casos de HAS em negros é quase o dobro do que em pessoas de cor branca, devido à baixa atividade da renina plasmática presente em negros em qualquer nível de PA, o que leva a implicações terapêuticas. Nos negros existe a redução de calicreína urinária dentre outras alterações genéticas.

Em relação ao gênero estudos demonstram que mulheres se tornam hipertensivas antes da menopausa, entre 30 e 40 anos de idade, procurando mais os serviços de saúde do que os homens, mediante queixas ou não (SANTOS *et al.*, 2005).

Quanto à predominância de risco cardiovascular devido à hipertensão arterial é em trabalhadores acima de 40 anos, do sexo feminino, de cor branca, casada, de baixa escolaridade, renda familiar abaixo de cinco salários mínimos, trabalhadores acima do peso e tabagista (MION JÚNIOR *et al.*, 1995).

Para a necessidade da constante análise e o levantamento de informações sobre o agravamento de doenças crônicas como a HAS e a DM (Diabetes Mellitus), para os planejadores e gestores de saúde foi criado no ano de 2002 pelo Ministério da Saúde o HIPERDIA, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos preconizado no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BOING; BOING, 2007).

O HIPERDIA foi adotado nas unidades de saúde do SUS, gera informações para os gerentes de saúde, permitindo a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, o que pode contribuir com dados para traçar o perfil epidemiológico da população (BRASIL, 2002).

4.1.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial

A confirmação da HAS em trabalhadores é dada quando ocorrem pelo menos três determinações consecutivas, em um período de duas a três semanas de níveis de PA elevados (SANTOS *et al.*, 2005).

O diagnóstico é realizado através do exame físico, avaliação laboratorial com dosagens sanguíneas de potássio, creatinina, glicemia de jejum, colesterol total, HDL – colesterol, triglicérides e por avaliação complementar como pesquisa de microalbuminúria, eletrocardiograma (ECG) e ecocardiograma (BRASIL, 2006a).

A HAS necessita de um diagnóstico precoce, evitando que ocorram os primeiros sintomas devido às suas complicações, portanto é fundamental que o acesso à

atenção básica de saúde, o PSF, seja irrestrito para que haja o diagnóstico e também tratamento e controle antecipado da mesma (LESSA, 2006).

O diagnóstico correto da HAS juntamente com a condução de forma correta do tratamento através do convencimento do trabalhador sobre a necessidade da adesão e do controle da doença atua reduzindo o impacto social, os custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário (LESSA, 2001).

5 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

O tratamento da HAS tem por objetivo reduzir a morbimortalidade fazendo-se necessário uma abordagem multidisciplinar associado a tratamento medicamentoso ao não medicamentoso e apoio da equipe multiprofissional (NEVES; BURLÁ; OIGMAN, 2005).

O tratamento adotado deve ser de caráter individualizado respeitando a idade do trabalhador, presença de outras doenças, capacidade de percepção da hipotensão, estado mental do trabalhador, uso de outras medicações, dependências de álcool ou drogas, cooperação do trabalhador e as restrições financeiras (BRASIL, 2006c).

Cerca de 50% dos hipertensos não fazem nenhum tratamento e dos que fazem poucos possuem a pressão arterial controlada; de 30 a 50% dos trabalhadores interrompem o tratamento no primeiro ano e 75% depois de cinco anos. O tratamento adequado, além dos medicamentos, necessita da modificação dos hábitos de vida do indivíduo o que é de difícil aceitação por este devido às crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

O tratamento para trabalhadores hipertensos, leves no início, é indicado medicamentos anti-hipertensivos das seis classes que são: os diuréticos, betabloqueadores, simpatolíticos de ação central, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da

angiotensina II. Quando não é controlada com monoterapia ou surgem efeitos adversos, pode-se aumentar a dose da droga em uso, adicionada a uma nova droga ou substituindo a usada (MION JÚNIOR; PIERIN; GUIMARÃES, 2001).

Os medicamentos anti-hipertensivos seguem alguns princípios como a eficácia por via oral, tolerância na administração em menor número possível de tomadas diárias, de preferência em dose única. O tratamento em geral inicia-se em doses reduzidas sendo efetivas em cada situação clínica e com aumento gradativamente, combinado ou não com mais de uma droga anti-hipertensiva. É necessário respeitar o período mínimo de quatro semanas, salvo em situações que ocorram intercorrências, instruir o trabalhador sobre a patologia, possíveis efeitos adversos, os objetivos da terapêutica adotada e levar em conta sempre as condições socioeconômicas do trabalhador (BRASIL, 2006c).

Em relação ao tratamento não medicamentoso segundo Lopes; Barreto-Filho e Riccio (2003) tem eficácia comprovada e comorbidades associadas, mas pouco utilizado pelos profissionais de saúde. Os tratamentos que têm benefícios comprovados são: redução de peso, restrição de sódio, suplementação de potássio e outras medidas dietéticas, exercício físico, abandono do tabagismo e alcoolismo, controle do estresse psicoemocional, abordagem multidisciplinar, adesão ao tratamento e mudança do estilo de vida.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2006), trabalhadores hipertensos com excesso de peso são incluídos em programas de emagrecimento onde há a restrição calórica e atividade física. Estes trabalhadores devem manter o índice de massa corporal inferior a 25 kg/m^2 e a circunferência abdominal deve ser inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres.

A PA varia diretamente com o consumo de sal tanto para pessoas normotensas como pessoas hipertensas, portanto a adoção de uma dieta hipossódica traz benefícios favoráveis através da redução da PA (SBH, 2006).

Outro aspecto relevante é a suplementação de potássio que pode ser realizada através de alimentos ricos em potássio. O potássio atua inibindo a formação de

radicais livres nas células endoteliais do vaso e dos macrófagos, inibição da proliferação de células musculares lisas do vaso, atua também na inibição de agregação plaquetária e trombose arterial, reduz a resistência vascular renal e aumenta a filtração glomerular (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

Quanto ao uso de álcool por trabalhadores hipertensos deve ser restrito, sendo tolerado para trabalhadores controlados um cálice de vinho ou uma lata de cerveja ou uma dose de 50 ml de uísque ingerida como parte de uma refeição incluindo seu valor calórico na dieta (BRASIL, 2002).

Os exercícios físicos são considerados importantes. Manidi e Michael (2001) relatam que o exercício físico regular é recomendado na prevenção e no tratamento não medicamentoso da HAS leve, pois reduz o peso corporal o que leva a diminuição da pressão arterial, além de melhorar a autoestima, o bem estar geral e levar a melhor adesão a certos aspectos da dieta prescrita.

É importante enfatizar que o tabagismo é responsável pelo acometimento de doenças do coração e vasos sanguíneos entre outras patologias irreversíveis sendo necessária a abolição deste hábito para que haja manutenção da saúde de trabalhadores hipertensos (BRASIL, 2006a).

O stress é considerado um fator de risco para hipertensão, em situações de estresse é notado a elevação da PA o que contribui para a HAS o controle do estresse emocional através de treinamentos com diferentes técnicas tem mostrado benefícios para os hipertensos. Outro ponto positivo é que a abordagem de aspectos psicoemocionais e psicossociais pode ser útil na melhora da adesão do trabalhador às medidas terapêuticas não-medicamentosas e medicamentosas (SBH, 2006).

5.1 Adesão ao tratamento anti-hipertensivo

Ao fazer referência a adesão ao tratamento anti-hipertensivo pelos trabalhadores percebe-se algumas dificuldades impeditivas ao tratamento desejável. Segundo Pierin (2001), a adesão é caracterizada como o grau de coincidência entre a

prescrição médica e o comportamento do trabalhador, podendo adotar outras terminologias como aderência, observância, complacência e fidelidade.

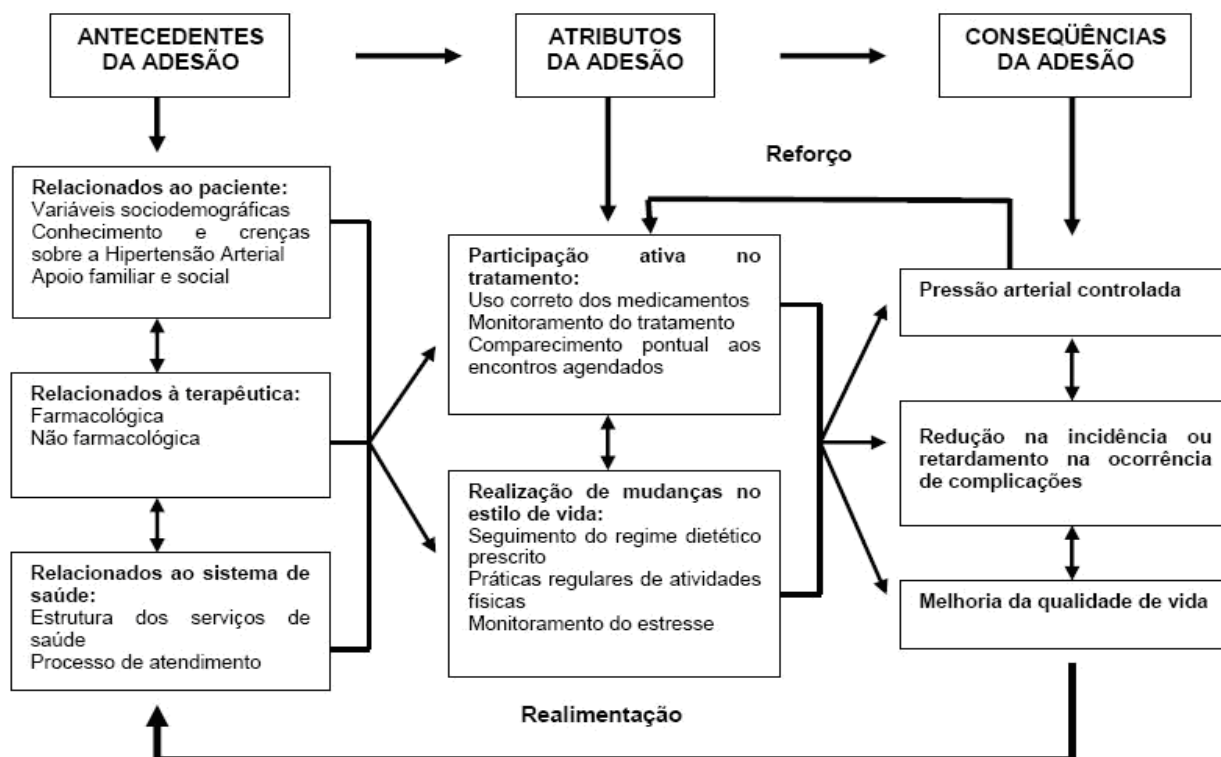
Fae *et al.* (2006) e Mano; Pierin (2005) abordam que o controle da pressão arterial e a adesão ao tratamento são um dos maiores desafios perante o tratamento da HAS, visto que, a construção de educação em saúde é um aspecto importante para o tratamento favorecendo o bem estar do trabalhador. Desta forma, promover adesão ao tratamento da HAS, por meio de estratégias que aumentem o controle da doença gera benefícios tanto para o trabalhador quanto para as instituições de saúde, melhorando a eficácia do tratamento.

Leite e Vasconcellos (2003) definiram adesão como sendo a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% do seu total enfatizando desde os horários, doses e tempo de tratamento.

A falta de adesão é de difícil detecção e ainda mais difícil de ser quantificada, tendo o índice estimado de trabalhador não aderente ao tratamento para a hipertensão no Brasil e no mundo estabelecido de 40 a 60% do total, podendo ser maior se estiver relacionada aos diversos fatores que acometem a não adesão correta (BARBOSA; LIMA, 2006).

Para Machado (2008), a adesão ao tratamento é um fenômeno multidimensional com vários fatores associados como: fatores relacionados ao trabalhador; a terapêutica; e sistema de saúde demonstrados na FIG. 1.

FIGURA 1 - Modelo teórico do processo de adesão ao tratamento anti-hipertensivo.



Fonte: ARAÚJO e GARCIA, 2006, p.269.

Para a avaliação da aderência ao tratamento medicamentoso pode ser realizado o teste de Morisky e Green que consiste em colocar as atitudes do trabalhador frente a tomada dos remédios e outros conhecimentos em relação a doença e tratamento. As questões utilizadas são: você alguma vez esqueceu-se de tomar o seu remédio? Você é descuidado quanto ao horário de tomar seu remédio? Quando você sente-se bem, alguma vez você deixa de tomar o remédio? Quando você sente-se mal com o remédio às vezes deixa de tomá-lo? É considerando aderente o trabalhador que tem pontuação de 4 e não aderente o que obtiver a pontuação menor de 3, sendo que cada pergunta tem 1 de pontuação (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

Oigman (2006) descreveu ainda dois métodos de medida da aderência do trabalhador que são o método direto e o indireto. O direto é realizado através da análise biológica e composto traçador; já o indireto conta com o relatório do trabalhador, opinião do médico, diário do trabalhador, contagem de comprimidos, reabastecimento de comprimidos, resposta clínica e monitorização eletrônica de

medicação. Como todos os métodos eles possuem vantagens e desvantagens como é apresentados nos QUADROS 1 e 2.

QUADRO 1 Método indireto de medida da aderência com a medicação - 2006

Método	Vantagens	Desvantagens
Relatório do paciente	Fácil, indícios sobre barreira de aderência	Reprodução limitada, superestima a taxa de aderência
Opinião do médico	Fácil, barata, freqüentemente de alta especificidade	Baixa sensibilidade, superestima aderência total
Diário do paciente	Permite simples correlação com eventos externos e/ou efeito do remédio	Nem sempre possível obter a cooperação do paciente com documentação completa consistente
Contagem de comprimidos	Fornecer taxa média de aderência	Fácil de o paciente subverter os dados por manipulação. Colaboração em trazer os frascos de volta
Reabastecimento de comprimidos	Fornecer taxa média de aderência	Trabalhoso, requer programa de computação e de centralização dos registros e das farmácias
Resposta clínica	Fácil, barata	A resposta clínica não pode ser baseada apenas na aderência
Monitorização eletrônica da medicação	Avalia tanto a taxa média quanto dinâmica da aderência, não está sujeita a manipulação pelo paciente	Muito cara, requer o retorno pelo paciente dos frascos especiais e análise pelo computador dos dados acumulados

Fonte: OIGMAN, 2006, p.32.

QUADRO 2 Métodos diretos de medida da aderência com a medicação -2006

Método	Vantagens	Desvantagens
Análise biológica	Permite a determinação da concentração do medicamento	Análise quantitativa nem sempre disponível, dispendiosa, requer amostras de diferentes fluídos do organismo, pode ser afetada por fatores biológicos

Composto traçador	Permite análise semi-quantitativa do estado fixo do medicamento	Nem sempre fácil de combinar o traçador com índice da medicação, requer amostragem de fluidos corporais (sangue, urina)
-------------------	---	---

Fonte: OIGMAN, 2006, p.32.

5.2 Fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial

A não aderência ao tratamento da hipertensão arterial é um dos mais importantes problemas enfrentados pelos que atuam na área de saúde o que eleva os custos substanciais, pelas baixas taxas de controle alcançadas em todo o mundo, que acabam aumentando a morbimortalidade em virtude desta patologia (JARDIM; JARDIM, 2006).

A não adesão ao tratamento anti-hipertensivo tem sido responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento em saúde, e aposentadorias por invalidez (SANTOS *et al.*, 2005).

Andrade *et al.* (2002) descreveram que a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é o principal obstáculo para o sucesso do tratamento da HAS. Portanto, a identificação dos fatores da não adesão é muito importante para aplicação de uma estratégia terapêutica e obtenção de resultados satisfatórios.

Serão descritos a seguir os fatores associados a não adesão ao tratamento da hipertensão arterial relacionados à doença, ao trabalhador, à terapêutica, os fatores sócio econômicos, o Sistema Único de Saúde e a equipe de saúde.

- **Fatores relacionados à doença**

Os fatores relacionados à doença, segundo Pierin (2001) são: a cronicidade da doença, a ausência de sintomas e as consequências tardias.

Machado (2008) relata que o tratamento dos trabalhadores hipertensos é muito difícil, pois na maioria das situações o início da patologia é assintomático gerando um fator de risco ainda maior para as mortalidades por doenças cardíacas.

Segundo Santos *et al.* (2005), os trabalhadores não se comprometem com o tratamento, pois a HAS dificilmente manifesta sintomas ou mesmo desconforto físico já que consideram doentes somente quando são impossibilitados de trabalhar, dormir, comer ou realizarem atividades do cotidiano.

Alguns trabalhadores desconhecem a gravidade da doença e da necessidade do tratamento contínuo o que torna necessário que os profissionais de saúde estejam presentes no acompanhamento do tratamento anti-hipertensivo (BRITO *et al.*, 2008).

O trabalhador possui fatores que são atribuídos para a não adesão ao tratamento segundo a própria percepção da HAS, tais como: doença crônica, a sua atitude perante o fato de ser hipertenso e a motivação pessoal em prol de um melhor estado de saúde (COELHO *et al.*, 2005).

Estudos demonstraram que os trabalhadores relacionam como causa da HAS os aspectos emocionais, seguidos de hábitos alimentares inadequados, hereditariedade, álcool, obesidade, tabagismo e o fato de que 20% dos trabalhadores desconheciam a etiologia da doença (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Segundo Jardim; Jardim, (2006), a HAS por ser uma patologia com sintomas obscuros e às vezes ausentes, faz com que a equipe multidisciplinar passe por momentos e fatores cruciais para informar adequadamente ao trabalhador ,conscientizando -o sobre a importância e os benefícios do tratamento uma vez que o paciente é assintomático.

- **Fatores relacionados ao trabalhador**

Pierin (2001) cita o sexo, a idade, etnia, estado civil, crenças, hábitos de vida e culturais como fatores que estão relacionados ao trabalhador diante da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Conforme resultados obtidos em estudos foram evidenciados que os trabalhadores hipertensos que optaram pelo tratamento medicamentoso tinham mais de 40 anos; o não medicamentoso, o predomínio está em trabalhadores com idade inferior a 40 anos, sem outros fatores de risco presentes para doenças cardiovasculares associadas, ao contrário dos demais (MION JÚNIOR *et al.*, 1995).

Lessa e Fonseca (1997) relataram em estudos que os solteiros têm maior frequência de adesão ao tratamento o que é contraditório em relação a diversas doenças citadas em outras literaturas. No entanto, Ortega; Nobre e Mion Júnior (2001) relatam que apesar de não possuir estudos que confirmem, os jovens estão relacionados à pior adesão aos medicamentos prescritos.

Trabalhadores casados recebem incentivos para tomarem a medicação e irem às consultas o que fazem com que passem a entender as complicações da doença e a necessidade da mudança nos hábitos de vida para evitá-las (BRITO *et al.*, 2008).

Segundo Sá *et al.* (2003), os idosos conseguem manejar no máximo três fármacos de forma correta, mas é observado em sua maioria um número elevado de medicamentos em uso, o que leva a variação de sua adesão conforme o nível assistencial, o número de serviços que ele utiliza, entre outros fatores.

A baixa adesão está presente nos trabalhadores negros apesar de irem às consultas regularmente, havendo diferenças de renda, estrato social ou dificuldade de aceitação, compreensão da necessidade do controle da PA ou mesmo no recebimento da medicação (LESSA; FONSECA, 1997).

Dentre os hábitos de vida a redução do álcool é aconselhável no tratamento de hipertensos, o que faz com que trabalhadores abandonem os medicamentos com receio das possíveis reações. Essa informação deve ser passada de forma mais clara, pois não existe interação medicamentosa com o álcool (ANDRADE *et al.*, 2002).

O alto consumo de bebida alcoólica está relacionado diretamente à elevação da pressão arterial. Portanto, a sua redução pode diminuir os valores obtidos na medida da pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006a).

Em relação ao tabagismo parece estar associado ao abandono do seguimento terapêutico, pois com isto pode demonstrar menor cuidado e as consequências causadas pelo fumo inibem a melhoria no tratamento visto que é a menor preocupação com a prevenção da doença (BUSNELLO *et al.*, 2001).

A qualidade de vida sexual de trabalhadores hipertensos aderidos ao tratamento farmacológico é insatisfatória na sua maioria. Sendo influenciados por fatores físicos, psicológicos e também pelos medicamentos (CAVALCANTE *et al.*, 2007).

- **Fatores relacionados à terapêutica**

A terapêutica influencia na adesão ao tratamento perante o custo dos medicamentos, efeitos indesejáveis e os esquemas medicamentosos complexos (PIERIN, 2001).

Resultados de pesquisas mostram que a PA controlada de trabalhadores hipertensos tem maior percentual nos que obtém os medicamentos grátis levando a uma maior aderência ao tratamento (LESSA; FONSECA, 1997).

Os efeitos colaterais são considerados como segunda causa de não aderência ao tratamento. Apesar da disponibilidade no mercado de medicamentos mais modernos

e com efeitos adversos reduzidos, seus custos e a de experiência médica em relação a eles a adesão ainda é baixa (ANDRADE *et al.*, 2002).

Em estudos realizados por Santos *et al.* (2005), grande parte dos trabalhadores não relata efeitos adversos, mas os queixosos descreveram sentir náuseas, cefaleia, tosse, edema e micção frequentes o que contribui para o abandono do tratamento.

A falta de adesão ao tratamento é observada na sua maioria no momento da prescrição do medicamento, tendo poucas evidências de que não sejam cumpridas, uma vez que os relatos podem duvidosos, mas a incidência de abandono após seis meses pode chegar até 50% do total de trabalhadores acompanhados pela equipe de saúde (SANTOS *et al.*, 2005).

Jardim e Jardim (2006) relatam que a prescrição complexa de medicamentos como o número maior de comprimidos ou o grande número de drogas anti-hipertensivas gera menor índice de adesão ao tratamento proposto.

- **Fatores socioeconômicos**

Os fatores socioeconômicos são demonstrados por várias publicações, ou seja, quanto menor o nível social menor será a adesão ao tratamento, pois é escasso o acesso à educação e conseqüentemente há redução sobre a informação da doença e mais difícil o acesso ao serviço de saúde (MACHADO, 2008).

Segundo estudos de Strelec; Pierin e Mion Júnior (2003), aposentados e donas de casa foram os que mais apresentaram controle da pressão arterial, sendo que os hipertensos controlados tinham mais tempo de tratamento do que os não controlados.

Deficiências na formação escolar ou analfabetismo podem trazer dificuldades relativas à assimilação de orientações dispensadas pela equipe multiprofissional o que leva a uma melhor percepção dos possíveis agravos da saúde (PIRES; MUSSI, 2008).

Os problemas financeiros e familiares são relatados pelos trabalhadores como grande causa da não adesão, uma vez que estão relacionados às mudanças nos hábitos de vida como uma alimentação saudável e ao estresse (BRITO *et al.*, 2008).

Estudo realizado por Brito *et al.* (2008) relata que a adaptação social do trabalhador hipertenso exige energia, criatividade e persistência, o que torna um pouco limitada seu espaço a atividades cotidianas, necessitando de mudanças no estilo de vida, como o hábito alimentar, atividades de lazer e prazer devido a cronicidade da doença.

O impacto da HAS sem controle é dado pelos custos das complicações para o indivíduo e para sociedade. Esse impacto leva as consequências socioeconômicas individuais ou sociais devido à falta de adesão ao tratamento da hipertensão arterial conforme Lessa (2006), elas podem ser:

- Aposentadoria precoce por invalidez;
 - Absentismo ao trabalho;
 - Custos com reabilitação;
 - Dependência total ou parcial para realização de autocuidados, locomoção ou execução de tarefas simples;
 - Gastos com assistência médica pós-incapacidade;
 - Isolamento social: afastamento do convívio social e lazer;
 - Licenças para tratamento (a duração é maior do que 365 dias no caso da HAS);
 - Perda da qualidade de vida;
 - Perda de produtividade para o país;
 - Problemas familiares;
 - Redução do poder aquisitivo;
 - Reinternações;
 - Superposição de custos com outras patologias associadas à incapacidade, como depressão, infecções paralelas, desnutrição e outros.
-
- **Sistema Único de Saúde e Equipe de Saúde**

No sistema e equipe de saúde, os fatores relacionados à adesão são a política de saúde, acesso ao serviço de saúde, distância da instituição, tempo de espera pela consulta, tempo de atendimento, envolvimento da equipe de saúde com o trabalhador e o relacionamento inadequado (PIERIN, 2001).

A comunicação médico-paciente é citada como primeira causa de não adesão, por ser inadequada e contendo informações insuficientes em relação à doença e às suas consequências do abandono do tratamento (ANDRADE *et al.*, 2002).

Dentre as razões da não adesão citadas em aspectos relevantes têm-se as greves hospitalares, esquecimento da data e outros compromissos no dia da consulta, a data das consultas muito antecedente e as dificuldades de remarcação das mesmas (LESSA; FONSECA, 1997).

Estudos realizados por Coelho e Nobre (2006) demonstraram que os trabalhadores assíduos às consultas têm mais consciência da necessidade do tratamento que os faltosos, refletindo diretamente no índice de adesão e controle da PA, sendo que 91% dos assíduos apresentaram adesão ao tratamento indicado contra 56% dos faltosos.

Para que o trabalhador tenha sua necessidade atendida é relevante o acompanhamento pela equipe multiprofissional, devendo ser interdisciplinar e envolver o trabalhador, a família e a comunidade em prol de um nível melhor de saúde (SANTOS *et al.*, 2005).

As ações educativas em saúde, com temas diversificados e propostos pelos trabalhadores criam novos conhecimentos através da socialização das experiências individuais o que modifica o comportamento dos trabalhadores atingindo o melhor nível de bem-estar (SANTOS *et al.*, 2005).

A ênfase dos profissionais de saúde perante o cuidado tem se baseado somente nos aspectos biológicos não levando em consideração a subjetividade individual o que prejudica seu restabelecimento, passando a ser necessário que a educação em saúde tenha uma prática dialógica implicando diretamente no processo saúde-

doença através do saber popular e do saber científico como complementares (WENDHAUSEN; REBELLO, 2004).

O serviço de saúde vem melhorando seu acesso ao trabalhador desde o surgimento do SUS em 1988, visando uma educação permanente da equipe de saúde o que aumenta a adesão, pois o usuário recebe as mesmas informações em saúde de diferentes formas melhorando a compreensão da importância do tratamento anti-hipertensivo (MACHADO, 2008).

6 Consequências da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo no setor de trabalho

O elevado índice de portadores de HAS acarreta diversas consequências perante o trabalho do indivíduo. Dentre elas têm-se as internações, atestados médicos, aposentadorias por invalidez elevando o número de absenteísmo ao trabalho por parte dos mesmos, o que pode gerar grande perda para economia do país, uma vez que eleva o custo das empresas com assistência em saúde ao trabalhador (BRASIL, 2001).

- **O absenteísmo**

A HAS, por ser crônica e muitas vezes assintomática, acaba comprometendo a qualidade de vida do trabalhador tendo como consequências internações e procedimentos técnicos de alta complexidade levam ao absenteísmo no trabalho, a óbitos e aposentadorias precoces (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O absenteísmo é um fenômeno complexo e de causa relacionada a vários fatores podendo incluir fatores psicossociais, econômicos e referentes ao ambiente de trabalho, gerando assim informações relevantes sobre o estado de saúde da população. Contudo, a prevalência de absenteísmo e as suas principais causas

ainda permanecem pouco documentadas, em especial nos países em desenvolvimento, o que leva a dificuldade da elaboração de programas de prevenção e reabilitação em prol da população (ANDRADE *et al*, 2008).

Estudos demonstraram um índice de 22% de trabalhadores afastados devido a HAS, ressaltando a relação entre o absenteísmo e os episódios de pressão alta. Existe o risco de afastamento entre os homens apenas diagnosticados com pressão alta, assim como entre os já em tratamento. Portanto, é possível mencionar que agravos como a diabetes e a obesidade, muitas vezes associadas à HAS, também estão entre os fatores responsáveis por afastamentos do trabalho acarretando o aumento dos custos públicos gerados pelas licenças médicas. Por serem fatores de risco para a hipertensão a obesidade e o diabetes cria-se a necessidade dos empregadores em relevarem o impacto que programas de promoção de saúde podem ter sobre a taxa de absenteísmo (ANDRADE *et al.*, 2008).

- **Os custos para empresas**

Segundo Latufo; Lolio (1996), a HAS representa um movimento de aproximadamente 100 milhões de dólares americanos por ano no setor farmacêutico nacional além de contribuir de forma direta ou não para o afastamento do trabalho de trabalhadores hipertensos.

No Brasil, no ano de 1998, ocorreram cercas de 1.150.000 internações por doenças cardiovasculares relacionadas em sua maioria com a HAS, gerando um custo global de 475 milhões de reais. Por ter uma evolução clínica lenta e está relacionada a diversos fatores. O não tratamento traz complicações temporárias ou mesmo permanentes, o que passa a representar a elevação de custo financeiro para a sociedade tendo ênfase principalmente nas doenças cerebrovascular, doença arterial coronária, insuficiência cardíaca e renal crônica e doenças vasculares de extremidades (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

A prevenção de doenças proporciona uma melhora na saúde de funcionários e pode baixar os custos com assistência médica reduzindo assim as despesas. Estudos demonstraram que há uma frequência cada vez maior das empresas em

oferecerem aos seus trabalhadores opções que vão desde palestras sobre o tema, academias de ginástica, aulas de dança, shiatsu, monitoramento especial para portadores de doenças crônicas, até a elaboração de um cardápio balanceado feito por nutricionistas e oferecido, em alguns casos, no refeitório da empresa. Há evidências que funcionário com boa saúde tem melhor desempenho e proporciona a empresa redução nos índices de absenteísmo e os gastos com saúde (MEDEIROS, *et al.*, 2006).

Contudo, os ganhos com monitoramento vão para o funcionário onde é possível obter maior controle sobre sua saúde ou de seu familiar, alívio familiar e especialmente recuperação da sua qualidade de vida. Já financeiramente o aumento da adesão aos tratamentos anti-hipertensivos reduziu cerca de 60% dos custos assistenciais das empresas, uma vez que as doenças crônicas representam a utilização de aproximadamente 10% dos planos de saúde (LATUFO, LOLIO, 1996).

7 Estratégias de adesão

Como prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis em saúde, a educação em saúde, gera estratégias individuais e coletivas no processo saúde-doença (SILVA *et al.*, 2006).

Conforme relatam Coelho e Nobre (2006) a não adesão ao tratamento da HAS é um problema multifatorial, sendo sua abordagem realizada por meio de implantação de diversas medidas, o que traz benefícios dentre eles o aumento ao acesso do medicamento anti-hipertensivo, o melhor conhecimento da doença e do tratamento por parte do trabalhador, a melhor assistência farmacêutica e a mobilização multiprofissional para aumentar o engajamento do trabalhador com o seu tratamento (QUADRO 3).

QUADRO 3 Medidas práticas utilizadas para o aumento da adesão ao tratamento da hipertensão arterial - 2006

Medida	Foco abordado
Programa de distribuição gratuita de medicamentos hipotensores	Acesso ao medicamento
Orientação sobre o uso dos medicamentos	Assistência farmacêutica, redução de reações adversas
Incentivo a medidas não-medicamentosas	Treinamento de equipe multiprofissional (nutricionistas, professores de educação física e psicólogos)
Treinamento de profissionais de enfermagem, automação de instrumentos para medida da PA	Redução de erros na medida da PA, redução de tratamento desnecessário por hipertensão ou efeito do avental branco
Programas de incentivo ao tratamento	Educação e conscientização do paciente sobre a necessidade de tratamento
Programa de treinamento continuado em uso racional de medicamentos	Difusão de treinamento baseado em evidências e reforço a boas práticas de prescrição pela equipe que assiste o paciente hipertenso
Campanhas de detecção diagnóstica para HA	Conscientização da necessidade de tratamento e alerta sobre riscos da HA
Uso de associação fixa de medicamentos com baixa dosagem	Otimização do tratamento com menor número de tomada de medicamentos. Redução de eventos adversos.

Fonte: COELHO e NOBRE, 2006, p.54.

Pierin (2001) descreveu múltiplas estratégias para que houvesse a interação do trabalhador hipertenso, o tratamento e a equipe de saúde como é citado no QUADRO 4.

QUADRO 4 Estratégia para facilitar a adesão - 2001

Paciente	Identificação de grupos de risco Educação Autocuidado Medida da pressão em casa
Tratamento	Drogas com menos efeitos indesejáveis Baixo custo Monoterapia Comodidade posológica Orientação sobre efeitos indesejáveis Prescrição e informações por escrito, de fácil entendimento.
Equipe multidisciplinar	Convocação de faltosos e desistentes Visita domiciliar Reunião em grupo Estabelecimento de objetivos com o paciente Estabelecimento de contrato com direitos e deveres do paciente e da equipe Flexibilidade na adoção de estratégias Fixação da equipe de atendimento Obediência ao horário das consultas Estabelecimento de vínculo com o paciente Consideração de crenças, hábitos e culturas do paciente Atendimento no local de trabalho Sistema de contato telefônico

Fonte: PIERIN, 2001, p.31.

Gomes; Pierin e Mion Júnior (2001) descreveram que o uso da medida da PA em casa complementada com orientações é uma estratégia adotada de maneira efetiva na redução dos níveis de pressão e elevação da taxa de adesão ao tratamento em trabalhadores que não realizavam a auto medida. Contribuindo para essa estratégia tem-se o custo cada vez menor dos equipamentos e a confiabilidade dos modernos monitores de pressão.

Com o avanço tecnológico no campo de tele transmissão já existem modernos aparelhos que permitem a monitorização à distância da pressão arterial, utilizando equipamentos eletrônicos digitais onde a memória é conectada a um modem, o trabalhador envia as pressões aferidas diretamente para um banco de dado ao quais os profissionais de saúde têm acesso e o avaliam (GOMES; PIERIN e MION

JÚNIOR, 2001) Esta tecnologia ainda está longe da realidade vivenciada pelas equipes de saúde da família.

Jardim e Jardim (2006) enfatizam que os métodos inseridos na informação podem ser despertados com estímulo a emoção do trabalhador procurando despertar o medo pela doença. Contudo essa técnica demonstra fracasso e sucesso, além disso, em longo prazo os mesmos problemas reincidiram.

Em países que assumem total atenção ao tratamento da HAS há uma ampliação de estratégias de controle através da minimização de custos sem que haja perda da qualidade de vida o que tem propiciado a redução de mortalidade pelas doenças cerebrovasculares e infarto agudo do miocárdio (LESSA, 2001).

8 Atuações de Enfermagem

O enfermeiro como membro da equipe multiprofissional tem atribuições de extrema importância perante a atenção à pessoa hipertensa como: realizar a consulta de enfermagem, através da qual é possível investigar os fatores de risco e hábitos de vida; aferir a pressão arterial; fazer a estratificação de risco individual; orientar sobre a doença e o uso de medicamentos e seus efeitos adversos; avaliar os sintomas relatados e fornecer orientações sobre hábitos de vida pessoais e familiares. Contudo tem as obrigações de acompanhamento do tratamento das pessoas com pressão arterial controlada; o encaminhamento ao médico, de acordo com os níveis pressóricos; a administração do serviço, o qual inclui a busca de faltosos, o controle de retornos e de consultas agendadas, e também a delegação e supervisão de atividades ao técnico ou auxiliar de enfermagem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO, 2006).

Tem um importante papel na participação do processo de mudança de hábito de vida e cuidado, facilitando a mudança de comportamento do indivíduo através da promoção e prevenção em saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Responsável pela reeducação do trabalhador, o enfermeiro tem participação ativa, devendo convencer, levando-o a modificar seus hábitos de vida e a encarar o tratamento como um fator que propicie a melhora da qualidade de vida. Este cuidado deve ser programado e gerenciado, através de atividades de planejamento, coordenação, direção e controle dos fatores de risco dentro de um plano de assistência perante a organização das unidades e da equipe multiprofissional (MACHADO; STIPP; LEITE, 2005).

O incentivo para a adesão ao tratamento e à mudança de estilo de vida não deve ser exclusivamente de responsabilidade de um único profissional ou de competência de uma única especialidade, visto que é necessária uma equipe multidisciplinar com médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, professores de educação física, farmacêuticos e assistentes sociais, tornando imprescindível a adoção de tratamento tanto farmacológico como não farmacológico da hipertensão (LOPES; BARRETO-FILHO; RICCIO, 2003).

O enfermeiro deve, juntamente com a equipe multiprofissional, buscar conhecer o trabalhador, para ampliar o diálogo entre eles, cultivando a confiança do trabalhador através do respeito e da empatia envolvidos na assistência (BERTONE; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

Dentro da atuação de enfermagem pode ser abordada ainda a utilização do modelo de crenças em saúde que enfatiza a forma preventiva da hipertensão. Esse modelo é dividido em quatro variáveis: a susceptibilidade percebida; severidade percebida; benefícios percebidos e barreiras percebidas o que possibilita mostrar indicadores de adesão ao tratamento (PIRES; MUSSI, 2008).

O conhecimento sobre as crenças em saúde são medidas para o controle da hipertensão arterial possibilitando mostrar indicadores de adesão ao tratamento, identificação de grupos de risco e maneiras de repensar as formas de cuidado à saúde. As crenças são à base de mudança de comportamento em saúde dos indivíduos que levam a valorização dos benefícios das mudanças de estilo de vida acreditando na redução suscetível ou severa da patologia (PIRES; MUSSI, 2008).

A comunicação é essencial no estabelecimento de uma relação interpessoal entre o enfermeiro- paciente de maneira adequada, fornecendo ao trabalhador tranqüilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa assistida (BERTONE; RIBEIRO; GUIMARÃES, 2007).

9 Conclusão

Conclui-se, através deste trabalho, que a ação continuada em enfermagem, em relação aos fatores que levam a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo é de suma importância, principalmente, na realização de estratégias continuadas que contribuíam para a adesão dos trabalhadores hipertensos ao tratamento mantendo e promovendo a saúde e prevenção a doença, diminuindo o índice de absenteísmo e reduzindo custos para as empresas.

Existem os tratamentos medicamentosos e não medicamentosos para o controle da hipertensão arterial sistêmica, sendo eles prescritos conforme o médico reconheça a necessidade e o grau da patologia instalada. São fundamentais para o bem estar físico do trabalhador e, por isso, é adotada juntamente com o apoio multidisciplinar, como medida eficaz de ação na manutenção de níveis da pressão arterial.

É de fundamental importância que o enfermeiro conheça a técnica de medida da pressão arterial e os vários fatores que fazem com que o trabalhador não seja aderente ao tratamento proposto, sendo eles principalmente: os fatores relacionados à doença, à terapêutica, ao trabalhador, fatores socioeconômicos, sistema de saúde e equipe de saúde.

Portanto, as estratégias de adesão ao tratamento e a abordagem de enfermagem juntamente com a equipe multiprofissional é essencial para que haja uma adesão correta e ampliação dos índices de controle da pressão arterial e dos fatores que estão relacionados diretamente à hipertensão arterial, visto que se trata de uma patologia com vários fatores associados aos riscos cardiovasculares e mortalidade.

Referências

ANDRADE, J. P.; VILAS-BOAS, F.; CHAGAS, H.; ANDRADE, M. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, Salvador, v. 79, n.4, p.375-379, 2002.

ARAÚJO, G. B. da S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.8, n.2, p.259-272, 2006.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. da C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n.1, p. 35-38, 2006.

BERTONE, T. B.; RIBEIRO, A. P. S.; GUIMARÃES, J. Consideração sobre o relacionamento interpessoal Enfermeiro-Paciente. **Revista Fabife Online**, Bebedouro, v. 3, n.3, p.1-5, 2007.

BOING, A. C.; BOING, A. F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 84-88, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de atenção básica**, Brasília, n. 15, 51 p., 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n.16, p.28-32, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte, 198 p. 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 104 p., 2002.

_____. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde/Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho - Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, n.114, 580 p., 2001.

BRITO, D. M. S. de; ARAUJO, T. L. de; GALVÃO, M. T. G.; MOREIRA, T. M. M. ; LOPES, M. V. de O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.933-940, 2008.

BUSNELLO, R. G.; MELCHIOR, R.; FACCIN, C.; VETTORI, D.; PETTER, J.; MOREIRA, L. B.; FUCHS, F. D. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Porto Alegre, v. 76, n.5, p.349-351, 2001.

CARVALHO, A. *et al.* **Aprendendo Metodologia Científica**. São Paulo: Editora 2000, p. 11-69.

CASTRO, M. E. de ; ROLIM, M. O.; MAURÍCIO, T. F. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 18, n. 2, p. 184-189, 2005.

CAVALCANTE, M. A.; BOMBIG, M. T. N.; LUNA FILHO, B.; CARVALHO, A.C. de C.; PAOLA, A. A. V. de P.; PÓVOA, R. Qualidade de vida de pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.89, n.4, p.245-250, 2007.

COELHO, E. B.; MOYSÉS NETO, M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M. C. de M.; GELEILETE, T. J. M.; NOBRE, F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Ribeirão Preto, vol.85, n.3, p. 157-161, 2005.

COELHO, E. B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.13, n.1, p.51-54, 2006.

CORDELLA, M. P.; PALOTA, L.; CESARINO, C. B. Medida indireta da pressão arterial: um programa de educação continuada para a equipe de enfermagem em um hospital de ensino. **Arquivo Ciência Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-26, 2005.

CORREA, T. D.; NAMURA, J. J. ; SILVA, C. A. P. da; CASTRO, M. G.; MENEGHINI, A.; FERREIRA, C. Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. **Arquivo de Medicina ABC**, São Paulo, v 31, n2, p.91-101, 2005.

DELL'ACQUA, M. C. Q.; PESSUTO, J.; BOCCHI, S. C. M.; ANJOS, C. P. M. dos. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.3, p.43-48, 1997.

FAE, A. B.; OLIVEIRA, E. R. A. de O.; SILVA, L. T.; CADÊ, N. V.; MEZADRI, V. A. Facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.32-36, 2006.

FAZAN JÚNIOR, R. F.; SILVA, V. J. D. da. Principais fatores que interferem nas variações da pressão arterial e do intervalo cardíaco. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v.7, n.2, p.180, 2000.

FUCHS, F. D.; MORAES, R. S.; GUS, M.; ROSITO, G. A.; FUCHS, S. C.; MOREIRA, L. B. Hipertensão arterial sistêmica: prevalência e mecanismos fisiopatogênicos. **Revista do Hospital das Clínicas de Porto Alegre**, Porto Alegre, v.25, n. 3, p. 36-40, 2005.

GOMES, M. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. Estratégias especiais para melhoria da adesão. Medidas domiciliares da pressão arterial. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento. O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p.75-83, 2001.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Distensibilidade Vascular e Funções dos Sistemas Arterial e Venoso. **Tratado de Fisiologia Médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.139-147, 1997.

JARDIM, P. C. B. V.; JARDIM, T. S. de V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Goiana, v. 13, n. 1, p. 26-29, 2006.

LATUFO, P. A.; LOLIO, C. A. **Epidemiologia da Hipertensão Arterial no Brasil**. São Paulo: Atheneu, v. 2, 327 p., 1996.

LEITE, P. F. Hipertensão Arterial e suas Definições. **Hipertensão Arterial – Atualização e Reciclagem**, Belo Horizonte, Health, cap. 1, p. 3-15, 1995.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n. 3, p.775-782, 2003.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Bahia, v.13, n.1, p.39-46, 2006.

LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão: conseqüências socioeconômicas para o indivíduo e para a sociedade. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento. O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 89-105, 2001.

LESSA, I.; FONSECA, J. Raça, aderência ao tratamento e/ou consultas e controle da Hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, Salvador, v.68, n.6, p. 443-449, 1997.

LOPES, H. F.; BARRETO-FILHO, J. A. S.; RICCIO, G. M. G. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 148-153, 2003.

LUNA, R. L. A Epidemiologia da Hipertensão Arterial - O Problema Social. **Hipertensão arterial**. Rio de Janeiro: MEDSI, p.21-43, 1990.

LUNARDI, C. C.; PEREGO, J.; SANTOS, D. L. dos. Avaliação da pressão arterial com aparelho digital e esfigmomanômetro aneróide. **Revista Digital**, Buenos Aires, v.11, n. 106, p. 21-25, 2007.

MACHADO, C. A. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 15, n.4, p. 220-221, 2008.

MACHADO, S. da C.; STIPP, M. A. C.; LEITE, J. L. Clientes com hipertensão arterial: perspectiva da gerência do cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 64-71, 2005.

MANIDI, M. J.; MICHAEL, J. P. **Atividade física para adultos com mais de 55 anos**. São Paulo: Manole, 235 p., 2001.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de saúde escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p.269-275, 2005.,

MEDEIROS, S. B.; BARBOSA, C. P. M.; COUTINHO, E. da S. F.; TURA, B.; CORDOVIL, I. **Obesidade, Tabagismo e Hipertensão - Fardos financeiros do sistema de saúde**. Rio de Janeiro, Federação da Indústria do Estado do Rio de Janeiro Serviço Social da Indústria - SESI - Diretoria de Saúde, 40 p., 2006.

MENDES, R. O impacto dos efeitos da ocupação sobre a saúde de trabalhadores. I - Morbidade. **Revista de Saúde pública**, São Paulo, v. **22**, n.4, p 311-326, 1998.

MION JÚNIOR, D.; NOBRE, F. **Medida da Pressão arterial: da teoria à prática**. São Paulo, Lemos, 168p. , 1997.

MION JR, D.; PIERIN, A. M. G.; GUIMARÃES, A. Tratamento da hipertensão arterial-resposta de médicos brasileiros a um inquérito. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.47, n. 3, p. 249-254, 2001.

MION JÚNIOR, D.; PIERIN, A.; IGNEZ, E., BALLAS, D.; MARCONDES, M. Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, São Paulo, v.17, n.4, p. 229-236, 1995.

MOREIRA, T. M. M.; ARAÚJO, T. L. Sistema interpessoal de Imogene King: as relações entre pacientes com hipertensão não aderentes ao tratamento e profissionais de saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 35-43, 2002.

MOUSINHO, P. L. M.; MOURA, M. E. S.; Hipertensão arterial: Fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Revista Saúde Coletiva**, v.5, n. 25, p.212-216, 2008.

NEVES, M. F.; BURLÁ, A. K.; OIGMAN, W. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Medicina**, v.62, n.12, p.152-162, 2005.

OIGMAN, W. Métodos de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.13, n.1, p.30-34, 2006.

ORTEGA, K. C.; NOBRE, F.; MION JÚNIOR, D. Fatores intervenientes na adesão e recomendações práticas para melhoria dos resultados. In: NOBRE, F.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento. O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 107-118, 2001.

PALOTA, L.; CORDELLA, M. P.; OLIVEIRA, S. M.; CESARINO, C. B. A verificação da calibração dos manômetros aneróides e condições dos esfigmomanômetros aneróides: um programa de educação continuada para enfermeiros supervisores do Hospital de Base. **Arquivo Ciência Saúde**, São Paulo, v.11, n.2, p.2-6, 2004.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n. 5, p. 635-642, 2003.

PIERIN, A. M. G. Adesão ao tratamento: conceitos. In: NOBRE, F, PERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. **Adesão ao tratamento. O grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p. 23-33, 2001.

PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D.; ALAVARCE, D. C.; LIMA, J. C. Avaliação da pressão arterial. Medida da pressão arterial no paciente obeso. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.3, n.1, p.29-34, 2000.

PIRES, C. G. da S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência de Saúde Coletiva**, Salvador, v.13, n.2, p.2257-2267, 2008.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. **Grande tratado de enfermagem prática**. 3ªed. São Paulo: Santos Livraria, 999 p., 2002.

REINERS, A. A. O., AZEVEDO, R. C. de S.; VIEIRA, M. A.; ARRUDA, A. L. G. de. Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.2, p. 2299-2306, 2008.

RIBEIRO, A. B. Conceito, Determinação e Classificação da Hipertensão Arterial. **Atualização em Hipertensão Arterial – Clínica, Diagnóstico e Terapêutica**, São Paulo, Atheneu, p. 1-7, 1996.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 20, n.2, 2007. Editorial.

SÁ, S. P. C.; LINDOLPHO, M. da C.; PUPPIN, M. A.; ERBAS, D. da S.; MARQUES, D. L.; SILVA, I. N. T. da. A influência dos profissionais de saúde na administração de medicamentos ao idoso. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, p.27-31, 2003.

SANTOS, Z. M. de A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA, S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: Análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enfermagem**, Fortaleza, v. 14, n.3, p.332-340, 2005.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez Editora, 2000 São Paulo.

SILVA, M. A.; OLIVEIRA, A. G. B.; MANDÚ, E. N. T.; MARCON, S. R. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.11, n.2, p.143-149, 2006.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Hipertensão Arterial. **III Consenso Brasileiro De Hipertensão Arterial**, São Paulo, p.1-5, 1998.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**, São Paulo, p. 20-22, 2006.

STRELEC M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre e a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 81, n. 4, p. 343-348, 2003.

TEIXEIRA, E. R.; LAMAS, A. R.; COSTA E SILVA J. da; MATOS, R. M. de O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.378-384, 2006.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, abr-jun, v.16, n.2 p. 233-238, 2007.

TRENTINI, M.; TOMASI, N.; POLAK, Y. Prática educativa na promoção da saúde com grupo de pessoas hipertensas. **Gogitare Enfermagem**, Curitiba, v.1, n.2, p. 19-24, 1996.

WENDHAUSEN, A. L. P.; REBELLO, B. C. As concepções de saúde-doença de portadores de hipertensão arterial. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.3, n.3, p.243-251, 2004.