

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA NA SAÚDE DA FAMÍLIA

ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA

NELSON YUZO IGUCHI

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

NELSON YUZO IGUCHI

**ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

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

Orientadora Prof^ª. Msc Alessandra de Magalhães Campos Garcia.

TEOFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

NELSON YUZO IGUCHI

**ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE REVISÃO
BIBLIOGRÁFICA**

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

Orientadora Prof^ª. Msc Alessandra de Magalhães Campos Garcia.

Banca Examinadora

Prof^ª. Msc Alessandra de Magalhães Campos Garcia - Orientador

Prof^ª. Dra Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - Examinador

Aprovada em Belo Horizonte: 03/08/2013

AGRADECIMENTOS

A toda minha família fonte constante de estímulo, de carinho e principalmente de paciência.

A orientadora Professora Msc Alessandra de Magalhães Campos Garcia.

A Ludymilla pelo apoio no momento certo.

A toda equipe do PSF Dr. Mário Saback Leitão em Serra dos Aimorés.

A Dea Iana Caldas Lima, Tamires Estefania e Camila Lima Ferraz pelo apoio logístico.

A Celsilvana minha primeira tutora no curso, pelo incentivo.

EPIGRAFE

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre as margens de nós mesmos”.

FERNANDO PESSOA

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública que apresenta estreita relação com eventos cardiovasculares fatais ou não, diminuição da qualidade de vida de importante parcela da população. A adesão ao tratamento medicamentoso ou não da Hipertensão Arterial Sistêmica é motivo de preocupação para os profissionais que atuam na Atenção Primária à saúde devido ao seu baixo índice, comprometendo o sucesso no controle da pressão arterial possibilitando o aparecimento de lesões em órgãos alvos e comprometimento da capacidade funcional dos pacientes; ao mesmo tempo proporcionando na equipe de saúde sentimento de frustração e aumento da demanda nos serviços. Este trabalho teve como objetivo levantar a literatura nacional os fatores inerentes à adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica, com vista a melhorar o seu acompanhamento pelos profissionais da equipe de saúde. Foi, portanto feito uma revisão bibliográfica nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – SCIELO e teve por objetivo, aumentar o conhecimento e a compreensão dos fatores inerentes à adesão ao tratamento antihipertensivo. Foram analisados artigos publicados entre os anos de 2000 a 2011, obtidos a partir dos descritores selecionados. As prováveis causas encontradas foram às relacionadas ao paciente, à doença, ao tratamento, ao sistema de saúde e ao atendimento pela equipe de saúde. Os possíveis fatores que poderiam melhorar o controle da HAS foram participação ativa do paciente ao tratamento, mudanças no estilo de vida, simplificação do esquema terapêutico, ações educativas e efetivo relacionamento médico paciente e equipe multidisciplinar. Concluiu-se que é necessário que os profissionais de saúde sejam capacitados para incorporar novas estratégias para ampliar a adesão do paciente ao tratamento da hipertensão arterial na atenção básica.

Palavras chave: Hipertensão, Adesão, Tratamento.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered a public health problem which is closely related to fatal and non fatal cardiovascular events and deterioration in quality of life of an important part of population. Adherence to SAH medical treatment is a matter of concern for professionals who work at Health Primary Care due to its low rate, compromising the success on blood pressure control and resulting in target organs damage and aggravation of patients functional capacity; at the same time it causes feelings of frustration in the health team and increase of service demand. The aim of this study was to survey in the national literature patient's adherence inherent factors to SAH treatment, intending to improve the follow up by the health team professionals. A bibliographic review was done based on *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* – LILACS and Scientific Eletronic Library Online – SCIELO data and the goal was to enlarge the knowledge and comprehension of intrinsic factors involved with antihypertensive treatment adherence. We analyzed articles published between 2000 and 2011 obtained from the selected descriptors. The probable causes found were related to the patient, the disease, the treatment, the health system and to health team assistance. The possible factors that could improve SAH control were active patient participation on treatment, changes in lifestyle, simplification of therapeutic regimen, educational programs, efficient doctor-patient relationship and a multidisciplinary team. In conclusion, health care professionals need to be able to incorporate new strategies to amplify the patient adhesion to the SAH therapy in basic health attention.

Keywords: Hypertension, Adherence, Treatment.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	08
2. OBJETIVO.....	11
3. METODOLOGIA.....	12
4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	13
4.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).....	13
4.2. Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica....	15
4.3. Fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica.....	17
4.4. Tratamento da HAS.....	19
4.4.1 Tratamento não Medicamentoso.....	20
4.4.2. Tratamento Medicamentoso.....	21
4.5 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	22
4.6. Fatores determinantes à adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica.....	26
4.6.1. Família.....	32
4.6.2. Idade.....	34
4.6.3. Escolaridade.....	35
4.6.4 Sexo e Raça.....	38
4.6.5. Dieta.....	39
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	41
REFERENCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada atualmente um dos mais importantes problemas de saúde pública e uma das principais causas de morbimortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos cardiovasculares. Para o tratamento e controle da HAS são recomendadas medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009), estimaram que a pressão arterial elevada (≥ 140 mmHg e/ou ≥ 90 mmHg) foi causa de 7,5 milhões de mortes por ano. Em 2008 a prevalência global da hipertensão arterial em indivíduos com idade acima de 25 anos foi de 40%. Em revisão realizada, tendo como referência 22 estudos, que consideraram como valores elevados de PA (≥ 140 mmHg e/ou ≥ 90 mmHg), observou-se a prevalência média de 32,5% de hipertensos em que mais de 50% tinham idade entre 60 e 69 anos e 75% idade acima de 70 anos. (VI DBH, 2010; *CESARINO et al.*, 2008; *ROSARIO et al.*, 2009). Em associação aos níveis pressóricos elevados também foram observadas que 9,7% apresentaram elevação dos níveis glicêmicos acima dos valores normais, 51,7% e 18,8% apresentaram excesso de peso e obesidade, respectivamente e 42,8% tinham valores alterados de colesterol. Provavelmente os indivíduos não irão apresentar níveis pressóricos elevados como única comorbidade, vários fatores de risco poderão estar associados à hipertensão arterial.

Segundo as VI Diretrizes de Hipertensão Arterial (2010), a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) sofreu aumento progressivo com o aumento da PA. No ano de 2001 cerca de 7,6 milhões de óbitos no mundo foram atribuídas a valores elevados da PA, constituindo a maioria em países em desenvolvimento e mais da metade prevalente entre indivíduos com idade entre 45 e 69 anos. No Brasil, as DCV têm sido consideradas uma das principais causas de morte. Em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, (*MALTA et al.*, 2009). Em 2009, segundo dados do DATASUS, houve 91.970 internações por DCV, que originaram o custo de R\$ 165.461.644,33, e que vem aumentando consideravelmente nos últimos anos.

Rosário *et al.* (2009), realizaram estudo populacional com 14.783 indivíduos que apresentavam valores de PA $\geq 140\text{mmHg} \times 90\text{mmHg}$, para pressão arterial sistólica e diastólica, respectivamente. Os autores encontraram que apenas 19,6% realizavam controle da PA. Outro estudo, realizado com a população brasileira observou que entre os usuários adultos 50,8% tinham conhecimento que eram hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham sua PA controlada, sendo a idade avançada, obesidade e baixo nível educacional os principais fatores associados ao menor controle pressórico (VI DBH, 2010).

O interesse pelo tema sobre a adesão ao tratamento da HA no município de Serra dos Aimorés, MG, onde atuo como membro da equipe da Estratégia Saúde da Família Dr. Mário Saback Leitão, surgiu após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência no ano de 2011, segundo levantamento efetuado a partir da realização do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Foi observado que na população com idade acima de 20 anos, 19,38% apresentavam valores de pressão arterial superiores a 140mmHg para PAS e 90mmHg para PAD respectivamente. Entre os 462 pacientes hipertensos cadastrados apenas 24,67% foram considerados controlados.

O baixo nível de controle de hipertensos repercute de maneira negativa gerando aumento na demanda de consultas, sobrecarga no processo de trabalho e muitas vezes acomodação nos membros da equipe e dos usuários. Foi identificada também a dificuldade dos pacientes, quanto à adesão à prática de atividade física regular, controle de peso, dieta saudável, mudanças de hábitos, bem como a dificuldade na regularidade do uso de medicamentos.

A falta de ações sistematizadas e contínuas, a ausência de nutricionista, do profissional de educação física e de outros profissionais da equipe de saúde bem como a lentidão burocrática ao acesso de referência/contrarreferência e a demora na realização de exames complementares são fatores importantes e dificultadores na assistência aos usuários hipertensos da área de cobertura sob a responsabilidade da Equipe do Programa de Saúde da Família Dr. Mário Saback Leitão na comunidade Panorama, no município de Serra dos Aimorés, MG.

A partir dos dados observados por meio do levantamento de informações obtidas, foi realizada revisão de literatura a fim de melhorar o nível de conhecimento da equipe e adquirir ferramentas para que as ações praticadas pela equipe de saúde

possam ter respaldo científico. Esta reformulação baseada na objetividade e compatibilidade possibilitará maior discussão e reflexão por parte da equipe multidisciplinar, para que possa acarretar o surgimento de estratégias e ações para o atendimento efetivo dos hipertensos buscando sua adesão ao tratamento e controle adequado dos níveis de pressão arterial.

2. OBJETIVO

Realizar revisão bibliográfica, com base na literatura, fatores inerentes à adesão do paciente hipertenso ao tratamento e controle da hipertensão arterial, com vista a melhorar o seu acompanhamento pelos profissionais da equipe do Programa de Saúde da Família Dr. Mário Saback Leitão na comunidade Panorama, no município de Serra dos Aimorés, MG.

3. METODOLOGIA

A metodologia é o instrumento utilizado para dar o caminho ao pesquisador, onde traz um conjunto de técnicas que captam a realidade e auxiliam na capacidade do pesquisador (MINAYO, 2008 *apud* SÁ-SILVA *et al.*, 2009).

Foi realizada revisão bibliográfica, com busca de material nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACS e Scientific Electronic Library Online – SCIELO, nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais. A pesquisa foi realizada no período entre setembro de 2012 e fevereiro de 2013, para refinar a busca foram lidos artigos de cunho científico publicados entre os anos de 2000 a 2011.

Para a busca dos artigos nos bancos de dados foram utilizados os seguintes descritores: Hipertensão; Adesão; Tratamento.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação antihipertensiva (BRASIL, 2006).

A HAS é considerada atualmente um dos mais importantes problemas de saúde pública, devido ao grande impacto econômico e financeiro que acarreta no sistema de saúde, que reflete na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Segundo Manfroi e Oliveira (2006), a prevenção das alterações provocadas pela doença no organismo, passa pelo controle de forma continuada da HAS, provocando problema de saúde pública, exigindo, portanto, ações nos níveis individuais e coletivo.

A HAS é uma das principais causas de morbi-mortalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos cardiovasculares. A HAS é uma doença silenciosa considerada fator de risco para 9,4 milhões de mortes ocorridas no mundo e é responsável pelas doenças cardiovasculares sendo considerada também como o principal fator de risco para as complicações como, ataques cardíacos, acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

As possíveis causas da HAS primária podem ser resumidas em alterações dos sistemas nervoso autônomo, no sistema renina – angiotensina – aldosterona, em variações genéticas, na reabsorção de sódio renal e na resistência à insulina. As prováveis causas da HAS secundária podem ser agrupadas em feocromocitoma, síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbios renovasculares, uso de anticoncepcionais orais, coarctação da aorta e aldosteronismo primário (WOODS, *et al.*, 2005).

No estudo realizado por Saraiva *et al.*, (2007) os autores relataram que no

Brasil a prevalência da HAS era de aproximadamente 10% a 20%, o que resulta em 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos, sendo: 65% entre os idosos, 7% entre crianças e adolescentes, chegando a 25% na raça negra. Outro fator observado é que dos hipertensos que iniciam o tratamento 50% desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano e muitos portadores de hipertensão não fazem tratamento e as vezes desconhecem que são hipertensos.

4.2. Diagnóstico e Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Por ser uma doença assintomática e idiopática, pode haver uma demora no diagnóstico da hipertensão o que pode levar o indivíduo a não aderir de modo contínuo ao tratamento da HAS (BRASIL, 2006). A avaliação dos níveis tensionais deve ser uma prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário na atenção primária à saúde. O profissional de saúde deve estar devidamente treinado e capacitado para identificar por meio da história de vida do indivíduo e dos seus níveis pressóricos a possibilidade deste tornar-se um hipertenso (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

O diagnóstico é obtido após várias medidas elevadas e sustentadas da PA, em situações distintas. Essas medidas devem obedecer a critérios técnicos como o preparo adequado do paciente, o uso de técnicas padronizadas e equipamentos devidamente calibrados, atentando para as características como idade, obesidade, gestação dentre outros (VI DBH, 2010).

Os métodos mais utilizados para obtenção da medida da PA é o método indireto com técnica auscultatória, obtidos por meio do esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneroide ou pela a técnica oscilométrica conseguida pelos aparelhos semiautomáticos digitais de braço. As medidas são realizadas no consultório, ou auto medida da PA (AMPA) realizada pelo paciente ou familiar que não são da área da saúde, por monitorização residencial da PA (MRPA), ambulatorial PA (MAPA) visando a qualidade do diagnóstico da HAS (VI DBH, 2010; PIERIN *et al.*,2001; PIERIN *et al.*,2004).

O limite de pressão arterial considerado normal é arbitrário e pode variar de acordo com algumas referências utilizadas. Os valores da PA podem sofrer algumas variações tais como as obtidas por meio do efeito do avental branco (EAB) caracterizado pela diferença igual ou superior a 20 mmHg da PAS e de 10mmHg da PAD avaliadas no consultório e/ou fora dele (VI DBH, 2010).

O que define o diagnóstico de HAS, são os valores pressóricos correspondentes a PAS ≥ 140 mmHg e PAD ≥ 90 mmHg, que devem ser confirmados em pelo menos três situações distintas, sempre em condições técnicas apropriadas (VI DBH, 2010).

A HAS pode ser classificada em estágios, de acordo com os valores

pressóricos, sendo considerado estágio I quando a PAS encontra-se entre 140 e 159 mmHg e a PAD entre 90 e 99 mmHg, estágio II PAS entre 160 e 179 mmHg e PAD entre 100 e 109 mmHg e estágio III com PAS maior ou igual a 180 mmHg e PAD maior ou igual a 110 mmHg. Quando a PAS atinge valores maior ou igual a 140 mmHg e a PAD permanece com valores menores a 90 mmHg, considera-se como hipertensão sistólica isolada. Pode ocorrer situações em que o usuário apresenta valores normais de PA no consultório (menores que 140mmHg X 90mmHg) e valores elevados de PA durante o período de vigília pela MAPA ou MRPA caracterizando a hipertensão mascarada (VI DBH, 2010).

4.3. Fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica

Segundo a OMS, os fatores de risco respondem pela grande maioria das doenças e mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Dentre esses fatores, destacam-se a idade (homem >55 anos e mulheres >65 anos), história familiar prematura de doença cardiovascular (homens <55 anos e mulheres <65 anos), dislipidemias (triglicérides >150 mg/dL, LDL colesterol >100 mg/dL, HDL < 40 mg/dL) gênero, etnia, o tabagismo, diabetes (VI DBH, 2010; WHO, 2005).

Além dos fatores clássicos de risco cardiovascular, outros fatores de risco cardiovascular têm sido sugeridos como marcadores de risco adicional em diferentes diretrizes: glicemia de jejum (100 a 125 mg/dL) e hemoglobina glicada anormal, obesidade abdominal (circunferência da cintura > 102 cm para homens e > 88 cm para mulheres), pressão de pulso > 65 mmHg (em idosos), história de pré-eclampsia na gestação, história familiar de hipertensão arterial (em hipertensos limítrofes) (VI DBH, 2010, SBH, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo e/ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA (VI DBH, 2010, SBH, 2010). A relação da PA é diretamente relacionada com a idade, sendo que mais de 60% dos idosos com idade acima de 65 anos apresentam HA. A prevalência da HA é maior em homens com até 50 anos de idade e, a partir desta idade, torna-se mais frequentes em mulheres, sendo mais comum em mulheres não brancas, com predomínio de até 130% (VI DBH, 2010).

O excesso de peso e a gordura corporal central acarretam maior risco para o aparecimento de HA, bem como a ingestão excessiva de sal. O efeito hipotensor da restrição de sal tem sido evidenciado em populações que consomem menos sal. É verificado que o consumo excessivo de álcool apresenta associação com a ocorrência de HAS (WHO, 2005; VI DBH, 2010).

Há redução da incidência, da mortalidade e risco de doenças cardiovasculares (DCV) pela atividade física mostrando a importância do combate ao sedentarismo. A influência da genética no desenvolvimento de HAS está bem elucidada bem como os fatores socioeconômicos pela constatação de maior prevalência de hipertensos entre os indivíduos de menor escolaridade (VI DBH,

2010).

A síndrome metabólica (SM) é conhecida como um conjunto de dois ou mais fatores de risco que acomete um mesmo indivíduo. A SM aumenta a chance de desenvolver doenças cardiovasculares e diabetes do tipo 2. Os indivíduos com síndrome metabólica apresentam três vezes mais probabilidade de sofrer IAM ou AVC quando comparados com aqueles que não apresentam a SM. Entre os fatores de risco se destacam a presença de sobrepeso ou obesidade especialmente a obesidade abdominal, a hipertensão arterial, o estado de pré-diabetes ou mesmo diabetes e alterações no metabolismo dos lipídios (HDL e LDL e no aumento de triglicérides) (LOPES; ZANINI; CASELLA FILHO e CHAGAS, 2008).

Em relação ao conhecimento dos fatores de risco cardiovascular, Lopes; Zanini; Casella Filho e Chagas (2008) relataram que 47% dos pacientes mostraram bom nível de conhecimento, ou seja, acertaram pelo menos 75% de todas as perguntas. No entanto, quando a análise foi realizada para cada grupo de perguntas separadamente, verificou-se baixo nível de conhecimento sobre dieta e dislipidemia. Os autores destacam ainda que o conhecimento sobre as doenças e seus tratamentos não garantem a adesão, mas é um importante fator para a participação ativa do paciente nas decisões relativas ao seu estado de saúde.

No entanto é importante observar de acordo com o estudo de Lopes; Zanini; Casella e Chagas (2008) que os pacientes com diagnóstico de síndrome metabólica que estavam sob tratamento medicamentoso com anti-hipertensivos, antilipêmicos (redutores de colesterol) e agentes antidiabéticos apresentaram elevado índice de adesão ao tratamento, apesar de demonstrar desconhecimento sobre os fatores de riscos cardiovasculares, fortemente relacionados ao distúrbio.

4.4. Tratamento da HAS

A abordagem no tratamento da HAS poderá ser medicamentosa ou não medicamentosa e depende de vários fatores tais como: evolução da doença, classificação dos fatores de risco, classificação da HAS, da combinação medicamentosa ou não medicamentosa. Após o conhecimento dos valores e das associações é que deverão ser instituídas metas preconizadas o mais precocemente possível. O objetivo primordial deve ser reduzir a morbimortalidade cardiovascular. (VI DBH, 2010).

4.4.1. Tratamento não Medicamentoso.

O tratamento não medicamentoso baseia-se em mudança de estilo de vida que envolve controle e perda de peso, diminuição da ingestão de álcool, redução da ingestão de sódio, de gordura saturada e do colesterol, ingestão adequada de potássio, cálcio e magnésio, parar de fumar e participar de programas regulares de exercícios físicos e se possível, reduzir o estresse (VI DBH, 2010).

Apesar das orientações claras das diretrizes de assistência ao usuário portador de HAS, o controle dos níveis pressóricos continua baixo. Nos Estados Unidos, a percentagem de pacientes que não adotaram mudanças no estilo de vida tais como dieta adequada, exercícios físicos, ou abandono do etilismo e tabagismo, estava em torno de 50% (MION JR; SILVA; ORTEGA e NOBRE, 2006). Entretanto, modificações de estilo de vida podem evitar o desenvolvimento da HAS em indivíduos com PA, além de impactar positivamente nos fatores de risco envolvidos no desenvolvimento ou agravo da hipertensão.

Vários estudos têm demonstrado que modificações no estilo de vida, incluindo redução ponderal, ingestão dietética controlada de sódio e álcool, melhora dos hábitos alimentares e a participação em programas de exercícios físicos regulares tem promovido reduções significativas na PA, sendo também indicados para a prevenção e o tratamento da HA (ACSM, 2001). Estudos demonstraram que os exercícios físicos promovem reduções de PA, proporcionam uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida. Segundo as recomendações do ACSM (2010), todo adulto deve realizar atividades físicas moderada de forma contínua ou acumuladas pelo menos cinco vezes por semana durante 30 minutos.

De acordo com Krinski; Elsangedy; Gorla e Calegari, (2006) *apud* Baldisseia; Carvalho e Pelloso (2009) o exercício físico foi apontado como uma das principais medidas não farmacológicas que contribui para a manutenção da saúde, prevenção de complicações e o controle da HA. No entanto, se a pressão arterial continuar sendo $\geq 140/90$ mmHg apesar de três a seis meses de modificação no estilo de vida, deverá ser iniciada a terapia medicamentosa (ACSM, 2001).

4.4.2. Tratamento Medicamentoso

O desenvolvimento avançado das pesquisas farmacêuticas fornecendo medicamentos de alta eficácia e segurança, não tem sido suficiente para controle adequado da HA e para redução de suas complicações, e um dos fatores que mais contribuem para esse insucesso é a não adesão à essa terapêutica (ROCHA, 2001; BORGES 2005; MION JUNIOR, SILVA, ORTEGA e NOBRE, 2006).

O uso dos medicamentos antihipertensivos deve ter como objetivo não só reduzir a PA, mas também prevenir eventos de natureza cardiovasculares fatais e não fatais, procurando diminuir a taxa de mortalidade. Estudos com diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA), bloqueadores do receptor AT da angiotensina (BRA II) e com antagonistas dos canais de cálcio mostram redução da morbimortalidade. Aparentemente, os resultados parecem independender da classe dos medicamentos, embora metanálises demonstrem benefícios menos relevantes com betabloqueadores, entre eles o atenolol (VI DBH, 2010).

Talvez o menor número de efeitos adversos provocados pelos medicamentos desenvolvidos recentemente possam propiciar maior adesão ao tratamento. Os antihipertensivos mais modernos como os antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas dos receptores do tipo 1 da angiotensina II que talvez possam ser mais seletivos do que os diuréticos, beta bloqueadores e simpatolíticos são exemplos de medicamentos que diminuem os efeitos colaterais devido seus mecanismos de ação. Mion Junior; Silva; Ortega e Nobre (2006) em revisão abordando uso de bloqueador de receptores 1 da angiotensina II, a valsartana, comentaram haver uma maior adesão ao tratamento quando o medicamento tem menor perfil de efeitos colaterais.

4.5. Adesão ao tratamento da HAS

Existe uma variação no conceito de adesão entre os diversos autores, mas pode ser entendida como o uso do tratamento prescrito em pelo menos 80% do seu total observando horários, doses e tempo de tratamento (LEITE e VASCONCELOS, 2003).

Contudo, Piancastelli; Spirito e Flisch (2011) definem adesão como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e controle da doença.

A complexidade da adesão foi reforçada por Pierin; Strelec e Mion Jr (2004), ao considerar a forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica envolvidos neste processo comportamental. A falta de adesão ao tratamento por parte dos pacientes pode provocar frustração nos profissionais de saúde, por se constituir como elemento dificultador na obtenção de sucesso terapêutico.

Gusmão e Mion Junior (2006), ao analisarem as questões que envolvem a adesão ao tratamento ressaltaram a importância do envolvimento do paciente, das características da doença, das crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, do tratamento e sua interferência na qualidade de vida destes pacientes, organização dos serviços de saúde e integração com a equipe de saúde.

Outro entendimento sobre adesão ao tratamento seria o grau de coincidência entre a orientação médica recebida e o comportamento do paciente (MANFROI; OLIVEIRA, 2006). Milstein-Moscati (2000) *apud* Leite e Vasconcelos (2003) observaram a possibilidade dos métodos indiretos usados nos estudos que avaliaram a adesão ao tratamento da HAS apresentarem resultados superestimados por parte dos entrevistados, devido a informações nem sempre compatíveis com a prática real. A pesquisa pelo método de entrevista utilizando questionário estruturado, ainda segundo os autores, pode fornecer resultados superficiais pelo possível constrangimento do entrevistado, sentindo-se pressionado em responder as perguntas.

Em seu artigo Leite e Vasconcelos (2003) prosseguindo na análise dos métodos qualitativos utilizados em pesquisa sobre adesão, referiram-se à pesquisa

antropológica que propicia avaliação em maior profundidade da pesquisa participante, a etnografia e as entrevistas abertas, avaliando a influência no uso de medicamentos, dos componentes sociais, culturais e psicológicos. A possibilidade do fornecimento de resultados superestimados pelos testes, muito utilizado nas pesquisas, é lembrada pela pouca oportunidade dada ao paciente para expressar as suas dificuldades e seu entendimento sobre seu tratamento (MORISKY; GREEN e LEVINE, 1986).

São vários os métodos utilizados na avaliação da adesão ao tratamento, embora não haja um consenso na literatura. As estratégias podem ser indiretas como na contagem de comprimidos e relatos dos pacientes ou diretas como na dosagem em líquidos corporais do princípio ativo do medicamento (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Com base em novas literaturas Gomes; Silva e Santos (2010) citando Manfroi e Oliveira (2006) observaram que entre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da HAS, o de maior relevância seria a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente e da convivência com alguns efeitos colaterais. Os efeitos colaterais que podem variar entre hipotensão, taquicardia, tontura, arritmia e tosse seca são destacados como sendo um dos maiores dificultadores para o tratamento correto (MION JUNIOR; SILVA; ORTEGA e NOBRE, 2006).

Portanto, Manfroi e Oliveira (2006) reforçaram que a educação em saúde é imprescindível para haver o controle da pressão arterial, o paciente deverá ser instruído em tudo que rege seu tratamento desde os medicamentos até os principais efeitos colaterais, assim o mesmo sentiria mais confiança e disposição a aderir ao tratamento.

No entanto estima-se que de 40% a 60% não aderem ao tratamento farmacológico e a estimativa aumenta consideravelmente quando se estuda mudanças no estilo de vida como inclusão de dieta saudável, prática regular de atividade física, largar o cigarro, não ingerir bebida alcoólica. Segundo Barbosa e Lima (2006), pode-se atribuir também como causa à não adesão ao tratamento a falta de controle dos níveis tensionais em mais de dois terços dos indivíduos portadores de HAS.

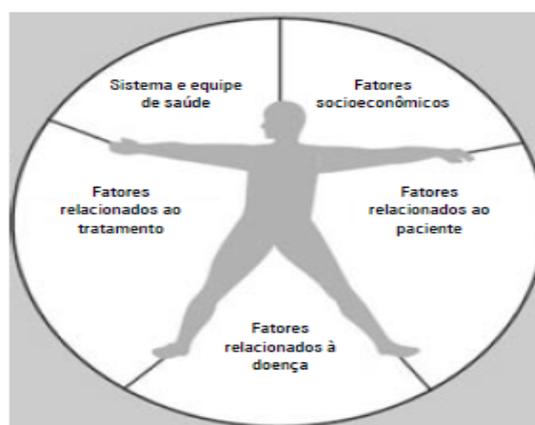
Enquanto o Ministério da Saúde informa taxa de 30% de pacientes controlados, pode se encontrar taxas de variando de 35% (STRELEC; PIERIN e

MION JUNIOR, 2003), 59% (GIROTTI, 2007) até 74% (BORGES e CAETANO, 2005) de hipertensos com níveis pressóricos sob controle em estudos isolados.

A percepção por parte da equipe médica e dos demais membros da equipe de saúde dos fatores de risco que podem diminuir a adesão ao tratamento, permitiria a intervenção precoce com a adoção de medidas alternativas. Os fatores de risco podem ter relação com o paciente, o tratamento, o sistema de saúde e a equipe de saúde, com a doença e com o cuidador (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Contudo, a OMS procurou explicar a adesão como sendo um fenômeno multidimensional levando em conta outros fatores (tais como os relacionados ao tratamento, sistema de saúde, à doença e os fatores socioeconômicos) considerados como dimensões, sendo os fatores relacionados ao paciente apenas um determinante (COELHO; NOBRE, 2006). A figura 1 ilustra bem esta concepção.

FIGURA 1 – AS CINCO DIMENSÕES DA ADESÃO



Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS), 2003 adaptado por COELHO e NOBRE (2006)

O Ministério da Saúde criou por meio da Portaria Conjunta N° 112, de 19 de junho de 2002 o Programa HIPERDIA, que se refere ao Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e *Diabetes Mellitus*, e foram estabelecidas metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. No âmbito da atuação da equipe de saúde nas unidades, as ações são para organizações de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos em que os pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento mensal. A principal

meta das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento (BRASIL, 2002).

4.6. Fatores determinantes à adesão ao tratamento da HAS

De acordo com Gomes; Silva e Santos (2010), muitos fatores são determinantes para o controle dos níveis da PA dos usuários do sistema, entre os principais pode-se destacar: o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação profissional, o tempo de tratamento, o número de medicamentos em uso e a presença de efeitos colaterais. Os autores ressaltaram ainda que a individualidade deve ser sempre levada em consideração, pois o tratamento será eficaz se for considerada as vivências, conhecimentos, crenças e valores do hipertenso, provocando um comportamento muito próprio em relação ao significado de sentir-se doente e de aderir às recomendações estabelecidas como corretas à luz do conhecimento científico.

É importante incluir a análise do sistema de saúde, qualidade do relacionamento com a equipe de saúde e as características do tratamento (PIERIN; STRELEC e MION JUNIOR, 2004; ARAÚJO e GARCIA, 2006).

A adesão ao tratamento é fundamental para o sucesso do controle da HAS. Para se entender a adesão torna-se necessário, conhecer os fatores que levam a não adesão, não só conhecer, mas, principalmente conseguir identifica-los. Os principais fatores de risco que se relacionam ao paciente seriam sexo, idade, raça, escolaridade, estado civil, ocupação, nível socioeconômico. As causas relacionadas à enfermidade que podem influenciar na adesão seriam a cronicidade, a evolução silenciosa da doença de ordem assintomática, o conhecimento sobre a enfermidade, os riscos de complicações, os aspectos culturais e crenças (PIERIN; STRELEC e MION JUNIOR, 2004).

Araújo e Garcia (2006) identificaram os aspectos relacionados ao paciente, ao regime terapêutico e ao sistema de saúde, considerando como atributos para o conceito, a participação ativa no tratamento e a realização de mudanças no estilo de vida. As variáveis sociodemográficas, conhecimento e crenças do paciente sobre a HAS, o apoio familiar e social apresentaram-se como fatores relacionados ao paciente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

A prevalência da HAS em idosos também tem sido verificada em alguns estudos devido a grande incidência nesta população, relacionada aos fatores inerentes ao avanço da idade, que acarreta diminuição fisiológica da elasticidade

dos vasos sanguíneos e que associada ao processo aterosclerótico tem como consequência o aumento da resistência sanguínea periférica (MOLINA, CUNHA, HERKENHOFF e MILL, 2003; OLIVEIRA, 2011). A hipertensão sistólica isolada é a forma mais comum de HAS no idoso, afetando mais de dois terços dos hipertensos com idade acima de 65 anos (CABRAL, 2000; MANO e PIERIN, 2005). Entre os idosos, a adesão é dificultada pelas limitações próprias da idade, pela prescrição de vários medicamentos, comorbidades associadas, da necessidade de cuidadores e da importância da atuação da equipe multidisciplinar (GUSMÃO *et al.*, 2009). No entanto é necessário realçar, que esses mesmos autores encontraram resultados divergentes em estudos que procuraram relacionar idade e adesão ao tratamento.

O conhecimento e as crenças que os hipertensos têm sobre a doença apresentam-se como fatores importantes quando se estuda a adesão ao tratamento, Araujo e Garcia (2006) consideraram que por se caracterizar a HAS como assintomática, idiopática e silenciosa os pacientes não consideram a doença como ameaça ou como problema que necessite de tratamento. O conhecimento e entendimento sobre a doença, por parte do paciente, poderiam estar relacionados à maior independência e cooperação deste, tornando-o elemento ativo e participativo, aumentando a sua consciência sobre a importância do tratamento.

No estudo de Péres; Magna e Viana (2003), os autores relataram que os pacientes avaliaram que o uso de remédios é o recurso mais utilizado na busca da cura da doença e é frequente indicador de fé no saber médico. As frustrações geradas pela diminuição ao fumo, a ingestão do álcool e por dietas restritivas, poderiam explicar a facilidade que o paciente encontra em concentrar o seu esforço apenas no uso de fármacos. Entretanto a baixa disposição ao uso de medicamentos pode estar associada à não aceitação ou insatisfação de se sentir na condição de doente, salientada pela necessidade do tratamento.

Araujo e Garcia (2006) destacaram que a simplificação resultando em diminuição no número de medicamentos utilizados e na redução da frequência das doses, preferencialmente em dose única são pontos positivos que podem facilitar a adesão na abordagem da terapêutica farmacológica. A preferência dos pacientes por dose única de medicamento, com associação a horários coincidentes com atividades rotineiras matinais foi apresentada como ações positivas que reforçam a adesão ao tratamento nos hipertensos. Outro ponto importante refere-se aos progressos na área dos medicamentos, melhorando sua efetividade com diminuição dos efeitos

colaterais. Coelho e Nobre (2006) confirmaram essa constatação ao comentarem a publicação da OMS (SABATE, 2003) que após observar em 58 intervenções distintas, concluíram que a principal medida para melhor adesão ao tratamento da HAS foi a simplificação do esquema terapêutico que levava à redução no uso de medicamentos. A prescrição medicamentosa individualizada acompanhada de um estilo de vida saudável é cada vez mais recomendada. (ARAUJO e GARCIA, 2006; LEITE e VASCONCELOS, 2003).

Gusmão *et al.*, (2009) relataram maior adesão ao tratamento em usuários que nunca sofreram alteração no esquema medicamentoso e com um comprimido por dia, citando trabalho com 353 hipertensos, de Mion Junior *et al.*, (1995) em que foi verificado que 56% preferiam tratamento farmacológico, 84% por via oral, 60% em comprimidos, 81% uma vez ao dia e 65% pela manhã.

O efeito adverso provocado pelo medicamento foi a segunda causa relatada como forma de abandono ao tratamento. No estudo de Andrade *et al.*, (2002) realizado na Bahia, que analisou 401 pacientes hipertensos que estavam sem tratamento anti-hipertensivo há pelo menos 60 dias os autores observaram que alguns medicamentos que poderiam proporcionar menores efeitos adversos, teriam seu uso limitado pelo preço ou pela inexperiência médica em prescrever medicamentos mais recentes.

Segundo Araujo e Garcia (2006) a adesão ao tratamento não farmacológico apresentou os piores níveis, pois os pacientes em uso de medicamentos aderem menos às modificações no estilo de vida por acreditarem na eficácia isolada da droga no controle da HAS. Os mesmos autores também destacaram a importância do acesso aos serviços com a finalidade de analisar o sistema de saúde como um dos aspectos da adesão ao tratamento da HAS considerando que a facilidade de acesso do paciente aos serviços de saúde e a qualidade dos trabalhos desenvolvidos nesses serviços podem atuar como fatores que influenciariam a adesão ao tratamento. Neste mesmo trabalho observou-se que a facilidade de marcação de consulta, a disponibilidade e a distribuição gratuita de medicamentos, bem como a proximidade dos serviços são fatores facilitadores na manutenção do tratamento.

Araujo e Garcia (2006) relatam ainda que há necessidade de uma equipe multidisciplinar ao se considerar a HAS como doença multicausal e multifatorial exigindo diferentes abordagens em uma ação conjunta e integrada. O trabalho

conjunto poderá proporcionar maior número de informações que por sua vez propiciariam a prática de atitudes efetivas no controle da HA. Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, abrangendo 195 pacientes, acompanhados em uma unidade básica, Farias *et al.*, (2011) consideraram que o melhor controle da HAS poderia ser obtido pela atuação de uma equipe com vários profissionais em comparação ao sistema de atendimento tradicional realizado apenas pelo médico.

Outro ponto importante seria ter um sistema organizado de registro e controle de pacientes hipertensos, associado a ações de busca ativa dos pacientes faltosos, por meio de contatos telefônicos, aerograma ou visitas domiciliares, que poderiam gerar no paciente, o sentimento de estar sendo cuidado. No estudo de Guerra-Riccio (2001) os autores observaram que a maior frequência de visitas domiciliares por parte da Equipe de Saúde apresentou melhores resultados no controle dos níveis da PA ao comparar pacientes com visitas quinzenais, cujos encontros ocorriam a cada 90 dias. Como maiores benefícios os autores destacam: a possibilidade de ajustes terapêuticos, correção de possíveis efeitos colaterais, mudança mais efetiva no estilo de vida, com possível redução da ansiedade e estresse.

Araujo e Garcia (2006) consideraram a qualidade do atendimento da equipe de saúde e a satisfação do hipertenso com o atendimento como ponto fundamental na adesão ao tratamento. Os estudos vêm destacando a necessidade de considerar durante o acolhimento os sentimentos de estímulo, esperança, compreensão, respeito às inquietudes, sintomas e limitações do paciente em seu processo de adaptação à doença. Leite e Vasconcelos (2003) ressaltaram a qualidade do vínculo do profissional de saúde com o usuário no estabelecimento da comunicação e relacionamento efetivos visando à melhora da adesão ao tratamento da HAS.

A atuação do médico foi analisada por Coelho; Moyses e Palhares (2005) no que se refere a habilidade em se conseguir um relacionamento efetivo com o paciente, com consequência benéfica no resultado da adesão ao tratamento da HAS. Os autores citaram a existência de estudos sobre a tendência médica de evitar ajustes terapêuticos em pacientes que apresentam níveis pressóricos não controlados e persistentemente altos, destacando também, o pouco tempo dedicado ao fornecimento de informações acerca do uso dos fármacos, o que pode proporcionar uso inadequado, perda da eficácia e aparecimento de efeitos colaterais adversos.

Portanto, o preparo da equipe multiprofissional de saúde tem papel importante

ao se analisar o sistema de saúde como fator de adesão ao tratamento da HAS. No estudo realizado por Silva; Colosimo e Pierin (2010), os autores relataram o conhecimento pouco satisfatório sobre HAS entre os membros da equipe de saúde e que menos da metade dos agentes comunitários de saúde (ACS) relataram fornecer orientações sobre mudanças de estilo de vida, a doença e adesão ao tratamento.

O mesmo foi observado no estudo de Pierin; Strelec e Mion Junior (2004) que destacaram o pouco preparo dos ACS para o desempenho de suas funções, tais como o cadastramento das famílias e atualização permanentemente, identificação de indivíduos e famílias expostas a situações de risco, orientação das famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, realização por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade, desenvolvimento de ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças individuais ou coletivas, muitas vezes fazendo este trabalho com o uso do senso comum e não com o saber.

Outro fato importante foi a constatação de que apenas 40% das etapas do procedimento da medida da PA eram realizadas de maneira adequada por parte da equipe de saúde (ALAVARCE; PIERIN e MION JUNIOR, 2000), e que em apenas 39% das consultas no serviço público de São Paulo, foram efetuadas as medidas da PA. Araújo e Garcia (2006) destacam um estudo italiano realizado por Cuspidi *et al.*, (2002) referente a baixa adesão dos médicos às recomendações das diretrizes na avaliação clínica e laboratorial de pacientes hipertensos.

As ações educativas poderiam contribuir para estimular o usuário hipertenso a adquirir participação ativa, compartilhando a responsabilidade pelo seu tratamento medicamentoso ou não, fazendo uso adequado dos fármacos, mantendo assiduidade aos encontros, controlando os resultados, adotando mudanças no estilo de vida (com alimentação adequada e mantendo um estilo de vida ativo) reduzindo o estresse (ARAUJO e GARCIA, 2006).

Giroto (2007) enfatizou a inclusão de mudanças dos hábitos de vida tais como: modificações na alimentação e realização regular de atividades físicas. Fuchs; Gus e Moreira, (2005) ressaltaram que a prática regular de exercícios físicos e redução do sódio e gordura poderia contribuir de modo decisivo no controle da HAS. Péres; Magna e Viana (2003) relataram, porém, que a adaptação à mudança de estilo de vida com a restrição da ingestão de bebida alcoólica ou de hábito alimentar poderia ocasionar concomitantemente restrição nas atividades de lazer e do prazer o

que poderia acarretar o aparecimento de tristeza e depressão. Araujo e Garcia (2006) ressaltam que a mudança no estilo de vida promove modificações na forma de viver e na própria concepção de saúde do indivíduo, despertando a necessidade do acompanhamento de equipe multiprofissional do hipertenso nessa fase de adaptação ao tratamento.

A urbanização da população, sendo que 80% dos idosos moram em região urbana, foi lembrada por Gravina; Grespan e Borges (2007) como fator importante na gênese do sedentarismo, que associado ao maior consumo de alimentos industrializados ricos em gordura saturada, açúcar e sal contribuem para o aumento da obesidade, da HAS e de outras patologias. Guedes e Lopes (2010) enfatizaram que o sedentarismo é uma condição da atualidade, em que a hipertensão arterial é evidente nesta população. O estudo foi realizado com portadores de hipertensão arterial e o sedentarismo ou a prática insuficiente de exercícios físicos foi de 60%, entre os 310 pacientes avaliados.

As recomendações das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) indicam 30 minutos de atividade física de intensidade moderada de forma contínua ou acumulada realizada pelo mínimo de cinco dias da semana. Malachias *et al.*, (2010) referiram como exercício leve o que mantém até 70% da frequência cardíaca máxima (FCM), o moderado com manutenção entre 70% a 80% da FCM que seria o recomendado para o tratamento da HAS. Os exercícios de resistência devem ser praticados de duas a três vezes por semana com a frequência de uma a três séries de oito a 15 repetições. Os exercícios físicos não devem ser iniciados se os valores pressóricos estiverem superiores a 160mmHg para a pressão arterial sistólica e 105 mmHg para a pressão arterial diastólica.

No estudo realizado com hipertensos em um Hospital Universitário, Cesarino *et al.*, (2008) encontraram relação entre o baixo nível de atividade física e o sobrepeso com o aumento da PA, demonstrando que o excesso de peso predispõe à HA em 20% a 30% dos casos (IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO , 2002).

4.6.1. Família

De acordo com estudos, a família tem grande influencia no controle da PA. Mousinho e Moura (2008) *apud* Gomes; Silva e Santos (2010) relataram as taxas de pacientes casados ou em união estável são maiores que os solteiros e que os cônjuges compareciam juntos as reuniões do programa.

A família também é de fundamental importância para que o tratamento da HAS alcance seus objetivos. Araujo e Garcia (2006) relataram que a HAS pode gerar transformações em toda a família, ao provocar limitações no estilo de vida em todos os elementos do núcleo familiar. As visitas realizadas pelos agentes aos familiares e pacientes em seu próprio ambiente, propiciariam o contato e o desenvolvimento de atividades educativas, não só com o paciente, mas com a família podendo proporcionar maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais. De acordo com o estudo, as pessoas que são compreendidas dentro do seu contexto social são mais aderentes ao tratamento, pois os pacientes percebiam a família como apoio e suporte social. Os membros da família auxiliam o paciente hipertenso a lembrar do horário das medicações, oferecendo também orientações dietéticas e o acompanhamento nas consultas.

Saraiva *et al.*, 2007, reforçam que a presença dos familiares poderia amenizar os efeitos das doenças crônicas como a dependência, a fragilidade e a insegurança. Porém, associada à dedicação e carinho dos familiares, é vital que os mesmos tenham preparo suficiente, bem como condições físicas e socioeconômicas para o desempenho da complexa tarefa a que se propõem.

Em estudo realizado no município de Fortaleza, com a participação de 400 familiares de pacientes hipertensos, Saraiva *et al.*, (2007), observaram predomínio do sexo feminino com idade superior a 50 anos, de baixa renda e escolaridade, com conhecimento reduzido sobre o uso adequado de sal e gordura vegetal. Os familiares, porém, relataram desconhecer as demais medidas associadas ao tratamento e controle da HAS tais como uso de adoçantes dietéticos, ingestão adequada de café, controle do peso corporal, abstenção de álcool e cigarro, predomínio de vegetais e carne branca na alimentação, prática de exercícios físico e controle do estresse. Em relação ao uso de medicamento, o conhecimento limitava-se a droga utilizada, porém desconhecimento sobre a dose diária e efeitos adversos.

Entretanto, o nível socioeconômico não pode ser considerado como fator independente de baixa adesão, porém, o baixo nível sócio econômico, pobreza, analfabetismo, desemprego, falta de rede atuante de suporte social, condições desfavoráveis de moradia, dificuldade de acesso ao local de tratamento, custo de transporte, custo da medicação poderiam ter influência negativa na adesão ao tratamento da HAS (GUSMÃO *et al.*, 2009).

4.6.2. Idade

A idade avançada foi fator positivo para maior adesão ao tratamento. No estudo de Busnello (2001) o aumento de idade foi considerado fator positivo para adesão. No estudo de Araujo e Garcia (2006) os autores observaram que os idosos apresentaram uma redução significativa da PA diastólica. O mesmo foi ressaltado por Chor (1998) que estudou funcionários de um Banco Estatal, relatando que 77,4% dos indivíduos com idade ≥ 45 anos tinham maior adesão ao tratamento quando comparados aos indivíduos mais jovens, em que apenas 17,1%, aderiam ao controle. A menor adesão ao tratamento da HAS por parte de hipertensos com idade inferior a 40 anos de idade também foi observada no estudo de Borges e Caetano (2005).

No entanto, a idade pode ser fator dificultador quanto à aderência a prática de exercícios físicos. O planejamento da prática de atividade física deve ser compatível com a faixa etária considerando as características próprias do idoso tais como: a diminuição da capacidade aeróbica, alteração do relaxamento diastólico, complacência pulmonar diminuída, diminuição da massa corporal e da força muscular, instabilidade músculo esquelética, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para caminhar e o próprio desconhecimento da importância da prática regular de exercícios físicos (GRAVINA; GRESPAN e BORGES, 2007).

A realidade do envelhecimento foi abordada por Chaimowicz *et al.*, (2009) ao analisar o aumento global dos idosos, a transição demográfica e baixas taxas de mortalidade e fecundidade, que tem provocado redução do tamanho da população jovem. A consequência dessa transição é que o Brasil deverá em apenas 25 anos (entre 2011 e 2036) transformar-se de um país considerado jovem (até 7% de idosos) para um país envelhecido (mais de 14% de idosos). As mudanças da proporção de adulto/idoso, que em 1950 era de 19 adultos para cada idoso e que em 2050 será de três adultos para cada idoso, poderá trazer influência na questão do papel do cuidador (CHAIMOWICZ *et al.*, 2009).

4.6.3. Escolaridade

O fato do paciente com nível superior realizar o tratamento anti-hipertensivo com frequência seis vezes maior que o não universitário pode significar uma influência positiva da escolaridade sobre a efetividade no controle da HAS segundo Araújo e Garcia (2006), que observaram também maior aderência ao tratamento não medicamentoso nos pacientes de maior escolaridade. Segundo Freitas *et al.*, (2001) a menor escolaridade seria fator dificultador para compreender orientações sobre prevenção de doenças, implicando em menor adesão. Essa possibilidade foi reforçada por Zaitune *et al.*, (2011) que consideraram haver coincidência entre menor escolaridade com menor compreensão e reconhecimento de medidas auxiliadoras no controle da PA. O fato da não aderência ao tratamento ser mais provável em hipertensos que possuem menor escolaridade, deve ser encarado como preocupante, pois segundo estudo de Cesarino *et al.*, (2008) a incidência de HAS em pacientes de menor escolaridade foi maior.

A influência da escolaridade do paciente sobre a adesão ao tratamento foi verificada por Busnello *et al.*, (2001) em estudo abrangendo 945 pacientes hipertensos quando um dos fatores que dificultaram a aderência foi a baixa escolaridade. Fato verificado também por Giroto (2007) que avaliou 385 hipertensos atendidos em uma unidade de Saúde da Família, encontrando maior adesão à atividade física em usuários com maior escolaridade.

Em estudo de observação transversal, envolvendo 401 hipertensos na Bahia, Andrade *et al.*, (2002), analisou os motivos que contribuíram à não adesão ao tratamento verificaram que a desinformação gerou a maior causa de abandono do tratamento da HAS. Enquanto em estudo de natureza epidemiológico, descritivo e longitudinal abrangendo 226 pacientes, Borges e Caetano (2005) referiram que as causas maiores do abandono foram relacionadas à falta de conhecimento sobre a doença, a cronicidade e a ausência de sintomas. Péres; Magna e Viana (2003) consideraram a possibilidade da interferência dos aspectos psicossociais e crenças no conhecimento que o paciente possa ter sobre a sua doença e nas práticas de saúde por ele adotadas. Em seu trabalho, os autores constataram que 41% não souberam definir o que era hipertensão arterial, 39% consideraram o derrame e infarto como consequências e como dificultador no controle de pressão alta e o fator

emocional foram o mais relatado (STRELEC; PIERIN E MION JUNIOR, 2003).

Porém, no estudo em que avaliou 130 hipertensos com abordagem descritiva e quantitativa, em que 35% destes estavam controlados quanto aos níveis pressóricos, observou que o conhecimento considerado satisfatório sobre a HAS apresentou fraca associação com a pressão controlada. Pierin *et al.*,(2001) consideraram que apenas deter o conhecimento sobre a doença não implica em maior adesão, por esta ser multicausal e incluir fatores emocionais dentre outros de ordem prática.

O conhecimento das consequências negativas da elevação da pressão arterial propiciando eventos cardiovasculares pode contribuir para aumentar a adesão ao tratamento (COELHO; MOYSES e PALHARES, 2005), bem como o conhecimento do paciente sobre a ocorrência de complicações oriundas da HAS em familiares pode constituir em fator agregador à adesão do tratamento (ARAUJO e GARCIA, 2006).

A importância dos grupos educativos na mudança de estilo de vida e incentivo à adesão ao tratamento da HAS foi realçada por Oliveira (2011) pela possibilidade de facilitar o acesso e o entendimento das informações que contribuiriam para a prevenção e promoção da saúde. Segundo Mano e Pierin (2005), a ESF atuando junto à comunidade, pode, através dos grupos educativos, contribuir para a evolução deste processo.

O comparecimento frequente à unidade básica de saúde (UBS) leva a melhor monitorização dos níveis pressóricos, maior possibilidade de receber informações sobre a doença, podendo trazer maior motivação individual, o que, por sua vez, levaria a um aumento na adesão ao tratamento da HAS. O automonitoramento deve ser estimulado e pode aumentar a motivação do paciente ao propiciar a autorresponsabilidade, acarretando melhora no controle da pressão arterial e maior participação ativa do paciente no tratamento. (ARAUJO e GARCIA, 2006). A assiduidade às consultas médicas pode contribuir para a adesão ao tratamento medicamentoso e ao não medicamentoso e maior taxa de controle (COELHO *et al.*, 2005).

A realização de no mínimo uma consulta ao ano e medida arterial mensal mostrou melhor associação na adesão à atividade física e modificações na dieta de hipertensos estudados por Giroto (2007). Entretanto a relação do comparecimento às consultas com melhor controle da PA não recebeu confirmação no trabalho

desenvolvido por Strelec; Pierin e Mion Junior, 2003.

4.6.4. Sexo e Raça

A adesão ao tratamento pelas mulheres é superior a dos homens. Araújo e Garcia (2006) mostraram que enquanto 83% das mulheres seguiam a dieta hipossódica, apenas 17% dos homens haviam aderido a essa recomendação. No entanto no estudo de Girotto (2007) os autores encontraram que dos 385 pacientes hipertensos, a taxa de adesão ao tratamento foi de 59%, verificando-se maior adesão à atividade física em homem, enquanto as mulheres apresentaram maior aderência a modificações na dieta.

Brito e Santos (2010) observaram desigualdades quando ao acesso dos homens aos serviços de saúde quando comparado com as mulheres. Um dos fatores poderia ser a maior necessidade de ações preventivas e de controle para as mulheres durante as consultas ginecológicas.

A maior frequência com que as mulheres comparecem aos serviços de saúde motivados pela maior tendência ao autocuidado e pela maior percepção em relação às doenças possibilita diagnóstico mais precoce da HAS bem como o maior controle de seu tratamento (ZAITUNE *et al.*, 2001 *apud* OLIVEIRA *et al.*, 2011). Em estudo realizado na cidade de São José do Rio Preto, foram entrevistados 204 pacientes hipertensos, destes 56,8% eram do sexo feminino e 43,13% do sexo masculino (CESARINO *et al.*, 2008). Borges e Caetano (2005) estudaram 226 hipertensos e constataram que apenas 25,7% aderiam ao tratamento, independente do sexo. Os autores observaram o predomínio do sexo feminino em relação ao masculino (68,1% e 31,9% respectivamente) mostrando maior incidência de HAS no sexo feminino.

Em relação à raça a adesão ao tratamento da HAS parece ser maior na raça branca. Gusmão *et al.*, (2009) referindo-se ao trabalho de Lessa e Fonseca (1997) constataram adesão de 19,7% em negros, 33% em pardos e de 53,6% em brancos. Esses mesmos autores relatam que o desconhecimento sobre a doença e o tratamento foi maior entre jovens não brancos.

4.6.5. Dieta

As dietas hipossódicas e hipocalóricas podem melhorar temporariamente a PA, podendo permitir uso de quantidades menores de medicamentos em idosos hipertensos, porém são mais difíceis de serem mantidas em longo prazo. A ingestão excessiva de sal é um dos fatores ambientais consideráveis no desencadeamento da HAS, sendo a adição de sal na conservação e preparo dos alimentos, um fator importante para a elevação da PA, durante a vida da população. Pela dificuldade de adesão em longo prazo à dieta hipossódica e ao fato do sódio ser adicionado em grandes quantidades a diversos alimentos ainda na fase industrial, o efeito da restrição do sal tem se mostrado pouco satisfatório nas investigações baseadas em estudos clínicos randomizados. Para Fuchs, (2001), parece ser seguro indicar restrição calórica de sódio e a prática de exercícios físicos como medidas não farmacológicas no tratamento da HAS.

Malachias *et al.*, (2010) analisando o efeito da ingestão excessiva de sal em relação à HAS mostraram incidência cinco vezes maior de HAS em normotensos com alta sensibilidade à ingestão de sal em relação àqueles com baixa sensibilidade, em um prazo de 15 anos. Essa sensibilidade à quantidade de sal ingerida estaria associada ao peso ao nascer em relação inversamente proporcional, podendo estar relacionada com o ritmo de filtração glomerular e a HAS apresentada na vida adulta.

A relação entre ingestão de álcool e alterações de PA seria de dose dependência segundo Malachias *et al.*, (2010), uma quantidade de álcool maior está associada ao aumento da PA e com conseqüente morbi-mortalidade cardiovascular. Segundo Gravina, Grespan e Borges (2007) a ingestão de álcool deve ser moderada, sendo contraindicada nos portadores de dislipidemia e diabetes, aceitando-se a média diária de 720 mL de cerveja ou 300 mL de vinho ou 60 mL de uísque, podendo ser simplificada para o consumo de um a dois drinques por dia respectivamente para mulheres e homens.

Mano e Pierin (2005) descreveram que o álcool poderia atenuar a ação do medicamento hipotensor e teria seu efeito revertido sobre a PA apenas duas semanas após a redução do hábito de beber.

Já uma dieta rica em frutas, vegetais, fibras e pobre em gordura saturada,

colesterol e calorias e leite com baixo teor de gordura poderia beneficiar o tratamento da HAS. (GRAVINA, GRESPAN e BORGES, 2007). A aderência a este tipo de dieta pode reduzir em até 14% o desenvolvimento de hipertensão, pelo alto consumo de potássio, magnésio e cálcio (SBH, 2010).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho representou o início de uma investigação, que procurou conhecer e refletir sobre o papel da equipe multiprofissional da equipe de saúde da família em que atuou.

A pesquisa teve o intuito não só enriquecer o arsenal de ferramentas que possui a equipe de saúde, mas também reformular as ações, buscando praticar o que sabe, de fazer melhor o que já pratica e o que conhece, para conseguir com sucesso um serviço organizado.

Por outro lado, não só reconhecer que o usuário não é apenas um hipertenso, um indivíduo isolado pronto para receber e assimilar automaticamente o que supostamente achamos o que é o correto, mas sim entender que o mesmo está inserido em um contexto sócio cultural e que possui suas particularidades. É importante refletir sobre as influências de suas crenças, costumes e percepções não apenas a respeito da doença, do profissional de saúde que o atende e do medicamento que o mesmo usa e que passa a fazer parte de seu cotidiano. A equipe será importante na construção de novos saberes para que possa ajudar o paciente a melhorar seus hábitos de vida afim de que o mesmo possa aderir melhor ao tratamento.

A revisão da literatura forneceu subsídios para concluir que a adesão ou o controle da HAS é multifatorial e bastante complexo, por isso necessitando do esforço conjunto e harmônico dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional que atende estes pacientes. Todos os profissionais envolvidos devem se preocupar com a prática de ações educativas, procurando cada vez mais se aperfeiçoarem e acompanharem as diretrizes que norteiam a abordagem da HAS. Os profissionais devem em conjunto, buscar alternativas para aumentar a adesão do paciente, tornando-o participante ativo no processo terapêutico.

Ficou também evidenciado o papel fundamental da família e do cuidador como figuras importantes no processo de adesão ao tratamento da HAS, embora seja preocupante a idade avançada dos cuidadores que reflete na sua capacidade funcional e no pouco conhecimento sobre a doença e tratamento.

A evolução silenciosa, idiopática e assintomática da HAS é responsável pelo abandono do tratamento e deve ser detalhe a ser lembrado pela equipe de saúde e

pelo usuário hipertenso ou não, minimizando esse malefício pela adoção de uma medida tão simples quanto eficiente se realizada de acordo com as normas preconizadas: medir a pressão arterial de maneira rotineira em todas as consultas. A prática de ações terapêuticas não medicamentosas deve ser constantemente incentivada apesar das dificuldades encontradas, a fim de proporcionar ao hipertenso melhor qualidade de vida e saúde evitando assim doenças cardiovasculares.

Espera-se que o presente estudo contribua de alguma forma nesse novo cenário que se enquadra o tratamento da hipertensão arterial na atenção básica pelas equipes de saúde da família. Espera-se que os profissionais de saúde ampliem suas percepções sobre a doença e coloquem em prática ações que podem ser implantadas a partir desses resultados. Ao mesmo tempo acredita-se também que este estudo venha subsidiar outros estudos sobre essa nova perspectiva, estimulando novas investigações e alicerçando a construção de estratégias e ações, visando à qualificação dos profissionais de saúde frente aos cuidados que os pacientes exigem.

Acreditamos também que o conteúdo deste trabalho possa ser utilizado nas atividades de educação permanente das equipes de saúde da família do município onde atuou.

Finalmente, temos certeza que este trabalho atingiu o seu objetivo maior que era o de fornecer maiores subsídios para a prática de uma assistência holística ao usuário acarretando práticas que objetivarão de maneira organizada o melhor controle da adesão ao tratamento da HAS e como consequência benéfica, a diminuição das complicações, com destaque para os eventos cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

ACSM - American College of Sports Medicine. **Manual de Pesquisa das Diretrizes do ACSM para os testes de esforço e sua prescrição**. 4 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan 704p.

ALAVARCE, D. C.; PIERIN, A. M. G.; MION JR., D. A pressão arterial está sendo medida? **Rev. Esc. Enf. USP**. v. 34, n.1, p.84–90, 2000.

ANDRADE *et al.* Aspectos Epidemiológicos da Aderência ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica. **Arq Bras Cardiol** 2002; 79: 375 9.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 02, p. 259 - 272 2006. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista8_2/v8n2a11htm. Acesso em Janeiro de 2013

BALDISSEIA V. D. A.; CARVALHO M. D. B.; PELLOSO S. M. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.** 30(1): 27-32. 2009;

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo**. Rev Bras Hipertens vol.13(1): 35-38, 2006.

BORGES, P. C. S.; CAETANO, J. C. Abandono do tratamento da hipertensão arterial sistêmica dos pacientes cadastrados no Hiperdia/MS em uma unidade de saúde do município de Florianópolis - SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina** Vol. 34, no. 3, de 2005

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus*. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRITO R., SANTOS, D. Homens e ações preventivas em saúde: revisão sistemática de literatura.. **UFPE Online [JNUOL]/Revista de Enfermagem UFPE On Line [REUOL] (DOI: 10.5205/01012007)**, América do Norte, 4, mai. 2010. Disponível em: http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1054/pdf_95. Acesso em: Março de 2013

BUSNELLO *et al.* Características Associadas ao Abandono do Acompanhamento de Pacientes Hipertensos Atendidos em um Ambulatório de Referência. **Arq Bras Cardiol**, volume 76 (nº 5), 349-51, 2001.

CABRAL, A. H. **Caracterização dos hipertensos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Sorocaba**. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2000.

MPOS, F. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações de saúde. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CESARINO C. B. *et al.* Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Cardiol**, 91 (1); 31-35. 2008;

CHAIMOWICZ, F. **Saúde do Idoso**. NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte. Coopmed, 172p. p.16-26. 2009.

CHOR, D. Hipertensão arterial entre funcionários de banco estatal no Rio de Janeiro. Hábitos de vida e tratamento. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.71, n.5, p.100–119, 1998.

COELHO E. B.; MOYSES, N. M.; PALHARES R. *et al.* Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq Bras Cardiol** 85(3): 157-61 2005;

COELHO, E. B.; NOBRE, .F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 51-54, 2006.

CUSPIDI, C.; MICHEV, I.; LONATI, L.; *et al.* Compliance to hypertension guidelines in clinical practice: a multicentre pilot study in Italy. **J Hum Hypertension** 16(10): 699-703 2002;

IV DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2002. Disponível em: [http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/Capitulo 01.](http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/Capitulo%2001) (Pdf)

FARIAS, L. F. *et al.* Relação entre controle e tratamento medicamentoso de pacientes atendidos pelo programa de hipertensão arterial em uma unidade primária do Rio de Janeiro. **Rev APS**, 14 (4): 447-453 out/dez 2011.

FREITAS, O. C. *et al.* Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brazil. **Arq Bras Cardiol**. v. 77, n.1, p.16–21, 2001.

FUCHS, F. D. *TOHP, TONE* e outros estudos envolvendo restrição salina, tratamento da obesidade e exercício físico na prevenção e no tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** vol 8(2): abril/junho de 2001

FUCHS, F. D.; GUS, M. G.; MOREIRA, L. B. Hipertensão arterial sistêmica: estudos terapêuticos. **Rev HCPA & Fac. Med. Univ. Fed. Rio Gd. do Sul**, Porto Alegre, v.25, n.3, p.46-51, dez. 2005.

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento antihipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**. Londrina, PR, 2007. Disponível em://[http://bibliotecadigital.uel.br/document/? Code=vtls 000129935](http://bibliotecadigital.uel.br/document/?Code=vtls000129935)

GOMES T. J. O; SILVA M. V. R; SANTOS A. A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertensão** vol.17(3): 132-139 2010.

GRAVINA C. F.; GRESPAN S. M.; BORGES J. L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso **Rev Bras Hipertens** vol.14(1): 33-36, 2007.

GUEDES, N. G.; LOPES, M. V. O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: uma análise conceitual. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS) 2010 jun;31(2):367-74.

GUERRA-RICCIO, G. M. **Adesão do paciente hipertenso ao tratamento: influência da frequência do atendimento.** São Paulo, 2001, 122 p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

GUSMÃO, J. L.; MION JR, D.; Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens** vol. 13 (1): 23-25, 2006.

GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** vol 16(1): 38-43, 2009.

KRINSKI K. ; ELSANGEDY H. M; GORLA J. I; CALEGARI, D. R. Efeitos do exercício físico em indivíduos portadores de diabetes e hipertensão arterial sistêmica. **Rev Digital** [Internet]. 2006 [citado 2008 jul 10];10(93). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd93/diabetes.htm>

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

LESSA, I; FONSECA, J. Raça e aderência ao tratamento e/ou tratamento da hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol.** 68: 443-9, 1997.

LOPES, N.; ZANINI, A.C.; CASELLA-FILHO, A.; CHAGAS, A. C. P. Metabolic syndrome patient compliance with drug treatment. **Clinics USP.** (Impresso), v. 63, p. 573-580, 2008.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **J. Bras. Nefrol** vol 32 supl. 1 São Paulo, Sept. 2010.

MALTA, D. C *et al.* **Doenças crônicas não transmissíveis : Mortalidade e fatores de risco no Brasil.** 1990 a 2006 in Saude Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pag. 337 – 362.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev Bras Med Fam Com.** 2(7): 165-76 2006.

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 Paul Enferm.** 18(3): 269-75. 2005;

MILSTEIN-MOSCATI I; PERSANO, S & CASTRO LL (org). Aspectos metodológicos

e comportamentais da adesão à terapêutica. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. Editora AG [s. 1], 2000.

MINAYO M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. 6 ed. São Paulo (SP): Hucitec: Abrasco;2008

MION JR. *et al.* Conhecimento, preferências e perfil dos hipertensos quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico. **J. Bras. Nefrol**, v.17, n.4, p.229–236, 1995.

MION JR, D; SILVA G. V; ORTEGA K. C; NOBRE F. A importância da medicação antihipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens** vol 13(1): 55-58, 2006.

MOLINA, M. C. B.; CUNHA, R. S; HERKENHOFF, L. F.; MILL, J. G. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública**. 37(6):743-50.), 2003;

MORISKY, D. E.; GREEN, L. W & LEVINE, D. M. Concurrent and predictive validity of self reported measure of medication adherence. **Medical Care** 24:67 – 74, 1986.

MOUSINHO P. L. M.; MOURA M. E. S. Hipertensão arterial: fatores relacionados à adesão do cliente com hipertensão ao tratamento medicamentoso. **Saúde Coletiva**. 5(25): 212-8, 2008.

OLIVEIRA, E. A. F.; *et al.* Significado dos Grupos Educativos de Hipertensão Arterial na Perspectiva do Usuário de uma Unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev APS** 14 (3): 319 – 326 2011 jul/set;

PÉRES, D. S; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas **Rev Saúde Pública** 2003: 37 (5): 635-42635.

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 161 p 2011.

PIERIN, A. M. G.; MION, JR D.; FUKUSHIMA, J. T.; PINTO, A.; KAMINAGA, M. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. **Rev Esc Enferm USP**35(1): 11-8, 2001;

PIERIN, A. M. G.; STRELEC M. A. A. M; MION, JR. D. **O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento**. In: PIERIN AMG. Hipertensão arterial uma proposta para o cuidar. São Paulo Manole; 2004. P.275-289

PIERIN *et al.* Variáveis que influenciam a hipertensão complicada. **Arq Bras Cardiol**, 2010; **95(5): 648-654**.

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev Bras Hipertens** vol 10(3): julho/setembro de 2003

ROCHA, J. C. Prefácio In: NOBRE, F., PIERIN, A. M. G., MION, J. D. **Adesão ao**

tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos Editorial; 2001.

ROSARIO, T. M.; SCALA, L. C. N. S.; FRANÇA, G. V. A.; PEREIRA, M. R. G.; JARDIM, PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. **Arq Bras Card**, 93(6): 672-678 2009.

SABATE, E. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Geneva, Switzerland: **World Health Organization**, 2003.

SARAIVA; KROSANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P; LIMA, H. P.; SENA, V. L. O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 16(1): 63-70, 2007 Jan-Mar.

SILVA, S. S. B. E.; COLOSIMO, F. C.; PIERIN, A. M. G. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP** 44 (2): 488 – 96 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol** 95 (1 supl. 1) : 1 – 51, 2010.

STRELEC, M. A. A. M.; PIERIN, A. M. G.; MION, JR. D. A influência do Conhecimento sobre a doença e a atitude frente a tomada de remédios no controle da hipertensão arterial **Arq Bras Cardiol** 81: 343 8, 2003.

WHO. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases a vital investment. Geneva: WHO, 2005.

WOODS, S.; SIJARAM, E.; MOTZER, S.; **Enfermagem em Cardiologia**. Barueri: Manole, 2005.

ZAITUNE, M. P. A., BARROS, M. B. A., CESAR, C. L. G., CARANDINA, L, GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, **Rev APS**. 14(3) 319-326, 2011 jul/set.