

HIPERTENSÃO ARTERIAL: DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO.

Aline de Brito Torres; Jéssica Silva Araújo; Rafaela de Andrade Leite; Leane Leitão Cláudio de Sousa; Larissa Nogueira de Siqueira Barbosa.

Faculdade Maurício de Nassau – email: larissansb@terra.com.br

RESUMO: O presente trabalho intitulado – Hipertensão Arterial: Dificuldades na Adesão ao Tratamento avalia os fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo sob o ponto de vista do paciente. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular, cerebral, renal e dentre outras. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Constitui um grave problema de saúde pública, pois ela afeta grande parte da população mundial. Trata-se de uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial. No Brasil tem ocorrido uma ampla mobilização para que sejam implementadas ações que visam prevenir, tratar e controlar a HAS, através dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente as Unidades de Saúde da Família (USF). Diante disto, fica clara a importância do profissional Enfermeiro em alertar a população quanto à adesão e persistência no tratamento da hipertensão arterial e, sobretudo, sobre a prevenção da HAS. Assim como também servir para a melhoria no atendimento da USF, para compreensão de novos conhecimentos a cerca do assunto, visto que há poucos estudos a esse respeito. Palavras chaves: Hipertensão, Atenção primária, Tratamento.

INTRODUÇÃO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (BRASIL 2010). Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool, são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sabendo que somente doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial, se não associadas ao estilo de vida

saudável (BRASIL, 2006). Trata-se de um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com a diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (ALMEIDA et al.,2007).

A pressão arterial (PA) é definida como uma força exercida pelo sangue sobre a

parede das artérias, sendo intimamente ligada ao débito cardíaco e com a resistência periférica sistêmica. Ela é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (POLITO & FARINATTI, 2003).

Apesar de alguns avanços feitos na área da fisiologia Cardiovascular, os fundamentos decisivos da hipertensão arterial ainda são pouco esclarecedores. Pode-se dizer que se trata de uma síndrome que envolve muitos fatores, pois interações complexas entre fatores genéticos e ambientais causam elevação sustentada da pressão arterial. Uma parcela pequena de pacientes (entre 2% e 5%) tem doença renal ou adrenal como causa de elevação da pressão arterial, levando à hipertensão secundária. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos, a hipertensão não tem etiologia conhecida (classificada como primária ou idiopática), sendo o tratamento feito através de mudanças no estilo de vida ou medicamentos (WHO, 1994).

No Brasil, principalmente nas últimas décadas, vem ocorrendo ampla mobilização para implementação de ações de prevenção, tratamento e controle da HAS, por meio da reorganização dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo à rede básica de saúde maior poder de resolução das questões relacionadas à doença (SBH, 2010).

O tratamento da HAS baseia-se em medidas não farmacológicas e farmacológicas. Adesão é compreendida como as situações em que a pessoa assume comportamento de alterar estilo de vida, seguir esquemas terapêuticos e dietéticos, usar corretamente os medicamentos quando necessário, mantendo, portanto, comportamentos correspondentes às recomendações dos profissionais de saúde (MACIEL, 2000).

Podemos enfatizar então, a grande importância do profissional Enfermeiro na atenção primária no objetivo de alertar a população quanto à adesão e persistência no tratamento da hipertensão arterial e, sobretudo, com ênfase na prevenção da HAS. Bem como servir para a melhoria no atendimento da USF, para compreensão de novos conhecimentos acerca do assunto, visto que há poucos estudos sobre isto.

A elevação prolongada da pressão arterial lesiona os vasos sanguíneos por todo o corpo, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos (POTTER & PERRY, 2001).

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de

Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

Classificação da Pressão Arterial

Classificação	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130 - 139	85 - 89
Hipertensão Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão Estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão Sistólica Isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (2010).

A hipertensão arterial (HA) é uma condição de alta prevalência em nosso meio, atingindo cerca de 20% da população adulta brasileira e apresentando frequência maior nas camadas mais pobres da população. Neste sentido, tanto a eficácia como o custo da medicação devem ser considerados nas propostas de atendimento a hipertensão (AKASHI et al., 1998).

O processo demográfico de envelhecimento de nossa população, evidenciado através da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) de 1997 a 1999 (FNS, 1999), implica em um incremento futuro na incidência e prevalência das doenças crônico-degenerativas, entre elas as doenças cardiovasculares. Já em 1990, mais da metade dos óbitos ocorridos em idosos no Brasil foram causados por este grupo de doenças

(IBGE, 1994). Neste contexto, a HAS devido a seu importante papel como fator de risco cardiovascular modificável revela-se como um dos mais importantes problemas de saúde pública de nosso país, com prevalências entre 10 e 42%, dependendo da região, subgrupo populacional ou critério diagnóstico utilizado (LESSA, 2001).

Dessa forma, a HAS é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, é essencial e visa à prevenção de alterações irreversíveis no organismo. Portanto, ações de níveis individuais e coletivos são primordiais para o controle da HAS e da morbimortalidade associada à doença.

Para a OMS, os fatores de risco (FR), estão divididos em dois grupos. O primeiro está relacionado com o próprio indivíduo, tais como: (idade, sexo, escolaridade, herança genética); estilo de vida (tabagismo, alcoolismo, sedentarismo e dieta inadequada) e agentes biológicos (hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes e hipercolesterolemia). O segundo grupo está associado, às condições sócias econômicas culturais e ambientais (NOBRE, 2006).

Segundo Porto (2005), a confirmação diagnóstica da hipertensão arterial deve ser efetuada com mais de uma avaliação da pressão arterial, em mais de uma ocasião.

O objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a manutenção da pressão em níveis normais e conseqüentemente a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares e nem sempre é feito com drogas/medicamentos. Inicia-se com um tratamento não medicamentoso, e se necessário posteriormente é indicado o tratamento com medicamentos. Muitas vezes as medidas não medicamentosas são suficientes para controlar os níveis da pressão se estes forem pouco elevados e se não há fatores de risco ou lesão de órgãos-alvo associados (JATENE et al., 1999). O tratamento não-medicamentoso é indicado a todos os hipertensos e aos indivíduos normotensos com alto risco cardiovascular.

Quando a terapia não medicamentosa é insuficiente para o controle da pressão arterial, o uso de medicamento, isolado ou em associação, torna-se indispensável para o paciente hipertenso. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão.

Em relação aos cuidados não farmacológicos, os objetivos referem-se às mudanças no estilo de vida, incluindo os cuidados com dieta com restrição de sal, redução de peso, atividade física regular, abandono do tabagismo e do álcool. Dentre as medidas farmacológicas, há inúmeras classes

de anti-hipertensivos disponíveis, variando o seu mecanismo de ação, a sua potência, posologia e efeitos. A escolha do medicamento é um aspecto muito importante no tratamento da HAS.

O processo de adaptação às modificações no estilo de vida, em se tratando de hipertensos, é bastante complexo e relaciona-se diretamente ao seguimento do tratamento para controle da Hipertensão Arterial. Fatores como “desconhecimento individual do diagnóstico, a disponibilidade quantitativa e qualitativa da assistência médica e o acesso aos serviços de Saúde”, interferem na eficácia e eficiência do tratamento (CASTRO; CAR, 1997).

Diante da relevância do problema, medidas para conter o seu avanço se justificam, não apenas com ênfase no diagnóstico e tratamento dos indivíduos já acometidos e/ou na identificação daqueles mais suscetíveis ao seu desenvolvimento, mas principalmente na implementação de estratégias populacionais de grande alcance no sentido de prevenir o aparecimento da doença.

Este trabalho tem o intuito de identificar as principais dificuldades na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes da Unidade Saúde da Família, no município de Massaranduba – PB, verificar quais são as dificuldades de adesão ao

tratamento em uma Unidade de Saúde da Família, conhecer o tipo de tratamento realizado junto aos pacientes diagnosticados com a doença, orientar os pacientes sobre a importância do tratamento da hipertensão arterial, bem como os riscos da suspensão do tratamento e verificar o perfil sócio-econômico da população em estudo.

Metodologia: O presente estudo foi do tipo exploratório, de campo e com abordagem quantitativa. De acordo com Gil (1994), a pesquisa exploratória tem como principal finalidade descrever, esclarecer e modificar conceitos e ideias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos futuros.

Segundo Santos e Clos (1998), a pesquisa quantitativa é o método que se caracteriza pelo emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas.

O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Aderbal da Silva, localizada na zona rural de Massaranduba – PB. As pesquisadoras fizeram a coleta de dados na Unidade citada acima, no qual se enquadra hipertensos inscritos no programa HIPERDIA. A opção por esta Unidade deu-se por ele ter sido o campo de estágio teórico-prático da segunda autora, o que motivou a sua realização, devido o conhecimento da

rotina do serviço, vínculo com a equipe e empatia pela área abordada.

A equipe da referida Unidade é composta por uma enfermeira, um médico, um técnico de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de dentista, uma recepcionista e seis agentes comunitário de saúde. Cada profissional desempenha suas devidas funções, proporcionando um atendimento interdisciplinar de qualidade para os pacientes que ali residem.

Fizeram parte da pesquisa, os pacientes diagnosticados com hipertensão, residentes no município de Massaranduba – PB. A amostra contou com 65 hipertensos, cadastrados na referida unidade, acompanhados nos dias de consultas e nos grupos desenvolvidos pela enfermeira da unidade pelo programa Hiperdia, no período da coleta de dados, que de acordo com o Comitê de Ética, concordaram em participar da pesquisa, assinando um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Foram incluídos na pesquisa, pacientes diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica, que fazem uso contínuo de medicação, cadastrados e atendidos regularmente em uma Unidade Básica de Saúde do município de Massaranduba.

Foram excluídos da pesquisa, pacientes que apresentam apenas picos de Hipertensão Arterial, os que não necessitam de uso

contínuo de medicação e aqueles que não frequentam regularmente o serviço. Como também os que não concordaram em participar da pesquisa e os hipertensos que não eram cadastrados nessa Unidade Básica de Saúde.

Para realização da coleta de dados, utilizamos um questionário composto por 13 questões objetivas, que contemplaram as informações necessárias para atingir os objetivos propostos, tais como dados para caracterização sócio-demográficas dos hipertensos da amostra, dados referentes à HAS e à adesão ao tratamento anti-hipertensivo, como questões referentes às dificuldades que os pacientes podem encontrar para aderir ao tratamento da hipertensão. Antes da aplicação, os indivíduos foram instruídos sobre a natureza voluntária do estudo e sobre a garantia do sigilo, pelo anonimato. Foi solicitado aos que concordaram em participar da pesquisa, em assinar um termo de consentimento livre e esclarecido. Para a coleta de dados foi utilizada uma sequência, que foi informada à enfermeira responsável pela Unidade, e foi feita uma solicitação ao secretário de saúde do município, para sua autorização, por meio de ofício, para o desenvolvimento da mesma.

Para que fosse possível a coleta de dados, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa para apreciação, sendo aprovado

posteriormente através do CAAE: 33217414.1.0000.5187. A coleta de dados foi realizada em dias úteis, na própria unidade e em horários acordados com os participantes, após aprovação do comitê de ética. O hipertenso foi abordado individualmente e as informações coletadas foram preenchidas a punho pela pesquisadora.

Os dados obtidos foram compilados e analisados com base em um enfoque no método quantitativo, a partir dos dados primários que foram coletados através de informações contidas no instrumento de coleta de dados e discutidos sob a luz da literatura pertinente ao tema. Os dados coletados foram processados no programa EXCEL para construção de banco de dados referentes às variáveis quantitativas e expressos em gráficos e tabelas com auxílio do Microsoft Office Excel, versão 2003.

A realização deste estudo considerou a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a ética da pesquisa envolvendo seres humanos direta ou indiretamente, assegurando a garantia de que a privacidade do sujeito da pesquisa será preservada. Este trabalho foi submetido ao Comitê de ética da Universidade Estadual da Paraíba. Após a concessão de sua aprovação, todos os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram ao TCLE, que foram impressos em duas vias, uma para o pesquisado e outra para

o pesquisador. A preservação da privacidade dos sujeitos foi garantida por meio do Termo de Compromisso do Pesquisador.

Resultados e Discussão: Nos achados, encontramos que as mulheres apresentaram maior índice de hipertensão, com 77% do total. Alguns estudos mostram que o aumento da pressão arterial pode estar relacionado aos hormônios sexuais. Ainda há relatos da associação entre o uso de hormônios exógenos e hipertensão arterial, sendo demonstrado que determinados pacientes desenvolvem hipertensão com o uso de estrogênios em anticoncepção oral (LARAGH, et al.,2001).

Sobre a faixa etária dos entrevistados tivemos uma variação entre 38 a 91 anos. No entanto, o maior percentual encontrado foi idade igual ou superior a 61 anos. A hipertensão arterial (HA), doença cardiovascular de alta prevalência, acomete mais de 60% da população formada por pessoas com 60 anos ou mais (WOLZ M, et al.,2000). A adesão ao programa terapêutico também pode ser mais difícil para os idosos, pois a habilidade de apreender e adquirir novos domínios e informações diminui nesta faixa etária, principalmente, depois da sétima década de vida (SMELTZER e BARE, 2005).

Quanto à escolaridade dos participantes, 28 (43%), são analfabetos, seguidos de 19 (30%) que escrevem apenas o nome. Em

outro estudo realizado, a baixa escolaridade, mostrou-se associada ao alto índice de HAS, mesmo após o controle dos seus demais fatores causais. Os indivíduos que completam o terceiro grau têm um índice de prevalência de HAS 40% menor do que aqueles que têm menos de 10 anos de escolaridade (SANTOS; SILVA, 2002).

Quanto à renda familiar, constatamos que o número maior de pessoas (32), o que corresponde a 49%, recebe um salário mínimo por mês. Diante disso, observamos limitada capacidade de aquisição dos recursos necessários para o tratamento, como, por exemplo, dinheiro para se deslocar a UBS, alimentação recomendada, compra de medicação não disponibilizada na Unidade, podendo, dessa forma, dificultar a adesão ao tratamento.

Não se pode negar que o baixo nível socioeconômico e cultural é um fator que dificulta o tratamento e controle efetivo da pressão arterial (PIERIN, *et al.*,2001).

Os resultados relativos ao estado civil permitem-nos verificar que 57% dos participantes desta pesquisa são casados. Observa-se a presença de solteiros, divorciados e viúvos em 23%. O fato da maioria dos entrevistados ter um companheiro (a) poderá favorecer a adesão ao regime terapêutico, como mostra no estudo de Moreira (1999), onde o cônjuge foi a pessoa

mais referida como incentivadora do tratamento.

A ocupação dos participantes foi um ponto que também surgiu diante das nossas entrevistas: os aposentados foram representados por 55%, a segunda categoria do lar com 32% e 9% são autônomos. De acordo com Lima (2002), a presença de aposentados e dos trabalhadores do lar poderá favorecer a adesão, devido à maior disponibilidade de dedicação ao tratamento.

O enfermeiro tem o papel fundamental no tratamento de pessoas com hipertensão arterial, principalmente nas orientações sobre os diversos aspectos da doença. Do total de pacientes entrevistados, 66% relataram que a maioria das consultas foi realizada pela enfermeira.

Sendo assim, percebe-se que “o profissional enfermeiro desempenha um importante papel junto à equipe multidisciplinar que compõe a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois, pratica ações assistenciais, gerencias e educativas” (ARNAUTS et al., 2005).

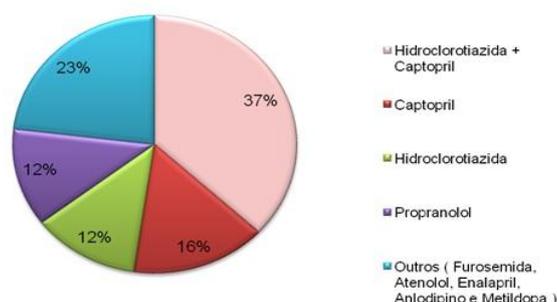
Do total entrevistados, 51% recebem as suas medicações na UBS. Isso quer dizer que o uso do medicamento é influenciado, não apenas pela necessidade terapêutica, mas por fatores sociais, culturais e econômicos.

Dentre os procedimentos realizados pela enfermeira durante a consulta com os

pacientes entrevistados, apenas a aferição de PAS, circunferência abdominal e verificação de peso atingiu o percentual de 100%.

Os resultados demonstram que em relação aos medicamentos, prevalecem 37% dos entrevistados fazendo uso de Hidroclorotiazida + Captopril. O Captopril é um anti-hipertensivo clássico e a Hidroclorotiazida é um diurético padronizado para uso rotineiro. Deve ser usado, na maioria das vezes, como droga inicial, permitindo uma ação anti-hipertensiva lenta (BRASIL 2001). Logo a associação do captopril com a hidroclorotiazida, oferece vantagens características do anti-hipertensivo ideal, como, controle PA, redução da mortalidade cardiovascular, proteção cardíaca e renal, custo acessível e baixa incidência de efeitos colaterais (CARVALHO et al., 2006).

Relação de Medicação



Fonte: Elaborada pela autora

Foram questionados quanto à tomada da medicação na hora correta e foi observado que 8% referem que falta a medicação por isso não tomam na hora exata. Curiosamente, o restante, 46% dos pacientes hipertensos tomam na hora prescrita pelo médico, assim

como também 46% dizem que não esquecem, onde muitas vezes por esquecimento devido ao processo natural do envelhecimento que tem como características, lapsos de memória ou á sua própria condição de envolvimento com a terapêutica (MACIEL, 2000).

Dos entrevistados, 55% afirmaram que os medicamentos anti-hipertensivos nunca causaram efeitos colaterais e, 45% declararam terem apresentado algum efeito desagradável, como: poliúria (18%), tosse (17%), (6%) fraqueza, (2%) cefaleia e (2%) indisposição.

Sobre isto, Arrais, Barreto e Coelho (2007), alertam que os efeitos colaterais leves e transitórios podem influenciar na adesão ao tratamento e ser causa de abandono, logo no início, de medicamentos necessários e adequados. É importante, portanto, informar e discutir com o paciente sobre efeitos colaterais e reações adversas, o que melhorará a qualidade no uso dos medicamentos, sobretudo quando se tratar de tratamentos prolongados, nos quais a taxa de abandono pode ser alta.

A respeito dos hábitos de vida, do total dos entrevistados, 29% relataram como é difícil abandonar alguns vícios, entre eles o uso abusivo do fumo e outras drogas que tem contribuído de forma negativa para a adesão ao tratamento, e conseqüentemente ao controle da HAS. Além do uso abusivo do fumo e outras drogas elevarem os níveis da

pressão arterial, também pode reduzir os efeitos dos medicamentos anti-hipertensivos.

Dessa forma, “a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônico-degenerativa, cujo controle tem se tornado um desafio para os profissionais, visto que seu tratamento exige a participação ativa do hipertenso, no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais à saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição de saúde” (Rev Lat Am Enferm, 2001).

Tais constatações no decorrer da coleta de dados justificam a afirmativa supracitada, sendo este o principal fator para aderir ao tratamento da HAS oferecido pelo PSF.

Considerações Finais: Ao avaliar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial em uma Unidade de Saúde, percebemos que há inúmeras questões envolvidas no sucesso ou no fracasso em obtê-la. Evidentemente o esforço em busca da adesão aos tratamentos da hipertensão, constitui um grande desafio para os profissionais de saúde, pois depende da criação de programas multidisciplinares de atendimento aos pacientes hipertensos, afim de que as intervenções sejam mais eficazes.

Ficou claro que apenas orientações e distribuição gratuita da medicação não foram suficientes para garantir essa adesão, considerando as dificuldades relatadas. A educação dos pacientes hipertensos é essencial, mas, em determinadas situações,

não será suficiente para fazer com que o paciente siga as recomendações estabelecidas de acordo com o conhecimento científico atual. Principalmente em pacientes com nível de escolaridade baixa, que são maioria nesse estudo, podendo dificultar a assimilação de orientações dispensadas pelos profissionais de saúde.

É evidente que quase todas as medidas não medicamentosas dependem de mudanças no estilo de vida de forma permanente. Por isso, o tratamento da pessoa portadora de hipertensão arterial se enriquece quando diferentes profissionais estão envolvidos, para de alguma forma, modificar esse estilo de vida e consequentemente reduzir os níveis pressóricos.

A experiência dessa pesquisa nos mostrou que, a educação em saúde objetiva à conscientização do paciente para a necessidade de modificar o estilo de vida, além de entender e conhecer o tratamento e favorecer um comportamento participativo. Ressaltando assim, o Enfermeiro, enquanto integrante da UBS, tem um grande desafio, que é de ser um facilitador nesse processo, apresentando soluções que resolvam esses entraves. E não somente educar, mas iniciar uma abordagem terapêutica que inclua uma negociação sobre o tratamento e o seu seguimento partindo das concepções que o paciente tem a respeito da sua doença e seu

estilo de vida. O que se propõe é o estabelecimento de uma parceria entre gestores, equipe de saúde e pacientes, cujo objetivo maior é o controle adequado da HAS e uma redução nas suas complicações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS:

- ALMEIDA, V. *et al.* A hipertensão arterial. **Manual de Atenção à saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes.** 2 ed. Belo Horizonte. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais, 2007, p. 17 – 65; 151-62.
- AKASHI, Daniela; ISSA, Flávia K.; PEREIRA, Alexandre C. *et al.* **Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário.** *Arq. Bras. Cardiologia.* jul. 1998, vol.71, no.1, p.55-57.
- ARNAUTS, Ivonete; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria; CAMELOSE, Célia Regina; **Hipertensão e suas complicações.** Bahia, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. **Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, p.927-937, abr., 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria d Atenção a Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BORENSTEIN, M. S. **Manual de hipertensão.** Florianópolis: Sagra Luzzatto, 1999.
- Cade NV. **A teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas.** *Rev. Lat. Am. Enferm.* 2001; 9(3):43-50.

- CARVALHO FILHO, E. T.; PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: Fundamentos, clínica e terapêutica**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CASTRO, V.D. de; CAR, M.R. **Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial**. São Paulo, 1997, 34p. Monografia (Conclusão Curso de Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 196 de 10 de outubro de 1996: **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM (COREN). **Lei do Exercício Profissional**. 2004.
- FUNDAÇÃO IBGE. **Características demográficas e sócio-econômicas da população**. Anuário Estatístico do Brasil 1994; 54: 1-18-32.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994
- GUEDES, N.G.; COSTA, F.B.C.; MOREIRA, R.P.; MOREIRA, T.F.; CHAVES, E.S.; ARAÚJO, T.L. **Crisis hipertensivas em portadores de hipertensão arterial em tratamento ambulatorial**. Rev Esc Enf USP, v.39, n.2, 2005.
- JATENE, A. D. *et al.* **Cardiologia básica**. São Paulo: Roca, 1999.
- LARAGH, J.H.; SEALEY, J.E.; LEDINGHAM, J.G.; NEWTON, M.A. **Oral contraceptives. Renin, aldosterone, and high blood pressure**. JAMA. 201: 918-922, 2001.
- LESSA I. **Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil**. Revista Brasileira de Hipertensão 2001; 8: 383-92.
- LIMA, F.E.T.; ARAÚJO, T.L.; MOREIRA, T.M.M.; **Conhecimento dos auxiliares e técnicos de enfermagem quanto aos fatores relacionados à pressão arterial**. Revista Nursing. Ano 3, n.24, p. 18-23, mai. 2002).
- MACIEL, I. C. **Fatores intervenientes na consulta de Enfermagem a portadores de hipertensão arterial: contribuições para as intervenções de Enfermagem**. Fortaleza: Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, 2000.
- MENEZES J. A. S; MOREIRA, H. G.; DAHER, M. T. **Análise da variabilidade da frequência cardíaca em pacientes hipertensos, antes e depois do tratamento com inibidores da enzima conversora da angiotensina II**. Arq. Bras. Cardiol. ago. 2004, vol.83, no.2, p.165-168
- MOREIRA, T.M.M. **Descrêvendo a não adesão ao tratamento da hipertensão a partir de uma compreensão de sistemas**. 154f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). 1999.
- NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- NOBRE, R.C.N; DOMINGUES, R.Z.L.; SILVA, A.R.; COLUGNATI, F.A.B.; TADDE, J.A.A.C. **Prevalências de sobrepeso, obesidade e hábitos de vida associados ao risco cardiovascular em alunos do ensino fundamental**. RevAssocMed Bras.52(2):118-124.2006
- O'BRIEN, Beever; DG, Marshall HJ. **Manual de hipertensão**. 3. ed. São Paulo (SP) 1998.
- PEDOTT, S. M. **Importância do programa de controle da hipertensão arterial para os pacientes do PSF do posto de saúde do bairro Alvorada, em Xaxim**. 2003. 66 f. Monografia (Conclusão do curso de Bacharel em Farmácia) - Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Chapecó - SC, 2003.
- PIERIN A.M.G.; GUSMÃO J.L.; CARVALHO, L.V.B. **A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial**. Hipertensão. 2004; 7(3): 100-3.
- PIERIN, A.M; MION Jr, D.; FUKUSHIMA, J.T; PINTO, A.R; KAMINAGA, M.M. **O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade**

- da doença. Rev. Esc. Enf. USP. 2001; 35(1): 11-8.
- POLITO, M.D; FARINATTI, P.T.V. **Resposta da frequência cardíaca, pressão arterial e duplo-produto ao exercício contra a resistência:** Uma revisão da literatura. Revista Portuguesa do Desporto. 2003 Vol. 3. Nº 1[79-91].
- PORTO, C.C. **Semiologia médica.** 5º Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Grande tratado de enfermagem prática.** São Paulo: Editora Santos livraria, 2001, 3ºed.
- ROCHA, Bárbara Souza; MUNARI, Denize Boutellet; BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz; MELO, Lícia Kamila Assis. **Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família:** perfil profissional. Revista Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 46-52, abr/jun, 2009.
- SANTOS, I.; CLOS, A.C. Pesquisa qualitativa. In: FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica.** 2ª ed. rev. São Caetano do Sul, SP: 1998.
- SANTOS, Z. M. S. A.; SILVA, R. M. Aspectos relacionados com a hipertensão. **Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado.** Fortaleza: Unifor; 2002. p.15-25.
- SANTOS, Z. M. S. A; SILVA, R.M. Hipertensão arterial: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza: UNIFOR, 2004. BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM):** protocolo. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- SARMENTO, Z. G. P. **Crenças relacionadas à adoção da dieta para controle da hipertensão arterial.** 2004. Monografia (Curso de Especialização em Saúde da Família). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- SILVA, P. *et al.* **Farmacologia.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002
- SHIMODA, M; SUGAYAMA, S. KIM; C. EBAID, M. **Orientação Familiar preventiva:** aspectos genéticos das doenças cardiovasculares e perspectivas futuras. Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo 1996; 6: 623-2.
- SMELTER, S.C; BARE, B.G. **Enfermagem medico-cirúrgica.** 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol, São Paulo, 2010.
- TAVEIRA L. F.; PIERIN, A. M. G. **Can the socioeconomic level influence the characteristics of a group of hypertensive patients.** Rev Latino-am Enferm.2007; 15(5):929-35.
- WHO EXPERT COMMITTEE ON HYPERTENSION CONTROL - Geneva, 24-31. 1994.
- WOLZ, M, *et al.* Declaração do Programa de Educação Nacional Pressão arterial elevada: **prevalência de hipertensão. Am Heart J. 2000, 13: 103-4**
- ZARNKE, KB. Desenvolvimentos recentes na avaliação e tratamento da hipertensão: PCHs, ALLHAT e vida. **Geriatrics e envelhecimento.** 2003, 6 (2): 14-20.
- WOOG, P. The chronic illness trajectory framework: **the Corbin and Strauss nursing model.** New York, Springer, 1992.