

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

**IVANA MARIA ONOFRI PEREIRA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA  
GABRIEL PASSOS**

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

**2014**

**IVANA MARIA ONOFRI PEREIRA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA  
GABRIEL PASSOS**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Nazaré Pellizzetti Szymaniak

**TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS**

**2014**

**IVANA MARIA ONOFRI PEREIRA**

**ADESÃO AO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA VILA  
GABRIEL PASSOS**

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Nazaré Pellizzetti Szymaniak

Prof. Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Teófilo Otoni, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A Deus, que nos criou e foi criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter dado tamanho força e resiliência em todo o processo de formação.

Agradeço a minha família por ter me apoiado em todos os momentos, mesmo nos ausentes onde estava dedicando a minha formação.

Agradeço ainda minha orientadora, por ter me guiado neste pequeno espaço de tempo, na construção do presente trabalho científico.

E a todos que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação. Meu muito obrigada.

*“Pois a verdadeira doença não é estar doente, mas na cura, possuir remédios que ainda pertencem à doença”.*

*(LAPOUJADE, 2002, p. 85)*

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica 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, além de custos elevados. A adesão ao tratamento, medicamentoso ou não, da Hipertensão Arterial Sistêmica é motivo de preocupação de profissionais que atuam na Atenção Primária, devido ao seu baixo índice, comprometendo o sucesso no controle da Pressão Arterial e possibilitando o aparecimento de lesões em órgãos alvos e comprometimento da capacidade funcional dos pacientes. O objetivo do presente estudo é criar uma proposta de intervenção para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica junto à equipe da ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque–MG. Quanto ao método classifica-se em pesquisa de abordagem qualitativa e exploratória. Conclui-se que as prováveis causas da falta de adesão 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 Hipertensão Arterial Sistêmica foram participação ativa do paciente ao tratamento, mudanças no estilo de vida, simplificação do esquema terapêutico, ações educativas e efetivo relacionamento médico paciente e da equipe multidisciplinar.

**Descritores:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Adesão, Tratamento.

## **ABSTRACT**

The systemic arterial hypertension is considered a public health problem that is closely related with fatal cardiovascular events, reduction in quality of life of the important portion of the population, and high costs. The low rate in adherence to the drug or treatment of hypertension is of concern to professionals working in primary care, jeopardizing the success in controlling of the systemic arterial hypertension allowing the appearance of target-organ injury and impaired functional capacity of patients, while providing the health team frustration and increased demand in services. The nature of the method is basic research, qualitative approach and exploratory. It is concluded that the likely causes of the low rate in adherence were related to the patient, the disease, the treatment, the health system and the health care team. The possible factors that could improve the control of the systemic arterial hypertension were active participation of the patient to treatment, changes in lifestyle, simplification of the treatment regimen, educational and effective medical patient relationship and multidisciplinary team.

**Keywords:** systemic arterial hypertension, adherence, treatment .

.



## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>ESF</b>	Estratégia de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>PA</b>	Pressão Arterial
<b>PAD</b>	Pressão Arterial Diastólica
<b>PAS</b>	Pressão Arterial Sistólica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 Histórico .....	11
1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica .....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	15
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	16
3.1 Objetivo geral .....	16
3.2 Objetivos específicos .....	16
<b>4 MÉTODO</b> .....	17
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica .....	19
5.1.1 <i>Fatores de Risco para Hipertensão Arterial Sistêmica</i> .....	20
5.1.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	20
5.1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	21
5.2 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica .....	23
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	28
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	30
<b>8 REFERÊNCIAS</b> .....	32

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Histórico

A região que compreendia o município de Nanuque, desde o descobrimento do Brasil, atraía a atenção portuguesa, embora a presença dos índios Botocudos (incluindo os Nak-Nucks, Giporocs, Pataxós, Machacalis, Potés) entre outros, impedissem a exploração adequada do local. O Sr. Teófilo Benedito Otoni teve uma ideia em relação àquela região inóspita, habitada pelos agressivos Botocudos, tendo submetido o plano de sua Cia. de Comércio e Navegação do Rio Mucuri à consideração do Governo Imperial, que assinou parecer em 31 de março de 1874 (IBGE, 1986).

Desse modo, o Sr. Otoni deixou o Rio Mucuri em 4 de setembro do mesmo ano, a bordo do Princesa Imperial e chegou à Vila de São José do Porto Alegre (atualmente Mucuri-BA) e depois prosseguiu até as proximidades de Santa Clara. A inavegabilidade do Mucuri, a partir de Santa Clara não o desanimaria, e sua Cia. de Navegação efetivada pelo Decreto nº 802 de 12/07/1851, passaria a construir estradas. Depois da Cia. de Comércio e Navegação do Mucuri, sob-responsabilidade de Teófilo Otoni, outro empreendimento, tendo à frente o engenheiro Miguel de Teive e Argolo, seria propulso-civilizador do Mucuri. Em 25/10/1878, a Lei mineira nº 2.775 e a baiana de nº 1.946, de 28/08/1879, davam origem à Estrada de Ferro Bahia-Minas, que tiveram as obras iniciadas em 25 de janeiro de 1881, tendo em 9 de novembro do mesmo ano quase 143 km em tráfego de estrada construída (IBGE, 1986).

A região ficou conhecida como Sete de Setembro, devido a um córrego com este nome, que desembocava no rio Mucuri, na fazenda Cachoeira, de propriedade de Antônio Barroso, no km 170 da Estrada de Ferro Bahia-Minas, onde as locomotivas passavam, quando em trânsito, para se abastecerem de água e lenha, exatamente no pontilhão. O serviço era feito com o uso de baldes, pois não havia redes para o abastecimento (IBGE, 1986).

Em 1920 introduziu-se uma grande serraria automática, sob a administração de Trajano de Medeiros e Cia. quando se construiu um ramal rodoviário que saía de Chapadinha, atravessava uma ponte, que prosseguia margeando o rio. Seis anos depois, uma enchente levaria a ponte da Estrada de Ferro de Trajano, passando a travessia a ser feita por um cabo de aço, ligado às duas torres nas margens do rio (IBGE, 1986).

Pela divisão administrativa efetivada em 3 de setembro de 1923, o Distrito de Aimorés teve seu nome modificado para Indiana. Pela Lei nº 148, de 17/12/1938, o Distrito de Urucu passa a município, com o nome de Carlos Chagas englobando o Distrito de Indiana, cuja sede se transferiu de Aimorés para Presidente Bueno, que passa a adotar o nome de Vila Indiana, devido ao seu grande desenvolvimento (IBGE, 1986).

Pelo Decreto-Lei Estadual nº 1.058 de 31/12/1943, Indiana teve seu nome alterado para Distrito de Nanuque, cujo nome significa bugre de cabelos lisos e negros. Em 27/12/1948, pelo artigo 3º da Lei nº 336, o distrito de Nanuque é elevado à categoria de município, instalado em 1º de Janeiro de 1949 pelo Sr. Arlindo de Almeida Castro, juiz de paz, no exercício do cargo de Juiz de Direito da Comarca de Carlos Chagas. O Dr. Oduvaldo dos Santos Pinto, intendente, deu posse ao primeiro prefeito a 2 de Abril do mesmo ano, o Sr. Franz Schapper (IBGE, 1986).

O município de Nanuque possuía dois distritos, o sede e o de Serra dos Aimorés, que em 30/12/1962 alcançou autonomia municipal pela Lei nº 2.764, sendo instalado a 1º de Maio de 1963. Houve retificação de Divisas do Município de Nanuque, comprovando-se que o Distrito de Vila Pereira, pela Lei nº 663, de 25 de Novembro de 1953, que pertencia ao município de Nanuque e não ao município de Carlos Chagas (IBGE, 2010).

Nanuque conta com o Distrito-sede, o de Vila Pereira e com o povoado de Gabriel Rezende Passos criado pela Lei Municipal nº 273, de 18/12/1963, e assim denominado pela Lei Municipal nº 315 de 2 de Julho de 1965 (IBGE, 2010).

Economicamente conta com comércio, prestação de serviços e indústrias (frigorífico e usina de álcool anidro e fábrica de açúcar). Na agropecuária, o município se destaca pela criação de gado bovino de corte e de leite (IBGE, 2010).

A Vila Gabriel Passos pertence à região administrativa do município de Nanuque-MG, e foi fundado em 1965, a partir da necessidade de se buscar um lugar que oferecesse mais conforto e civilidade à população rural de Córrego do 37, rio Pampam e proximidades. O Distrito parece distante de projetos de urbanização e infraestrutura talvez por estar localizado a 50 km da sede do município (IBGE, 2010).

No intuito de se realizar um projeto de intervenção que contribua para melhor qualidade da saúde da população de Vila Gabriel Passos, foram observados vários problemas na comunidade, como escassez de recursos financeiros, déficit da rede de esgoto, de segurança, alto índice de pessoas portadoras de sofrimento mental, indícios de uso excessivo de medicações psicotrópicas, alto índice de cárie dentária, e ainda poucas de opções de lazer e risco de doenças cardiovasculares aumentados, dentre outros.

O serviço de saúde da comunidade é realizado por meio de uma ESF que funciona em horário comercial. Todavia, há disponibilidade de uma ambulância 24 horas, para o transporte até a cidade nos casos de urgência e emergência. A comunidade conta com uma creche, escola e igreja, luz elétrica. Não existe tratamento da água e nem da rede de esgoto. Há disponibilidade, também, de sinal de telefonia fixa e móvel.

## **1.2 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de PA, associada frequentemente às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e metabólicas (como diabetes, dislipidemia), com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares, fatais e não fatais, de acordo com os dados da VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE

CARDIOLOGIA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO E SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (2010).

HAS tornou-se problema de saúde pública pelo grande impacto econômico, pelo ônus que acarreta ao sistema de saúde e social e pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos, a prevenção de alterações irreversíveis no organismo provocadas pela doença, passa pelo controle de forma continuada da HAS, , exigindo ações nos níveis individual e coletivo (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Estudos clínicos tem demonstrado que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. Em 2009, no estudo com 14.783 indivíduos que apresentaram valores de PA acima de 140 x 90 mmHg, para pressão arterial sistólica e diastólica respectivamente, os autores constataram que apenas 19,6% realizavam controle da PA (VI DIRETRIZES, 2010).

Silva (2015) demonstrou que a reconfiguração da medida de PA no consultório utilizando a técnica de medidas sucessivas pode melhorar a qualidade da tomada de decisão em hipertensão.

As possíveis causas da HAS primária podem ser sintetizadas em alterações dos sistemas nervoso autônomo, renina-angiotensina-aldosterona, nas variações genéticas da reabsorção de sódio renal e na resistência à insulina (WOODS, *et al.*, 2005). Para análise da Resistência Insulínica Soares *et al.* (2014) utilizaram o método de Homeostasis Model Assessment-HOMA, considerado o Padrão-Ouro para a detecção de Resistência Insulínica.

## 2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se o presente estudo devido à alta prevalência de casos de HAS na ESF Vila Gabriel Passos, onde atuo como médica. Após o diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF no ano de 2014, levantamento efetuado a partir da realização do módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pudemos constatar que a maioria dos pacientes hipertensos não tomam a medicação corretamente, esquecendo-se dos horários e dosagens feitas para o controle da doença. Assim aumentando a demanda de consultas urgentes causados pelo aumento da Pressão Arterial.

Para o controle da HAS, além do uso de medicamentos de forma correta, precisa-se aliar ao controle do peso, atividade física regular, mudança de hábitos e dieta saudável.

Dessa forma salienta-se a importância do atendimento médico nesse momento, pois os quadros poderão ser revertidos ou diminuídos as sequelas que podem apresentar os pacientes, levando a um tratamento medicamentoso adequado com resolutividade e eficácia, causando um prognóstico bom ou melhorado para esses pacientes que podem ter o quadro revertido evitando possíveis sequelas ou o óbito.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Criar proposta de intervenção para o controle da HAS junto à equipe da ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque-MG.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Realizar diagnóstico situacional para compor dados e registros sobre os portadores de HAS da equipe da ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque-MG.

Identificar dados, através da literatura, acerca da HAS para capacitar a equipe da ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque-MG.

Ministrar palestras educativas e de sensibilização e questionar o aceite da população para a implementação da proposta de intervenção da equipe na ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque-MG.

Planejar, orientar, supervisionar e avaliar as ações de intervenção da equipe na ESF de Vila Pereira, no município de Nanuque-MG.



## 4 MÉTODO

O presente estudo é composto por revisão bibliográfica narrativa, uma vez que oferece flexibilidade de busca do material a ser analisado, além de ser realizado através de um Planejamento Estratégico Situacional na unidade de saúde da Vila Gabriel Passos. Este foi coletado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como nos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre outros.

A revisão bibliográfica narrativa busca descrever seu contexto através da ampla busca na publicação de um assunto específico, em livros e/ou revistas de cunho científico. Essa categoria de pesquisa é fundamental para o exercício da educação continuada, visto que permite o leitor atualizar os conhecimentos de um tema (MINAYO, 2008)

Para a intervenção, sugerimos modelos de acompanhamento aos usuários por meio de consultas individuais e coletivas, que busquem fortalecer atitudes saudáveis e/ou a oferta de alternativas esportivo-culturais. Modelos voltados para as condições e práticas instrucionais que visam à sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores do processo. Vale salientar que o principal critério para escolher o modelo de ação adequado a cada circunstância e contexto é reconhecer e respeitar as características e as necessidades da comunidade.

O levantamento de dados do presente estudo se deu no período de março a julho de 2014, onde foram selecionados 56 artigos que correspondiam à busca. Contudo, eliminamos 16 que não atenderam as nossas expectativas. A implantação do projeto foi realizada no período de julho à dezembro de 2014, baseado em realização de consultas individuais e em grupos, bem como atividades educativas, ocupacionais e de autoajuda, juntamente com o acompanhamento da equipe da ESF de Vila Gabriel Passos, devendo-se repetir continuamente seus ciclos de manutenção, para que desta forma fosse proporcionado a adesão do tratamento da

HAS.

Para a busca do embasamento teórico utilizaram-se os seguintes descritores:  
hipertensão arterial, adesão e tratamento.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo considerado o principal fator de risco para as complicações como o acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006).

As possíveis causas da HAS primária podem ser sintetizadas em alterações dos sistemas nervoso autônomo, renina-angiotensina-aldosterona, as variações genéticas na reabsorção de sódio renal e a resistência à insulina. As 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).

Oliveira *et al.* (2011) relata que no Brasil a prevalência da HAS é de aproximadamente 10% a 20%, o que resulta em 15 a 30 milhões de indivíduos hipertensos, 65% entre os idosos, 7% entre crianças e adolescentes, chegando a 25% entre negros, sendo que 16 a 50% dos hipertensos que iniciam o tratamento desistem da medicação anti-hipertensiva no primeiro ano.

A HAS tornou-se problema de saúde pública pelo grande impacto econômico, pelo ônus que acarreta ao sistema de saúde e social e pelo reflexo na qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Segundo Manfroi e Oliveira (2006), a prevenção de alterações irreversíveis no organismo provocadas pela doença, passa pelo controle de forma continuada da HAS, exigindo, portanto, ações nos níveis individual e coletivo.

#### **5.1.1 Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica**

Os fatores de risco para a HAS relacionam-se à idade, sexo, cor da pele, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, consumo de álcool, sedentarismo, fatores sócios econômicos e genéticos.

A relação da PA é direta com a idade, sendo de mais de 60% a prevalência da HAS em idosos acima de 65 anos. A prevalência da HAS é maior em homens até os 50 anos e, a partir desta idade, torna-se mais frequente em mulheres não brancas, com predomínio de até 130% (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O excesso de peso e a gordura central acarretam maior risco para o aparecimento de HAS, bem como a ingestão excessiva de sódio. O efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido evidenciado e em populações que praticam dieta pobre em sal não foram constatados casos de HAS. Em relação à ingestão de álcool, como fator de risco para desenvolvimento de HAS, verifica-se que o consumo excessivo de etanol apresenta associação com a ocorrência de HAS (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 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 estabelecida, bem como, os fatores socioeconômicos pela constatação de maior prevalência de hipertensos entre os indivíduos de menor escolaridade (VI DIRETRIZES, 2010).

### **5.1.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial Sistêmica**

Pela evolução da doença ser predominantemente assintomática e idiopática, o hipertenso pode sofrer demora no diagnóstico e até mesmo não aderir de modo contínuo ao tratamento da HAS (BRASIL, 2006). A avaliação dos níveis tensionais deve ser prática obrigatória e rotineira no atendimento do usuário (SILVA; COLOSIMO; PIERIN, 2010).

O diagnóstico é feito pela obtenção de medidas elevadas e sustentadas da PA, que devem obedecer a critérios técnicos como o preparo adequado do paciente, uso de técnica padronizada e equipamento calibrado, alertando-se para idade, obesidade, gestante. Os métodos mais utilizados para obtenção da PA são os praticados no consultório, auto medida da PA (AMPA), monitorização residencial da PA (MRPA), monitorização ambulatorial da PA (MAPA) visando à qualidade do diagnóstico da HAS (VI DIRETRIZES, 2010).

Os métodos supracitados tornam-se indispensáveis na distinção do efeito do

avental branco (EAB), caracterizado pela diferença igual ou superior a 20 mmHg da Pressão Arterial Sistólica e de 10mmHg da Pressão Arterial Diastólica obtida no consultório e fora dele. O que define o diagnóstico de HAS, são os valores pressóricos correspondentes a PAS  $\geq$  140 mmHg e PAD  $\geq$  90 mmHg, que devem ser confirmados em pelo menos três ocasiões, sempre em condições técnicas apropriadas (DIRETRIZES, 2010; PIERIN *et al*, 2010).

A HAS pode ser classificada em estágios, de acordo com os valores pressóricos, conforme quadro 1 a seguir:

<b>Estágios</b>	<b>PAS</b>	<b>PAD</b>
Estágio 1	140 à 159 mmHg	90 à 99 mmHg
Estágio 2	160 à 179 mmHg	100 à 109 mmHg
Estágio 3	> 180 mmHg	> 110mmHg

**Quadro 1: Níveis Pressóricos (Fonte: DIRETRIZES, 2010).**

Quando a PAS atinge valores maior ou igual a 140 mmHg e a PAD permanece com valores menores a 90 mmHg, temos a hipertensão sistólica isolada. Pode ocorrer a situação em que o usuário apresenta valores normais de PA no consultório (menores que 140/90 mmHg) e valores elevados de PA durante o período de vigília pela MAPA ou na MRPA caracterizando a hipertensão mascarada (VI DIRETRIZES, 2010).

### **5.1.3 Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A abordagem no tratamento da HAS poderá ser medicamentosa ou não, dependendo da evolução da doença ou da classificação de risco. Se médio, alto ou muito alto, a combinação não medicamentosa e medicamentosa deverá ser instituída para se atingir a meta preconizada o mais precocemente. O objetivo

primordial deve ser reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovascular (VI DIRETRIZES, 2010).

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 regularmente de programas de exercícios físicos aumentando a atividade física e se possível, reduzir o estresse (VI DIRETRIZES, 2010).

O desenvolvimento avançado das pesquisas farmacêuticas fornecendo medicamentos de alta eficácia e segurança, tem se tornado adequado para controle da (HA) e redução de suas complicações, e um dos fatores que mais contribuem para esse insucesso é a não adesão à terapêutica (ROCHA, 2001; BORGES, 2005, MION JR, 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, reduzindo as taxas 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 morbidade e mortalidade. Aparentemente, os resultados parecem independem da classe dos medicamentos, embora metanálises demonstrem benefícios menos relevantes com betabloqueadores, entre eles o atenolol (VI DIRETRIZES, 2010).

O uso de medicamentos recentes talvez, pelo menor número de efeitos adversos, pudesse propiciar maior adesão ao tratamento, já que os antihipertensivos modernos como os antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da ECA e antagonistas dos receptores do tipo 1 da angiotensina II pelos seus respectivos mecanismos de ação, podem ser mais seletivos do que os diuréticos, beta bloqueadores e simpatolíticos de ação central, diminuindo os efeitos colaterais. Os antagonistas do receptor da angiotensina II, pelo menor número de efeitos adversos, podem contribuir de modo satisfatório para a adesão e controle da HAS (MION JR, SILVA, ORTEGA e NOBRE, 2006).

## 5.2 Adesão ao Tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica

PIANCASTELLI (2011) define adesão como um envolvimento amplo do paciente, de natureza ativa, voluntária e colaborativa gerando comportamentos que irão influenciar nos resultados terapêuticos e no controle da doença.

A complexidade da adesão é reforçada por Pierin, Strelec e Mion (2004), ao considerarem a forte influência do meio ambiente, dos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica 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 do sucesso terapêutico.

Gusmão e Mion (2006) ressaltam a importância da interação do paciente, das características da doença, das crenças de saúde, dos hábitos de vida e culturais, do tratamento e sua interferência na qualidade de vida destes pacientes, com a organização dos serviços de saúde e na integração da equipe, ao se analisar a questão da adesão. Costa (2014) enfatiza a importância da interdisciplinaridade nas ações da equipe de saúde.

São vários os métodos utilizados na avaliação da adesão ao tratamento, embora não haja um consenso. 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/metabólito do medicamento (GUSMÃO *et al.*, 2009).

Com base em novas literaturas Gomes *et al.* (2010) citando Manfroi e Oliveira (2006), observaram que entre os fatores que dificultam a adesão ao tratamento da HA, teria maior relevância a quantidade de comprimidos que os usuários devem utilizar diariamente. Os efeitos colaterais que podem variar entre hipotensão, taquicardia, tontura, arritmia e tosse seca podem ser um dos maiores dificultadores para o tratamento correto (MION SILVA, ORTEGA E NOBRE, 2006).

Manfroi e Oliveira (2006) reforçam que a Educação em Saúde é imprescindível para haver o controle do quadro 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 estará mais confiante e disposto a aderir ao tratamento.

A adesão é considerada um fenômeno multidimensional, considerando-se cinco dimensões: sistema e equipe de saúde, fatores relacionados ao tratamento, à doença, ao paciente e socioeconômicos (Organização Mundial da Saúde, 2003).

O Ministério da Saúde criou por meio de uma Portaria o Programa HIPERDIA, em março de 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e *Diabetes Mellitus*, neste estabelece metas e diretrizes de 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 tratam-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos onde os pacientes recebem orientação sobre suas doenças, compartilham suas dificuldades e recebem os medicamentos necessários ao tratamento mensalmente. A principal meta das ações da equipe de saúde ao hipertenso é garantir a adesão do indivíduo ao tratamento (BRASIL 2002).

De acordo com Gomes *et al.* (2010), muitos fatores são determinantes para o controle dos níveis da PA dos usuários do sistema, entre esses, o estado civil, o nível de escolaridade, a ocupação, o tempo de tratamento, o número de medicamentos e a presença de efeitos colaterais. Os autores ainda ressaltam que a individualidade deve ser considerada, pois o tratamento será eficaz se levar em conta as vivências, conhecimentos, crenças e valores do hipertenso, provocando um comportamento próprio em relação ao significado de sentir-se doente e de aderir às recomendações estabelecidas como corretas à luz do conhecimento científico atual.

Araújo e Garcia (2006) identificam 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 apresentam-se como fatores relacionados ao paciente na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Araújo e Garcia (2006) destacam que a simplificação resultando em diminuição no número de medicamentos utilizados e da frequência das doses, preferencialmente em dose única, podem facilitar a adesão na abordagem da terapêutica farmacológica. A preferência dos pacientes por dose única de medicamento, associado à horários coincidentes com atividades rotineiras matinais foi apresentada como ações que reforçam a adesão ao tratamento.

Outro ponto favorável são os progressos na área dos medicamentos,



melhorando sua efetividade, com diminuição dos efeitos colaterais. Coelho *et al.* (2006) conclui que a principal medida, entre as 58 intervenções da OMS, para melhor adesão ao tratamento da HAS foi a simplificação do esquema terapêutico que levava à redução de tomadas de medicamentos. A prescrição medicamentosa individualizada acompanhada de um estilo de vida saudável é cada vez mais recomendada (ARAUJO e GARCIA, 2006; LEITE; VASCONCELOS, 2003).

Esses mesmos autores preconizam a necessidade da existência de uma equipe multidisciplinar, ao considerar a HAS como doença multicausal e multifatorial exigindo diferentes abordagens em uma ação conjunta e integrada, podendo proporcionar maior número de informações que por sua vez propiciarão a prática de atitudes efetivas no controle da doença.

Em estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, abrangendo 195 pacientes, acompanhados em uma unidade básica, Farias *et al.* (2011) consideraram que um melhor controle da HAS pode ser obtido pela atuação de uma equipe com vários profissionais em comparação ao sistema de atendimento tradicional realizado apenas pelo médico.

Um sistema organizado de registro e controle de pacientes hipertensos, associada às ações de busca ativa dos pacientes faltosos, por meio de contatos telefônicos, aerograma ou visitas domiciliares, pode gerar no paciente, o sentimento de estar sendo cuidado. A maior frequência de visitas domiciliares por parte da Equipe de Saúde apresentaram melhores resultados no controle dos níveis da PA no estudo de Guerra-Riccio (2001) ao comparar pacientes com visitas a cada 15 dias com outro grupo, cujos encontros ocorriam a cada 90 dias, como maiores benefícios citam, a possibilidade de ajustes terapêuticos, correção de possíveis efeitos colaterais, mudança mais efetiva no estilo de vida, com possível redução da ansiedade e estresse.

Araújo e Garcia (2006) consideram a qualidade do atendimento da equipe de saúde e a satisfação do hipertenso com o atendimento como ponto fundamental na adesão ao tratamento. Os autores ainda destacam a necessidade de considerar durante o acolhimento, pelos membros da equipe de saúde, os sentimentos de estímulo, esperança, compreensão e respeito às inquietudes, aos sintomas e limitações do paciente em seu processo de adaptação à doença.

Leite e Vasconcelos (2003) mostra 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 é analisada por Coelho, Moyses e Palhares (2006) para comentar o valor da habilidade de se conseguir efetivo relacionamento com o paciente e consequência benéfica no resultado da adesão ao tratamento da HAS, ao mesmo tempo em que cita a existência de estudos na literatura sobre a tendência médica de evitar ajustes terapêuticos em pacientes apresentando 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.

A família também é de fundamental importância para que o tratamento da HAS alcance seus objetivos. Araújo e Garcia (2006) relataram que a HAS pode gerar transformações na família, ao provocar limitações no estilo de vida em todos os elementos do núcleo familiar. Além do que, visitas aos familiares e aos pacientes em seu próprio ambiente, propiciaria o contato e o desenvolvimento de atividades educativas, não só com o paciente, mas com a família e maior adesão ao tratamento e controle dos níveis tensionais nos pacientes que percebiam a família como apoio e suporte social.

De acordo com o estudo acima citado, as pessoas que são compreendidas dentro do seu contexto social são mais aderentes ao tratamento. Neste mesmo estudo, a maioria dos hipertensos entrevistados mencionou que o apoio familiar foi facilitador da adesão ao tratamento, destacando a importância na assistência ao hipertenso que auxiliam o paciente hipertenso a lembrar do horário das medicações, oferecendo também orientações dietéticas e o acompanhamento nas consultas.

A idade avançada é um fator que contribui para maior adesão ao tratamento, no estudo de Araújo e Garcia (2006) que pesquisaram hipertensos de um programa de uma Unidade Básica de Saúde, onde os idosos apresentaram uma redução significativa da PA diastólica. O mesmo foi ressaltado por Chor (1998) que estudou funcionários de um Banco Estatal em que o tratamento da HAS era realizado com indivíduos de 45 anos ou mais quando a adesão foi superior (77,4%) em relação aos mais jovens (17,1%). A menor adesão ao tratamento da HAS por parte de hipertensos com idade menor de 40 anos também foi citada por Borges e Caetano (2005) e em estudo de Busnello (2001) o aumento de idade foi considerado fator para adesão.

A idade pode ser fator dificultador à aderência da prática de atividade física. O planejamento da prática de atividade física deve ser compatível com a faixa etária considerando as características próprias do idoso tais como a diminuição aeróbica, alteração do relaxamento diastólico, complacência pulmonar diminuída, diminuição da massa e força muscular, instabilidade músculo esquelética, medo de queda, ansiedade, depressão, falta de companhia para caminhar, desconhecimento da importância da atividade física, são fatores lembrados por Gravina, Grespan e Borges (2007).

O conhecimento das consequências da elevação da pressão arterial propiciando eventos cardiovasculares (COELHO; MOYSES; PALHARES, 2006), bem como, o sobre a ocorrência de complicações oriundas da HAS em familiares, facilita a adesão ao tratamento (ARAÚJO e GARCIA, 2006).

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

O comparecimento frequente à unidade básica de saúde (UBS) melhora a monitorização dos níveis pressóricos, possibilidade de receber informações sobre a doença, podendo trazer maior motivação individual, o que, por sua vez, leva a um aumento na adesão ao tratamento da HAS. O automonitoramento, prática, que deve ser estimulada, pode aumentar a motivação do paciente ao propiciar a autorresponsabilidade, acarretando melhora no controle da pressão arterial, propiciando participação ativa do paciente no tratamento (ARAÚJO E GARCIA, 2006).

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 (STRELEC et al. 2003).

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

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

A urbanização da população (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 e HAS entre outras doenças.

Guedes e Lopes (2008) enfatizaram que a insuficiência da atividade física é uma condição, onde a hipertensão arterial estreita laços. Neste estudo, com portadores de hipertensão arterial a prevalência da ausência ou insuficiência de exercício físico foi de 60%, entre os 310 avaliados.

Nesta proposta de intervenção, apresenta-se nos tópicos seguintes o planejamento das ações com os recursos necessários, resultados esperados e cronograma de cada operação/projeto referente ao nó crítico do problema discutido, conforme os Quadros 1, 2 e 3.

<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto/ Operação</b>	<b>Ações esperadas</b>	<b>Recursos necessários</b>
Estilo de vida inapropriado	Viver bem/ Modificar hábitos e estilo de vida.	Caminhada conjunta; Campanha educativa no posto e por panfletagem.	Organizacional: promover caminhadas. . Cognitivo: capacitadores para passar informações sobre o tema. Financeiro: aquisição de recursos monetários para panfletagem.
Nível baixo de informação	Viver bem/ Melhorar o nível de conhecimento da população sobre o assunto.	Campanha educativa no posto e por panfletagem.	Organizacional: pessoas dispostas para organizar as reuniões no posto de saúde. Cognitivo: capacitadores para informação sobre o tema. Financeiro: aquisição de recursos monetários para panfletagem.
Baixa infraestrutura na UBS	Melhorar a infraestrutura; Criar sala de reuniões de grupo para abordagem do problema.	Construção de espaço físico na UBS.	Financeiro: aquisição de recursos monetários para construção de uma sala de reuniões.

**Quadro 1.** Recursos Necessários.

<b>Nó crítico</b>	<b>Projeto /Operação</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Resultados esperados</b>
Estilo de vida inapropriado.	Viver bem/ Modificar hábitos e estilo de vida.	Caminhada conjunta; Campanha educativa no posto e por panfletagem.	Reduzir o sedentarismo e a ociosidade da população; adaptações dos hábitos alimentares, se necessário e possível.
Nível baixo de informação.	Melhorar o nível de conhecimento da população sobre o assunto.	Campanha educativa no posto e por panfletagem.	População melhor informada sobre a importância do uso correto das medicações.
Baixa infraestrutura na UBS.	Cuidar melhor; Criar sala de reuniões de grupo para abordagem do problema.	Construção de espaço físico na UBS.	Garantir o acolhimento e a troca de informações entre os usuários.

**Quadro 2.** Resultados Esperados

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu observar que a adesão ou o controle da HAS é multifatorial e complexo, necessitando do esforço conjunto e harmônico dos vários saberes dos profissionais que compõem a equipe multiprofissional que atende estes pacientes. Os profissionais devem estar envolvidos com a prática de ações educativas, procurando se aperfeiçoar, compreendendo cada vez mais as diretrizes que norteiam a abordagem da HAS, buscar alternativas para aumentar a adesão do paciente, tornando o paciente participante ativo do processo terapêutico.

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 consideramos que seja o correto em termos técnicos, mas entender que o mesmo está inserido em um contexto sócio cultural e possui suas peculiaridades por ser um indivíduo, e isso inclui 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 ingere e que passa a fazer parte de seu cotidiano.

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

A prática de ações terapêuticas não farmacológicas apresentam dificuldades na comprovação de sua efetividade real e principalmente em sua aderência em longo prazo por parte dos usuários hipertensos tornando os medicamentos a forma preferencial de tratamento, que por sua vez sofre a limitação proporcionada pelos efeitos adversos e custo.

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.

Espera-se que o presente estudo contribua de alguma forma nesse novo cenário que se enquadra a Hipertensão Arterial Sistêmica. Anseia-se que os profissionais de saúde ampliem suas percepções sobre o homem e coloquem em prática no seu âmbito de trabalho ações que podem ser implantadas a partir desses resultados. Ao mesmo tempo espera-se que este projeto venha ainda subsidiar outros sobre essa perspectiva, estimulando novas investigações e alicerçando a construção de estratégias, visando à qualificação dos profissionais de saúde frente aos cuidados que os pacientes exigem

## 8 REFERÊNCIAS

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 *etal.* 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](http://www.fen.ufg.br/revista8_2/v8n2a11htm).

BABBIE, E. The practice of social research. 5.ed. Califórnia: **Wadsworth**, 1989. 501 p.

BALDISSERA VDA, CARVALHO MDB, PELLOSO SM. Adesão ao tratamento não farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.** 30(1): 27-32. 2009;

BARBOSA, RGB.; LIMA, NKC. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens** v.13(1): 35-38, 2006.

BORGES, PCS.;CAETANO, JC. 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, n. 3, 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.

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.



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

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

CESARINO CB et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq. Bras. Card**, 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**, 172 p. 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 EB.; MOYSES Neto 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, EB.; NOBRE, .F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** vol.13(1): 51-54, 2006.

COSTA, Carla Nóbrega Borges. PROPOSTA DE APLICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO INTERDISCIPLINAR NO TRANSOPERATÓRIO. **Liph Science**, UFTM, v. 1, n. 1, p.28-40, jul./set., 2014.

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;

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, IV. 2002. Disponível em: [http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/Capitulo 1. \(Pdf\)](http://departamentos.cardiol.br/dha/publicacoes/ivdiretriz/Capitulo 1. (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, FD. 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** v 8(2): abr/jun 2001.

FUCHS, FD.; GUS, MG.; MOREIRA, LB. 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 anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família. Londrina, PR, 2007.

GOMES TJO, SILVA MVR, SANTOS AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Bras Hipertensão** v.17(3): 132-139 2010

GUEDES NG. Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem “Estilo de Vida Sedentário” em portadores de hipertensão arterial [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2008.

GRAVINA CF.; GRESPAN SM.; BORGES JL . Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso **Rev Bras Hipertens** v.14(1): 33-36, 2007.

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**.

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

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

GUSMÃO, JL; GINANI, GF; SILVA, GV; ORTEGA, KC; MION JR, D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Bras Hipertens** v 16(1):38-43, 2009.

IBGE. Oliveira, EAM. Nanuque, seu povo, sua história. Ivan Claret Marques Fonseca. 1986.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=314430>. Acesso out 2014.

KRINSKI K, ELSANGEDY HM, GORLA JI, CALEGARI DR. 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, MPC. 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.

MALACHIAS, MVB. e cols. Tratamento não medicamentoso e abordagem multiprofissional. **J. Bras. Nefrol** v 32 supl. 1 São Paulo, Sep. 2010.

MALTA, DC et al. Doenças crônicas não transmissíveis : Mortalidade e fatores de risco no Brasil. 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. **Ministério da Saúde**, Brasília. 2009. p. 337-362.

MANFROI, A.; OLIVEIRA, FA. 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, GMP. PIERIN AMG. 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, LLC. 2000. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica, PP 171-179. In **LLC Castro (org)**

MINAYO MCS. 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, D; SILVA GV; ORTEGA KC; NOBRE F. A importância da medicação antihipertensiva na adesão ao tratamento. **Rev Bras Hipertens** vol 13(1): 55-58, 2006.

MOLINA, MCB, CUNHA, RS, HERKENHOFF, LF, MILL, JG. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Rev Saúde Pública.** 37(6):743-50, 2003;

MORISKY, DE.; GREEN, LW & LEVINE, DM. Concurrent and predictive validity of self reported measure of medication adherence. **Medical Care** 24:67-74, 1986.

MOUSINHO PLM, MOURA MES. 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, LA. 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, AMG.; MION, Junior D.; FUKUSHIMA, JT.; 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, AMG, STRELEC MAAM, 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

RICHARDSON, Roberto Jarry; BEZERRA, Maria Aparecida. A produção científica na pós-graduação em Educação no Brasil. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 1989.

\*Não grifar o nome da instituição. É livro? Número de páginas?

ROCHA, A. Adesão ao tratamento: o papel do médico. **Rev Bras Hipertens.** v 10(3): jul/set 2003

ROCHA, JC. Prefácio In: NOBRE, F, PIERIN, AMG, MION, JD. Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão. São Paulo: **Lemos Editorial**; 2001.

SARAIVA, KROSANTOS, ZMSA.; LANDIM, FLP.;LIMA, HP.; SENA, VL.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, SSBE.; COLOSIMO, FC.; PIERIN, AMG. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Rev Esc Enferm USP** 44 (2): 488-96, 2010.

SOARES, A. S. *et al.* Influência do tempo de jejum pré-operatório na resistência insulínica em pacientes submetidos à colecistectomia videolaparoscópica. **Liph Science**, UFTM, v. 1, n. 1, p.1-15, jul./set., 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 1-51, 2010.

STRELEC, MAAM; PIERIN, AMG; 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.

TRIVINOS, ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: 1.ed. São Paulo: **Atlas**, 1987

VEIGA, EV, NOGUEIRA, MS, CÁRNIO, EC, MARQUES, S, LAVRADOR, MAS, Moraes AS, et al. Avaliação de técnicas da medida da pressão arterial pelos profissionais de saúde. **Arq Bras Cardiol.** 80(1): 83-8, 2003.

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

ZAITUNE, MPA, BARROS, MBA, CESAR, CLG, CARANDINA, L, GOLDBAUM, M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, **Rev APS.** 14(3) 319-326, jul./set., 2011.