

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES CONTRIBUENTES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO

Andrea Abreu Calista*
Ariedney Samylla de Souza Vasconcelos**
Mayara Raquielle Leonardo Oliveira***

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de doenças cardíacas. Por ser crônica, a HAS requer tratamento por toda a vida, de forma que o seu controle é diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. Esta pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico realizado com o intuito de investigar os fatores que contribuem para uma melhor adesão dos hipertensos ao tratamento, como os relacionados ao paciente, à terapêutica, e ao sistema de saúde. Os resultados deixam claro que vários aspectos estão relacionados com a adequada adesão, sendo necessária uma ação conjunta desenvolvida pela tríade paciente – profissional – sistema de saúde. A partir do conhecimento desses fatores, será possível traçar estratégias mais eficazes no sentido de ajudar os hipertensos na busca de um melhor controle da doença e da qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Adesão ao tratamento. Tratamento anti-hipertensivo.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, os problemas cardíacos constituem um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), na faixa etária de 30 a 69 anos, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 65% do total de óbitos, constituindo assim a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira.

Entre 1930 e 1985, a mortalidade por doenças cardiovasculares aumentou em 208%. No contexto da transição epidemiológica, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque, pois

constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas. Até o final dos anos 1940, pouco se conhecia sobre a epidemiologia da HAS e não havia critérios padronizados e amplamente divulgados para definição dessa doença como problema de saúde populacional, sendo somente a partir de 1970 que começou o interesse pela HAS como problema de saúde pública, quando já eram claros os indícios da relevância desse agravo devido à sua alta frequência em óbitos por doenças cardiovasculares. (LESSA, 1993).

Para que se tenha uma idéia da magnitude do

*Graduanda do curso de enfermagem na FCM/CESED andrea_fcm@hotmail.com

**Graduanda do curso de enfermagem na FCM/CESED samylla_vasconcelos@hotmail.com

***Graduanda do curso de enfermagem na FCM/CESED mayara.raquielle@hotmail.com

problema, cerca de 85% dos pacientes que sofrem acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto agudo do miocárdio (IAM) apresentam HAS associados. (BRASIL, 2001).

No que se refere ao AVE, vale ressaltar que este vem ocorrendo em idade cada vez mais precoce, com uma letalidade hospitalar em torno de 50%; dentre os que sobrevivem, 50% ficam com algum grau de comprometimento. Dentre as doenças cardiovasculares, o AVE é a primeira causa de morte e tem como origem a HAS desregulada. (BRASIL, 2001).

Sendo a HAS uma doença crônica, ela pode ser controlada, mas não curada, requerendo assim tratamento por toda a vida. Um fato que causa extrema preocupação é que muitos indivíduos só descobrem que são portadores da doença quando apresentam complicações graves. Esse fato ocorre porque a HAS pode evoluir por um longo período sem ocasionar sintomas. Brandão *et al.* (1993) afirmam que, de toda a população de hipertensos, cerca de 1/3 não sabe que tem a doença e, dentre os que sabem apenas a metade, segue o tratamento com regularidade.

Dessa forma, a não adesão ao tratamento é um problema real, sendo uma característica própria de doenças crônicas e, em se tratando da HAS, constitui ponto fundamental para o êxito ou fracasso terapêutico. (MEDEL, 1997). Os prejuízos resultantes da não adesão são vários. Dentre eles, o principal é o inadequado controle da HAS que, conseqüentemente, levará a muitos outros problemas, tais como o aumento de complicações e do número de mortes resultantes dessas complicações. Além disso, ocasiona também a elevação dos gastos com admissões hospitalares e absenteísmo no trabalho. Diversos autores destacam os problemas decorrentes da não adesão ou adesão inadequada, dentre os quais ressaltamos Kuncl e Nelson (1997), Kjellgren, Ahlner e Saljö (1995) e Lahdenperä e Kyngäs (2000), entre

outros.

Para Marcon *et al.* (1995), a aderência do paciente ao regime terapêutico é de suma importância para o controle dos sintomas e progressão da doença. Sarquis *et al.* (1998) enfatizam que buscar otimizar a adesão do hipertenso ao tratamento constitui meta primordial no direcionamento das ações das equipes de saúde. Já Castro e Car (1999) apontam a adesão do hipertenso ao tratamento como um grande desafio para a equipe de saúde, tendo em vista as altas taxas de abandono, principalmente dos pacientes assintomáticos.

Apesar do papel de destaque que a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo ocupa para o sucesso da terapêutica, pesquisas analisando essa questão ainda são escassas. No Brasil, pesquisas relacionadas à hipertensão têm sido realizadas com frequência, porém, em sua maioria, são estudos epidemiológicos de prevalência ou estudos experimentais com medicamentos.

Marcon *et al.* (1995) destacam que, como o controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão ao tratamento, torna-se imprescindível a realização de pesquisas referentes a essa questão. Esses autores ainda comentam que pesquisas dessa natureza podem fornecer uma base teórica para os programas de educação em saúde e, desta forma, contribuir para a elaboração de programas mais eficazes.

Portanto, levando em consideração a problemática envolvida nessa questão, como também o papel de destaque que a adesão ao tratamento ocupa no controle da HAS como problema de saúde pública, percebemos a necessidade de realização de um estudo que investigue os fatores que contribuem para uma adequada adesão dos hipertensos à terapêutica. O conhecimento desses fatores certamente poderão servir de subsídios para a implementação de ações ou intervenções profissionais mais eficazes.

Especialmente na área de enfermagem, pois sendo o enfermeiro um profissional que procura assistir o indivíduo em sua totalidade e de modo contínuo, está em excelente posição para atuar e intervir nesse contexto.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM BREVE RELATO HISTÓRICO

A preocupação e a importância atribuídas ao coração remontam as sociedades primitivas. David (1993) relata que o homem da era paleolítica já conhecia o papel fundamental do coração para o organismo, o que pôde ser concluído através de imagens de cenas de caças desenhadas nas cavernas onde as flechas sempre aparecem crivadas no coração dos animais. Na antiga Babilônia, os sábios consideravam o sangue como o elixir da vida e, de acordo com a religião daquele povo, Deus teria criado o homem servindo-se de barro e sangue. Em registros históricos, segundo David (1993), constam que também os egípcios atribuíam ao sangue uma importância primordial nas funções do organismo; conheciam a relação do coração com o sistema circulatório. Para eles, o coração era o centro do organismo, tanto assim que era o único órgão que não era retirado dos cadáveres antes da mumificação; conheciam também a distribuição dos vasos mais importantes e a relação existente entre o pulso e o coração.

Muitos séculos depois, surgiu a preocupação em medir a pressão arterial (PA). Alvarce, Pierin e Mion Jr. (2000) informam que o primeiro registro direto da PA de que se tem conhecimento ocorreu na Inglaterra, por volta de 1733. Esse registro foi realizado, experimentalmente, pelo reverendo Stephen Hales que, para tal, introduziu um tubo na carótida de uma égua, na tentativa de visualizar as oscilações do pulso sanguíneo e de avaliar o

sincronismo dos batimentos cardíacos. Entretanto, conforme narram as autoras citadas, foi somente no final do século seguinte, em 1896, que Scipione Rocci, em Torino, na Itália, passou da fase puramente experimental para a aplicação clínica da medida da PA, projetando o primeiro esfigmomanômetro de coluna de mercúrio.

Alvarce, Pierin e Mion Jr. (2000) relatam também as contribuições do russo Nicolas Sergievic Korotkoff que, em 1904, ao verificar as alterações causadas pela turbulência do fluxo sanguíneo durante a inflação e deflação da bolsa de borracha, em decorrência das diferentes pressões provocadas pelo interior do vaso, sugeriu a possibilidade de se auscultar o pulso durante a compressão da artéria. Outra contribuição de Korotkoff foi a determinação da PA diastólica. Desde então, o método indireto com técnica auscultatória é o recurso mais utilizado para a medida da pressão sanguínea.

No início do século XX, a HAS foi definitivamente incluída na nosologia médica, coincidindo esse fato com a realização dos primeiros estudos epidemiológicos, cujos resultados mostraram maior morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares entre os indivíduos com PA sistólica e/ou diastólica elevada (SALA; NEMES FILHO; ELUF NETO, 1996). A incidência do problema em índices significantes do ponto de vista epidemiológico coincide com o período de explosão demográfica dos grandes centros, bem como o período de criação e expansão das grandes indústrias. Dessa forma, afirma Costa (1998), a HAS pode ser considerada uma doença da civilização industrializada, pois a industrialização é apontada como principal causa da explosão demográfica e de suas conseqüências.

2.1 FISIOPATOLOGIA DA HAS

De acordo com o III Consenso Brasileiro de

Hipertensão Arterial – CBHA (1998), a HAS, uma entidade clínica multifatorial é conceituada como síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular). Atualmente, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) define a HAS como uma PA sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação não hipertensiva tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião clínica e em momentos próximos.

As causas envolvidas no aparecimento dessa patologia ainda não são claras; tanto fatores genéticos como hábitos de vida podem influenciar no seu aparecimento (SMELTZER; BARE, 2006), existem ainda outras aéreas de investigação: hiperatividade

dos nervos vasoconstritores simpáticos; presença de substância vasoativa liberada pelas células endoteliais artérias que agem sobre a musculatura lisa sensibilizando-a a vasoconstrição; aumento do débito cardíaco, seguido de constrição arteriolar. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993), a busca de uma causa orgânica, individual para a elevação da PA, é quase sempre inútil, pois cerca de 95% dos pacientes hipertensos apresentam a hipertensão arterial primária, ou seja, sem ligação com outra patologia. Smeltzer e Bare (2006) acrescentam que, apesar da doença desenvolver-se predominantemente por razões de natureza genética, seu aparecimento quase sempre está combinado a fatores de risco como sal em excesso, obesidade, sedentarismo e tabagismo. O quadro a seguir mostra a classificação dos níveis de PA no adulto acima de 18 anos, conforme definido no III CBHA (1998).

Pressão Arterial Sistólica PAS (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica PAD (mmHg)	Classificação
< 130	< 85	Normal
130 – 139	85 – 89	Normal limítrofe
140 – 159	90 – 99	Hipertensão leve (estágio 1)
160 – 179	100 – 109	Hipertensão moderada (estágio 2)
? 180	? 110	Hipertensão grave (estágio 3)
? 140	< 90	Hipertensão sistólica (isolada)

Quadro 1 – Classificação diagnóstica da HAS em maiores de 18 anos. Fonte: III CBHA (1998, p. 4).

Em se tratando dos fatores de risco para a ocorrência da HAS, estes podem ser classificados em constitucionais e ambientais (BRASIL, 1993). Os fatores de risco constitucionais incluem: idade, sexo, raça, história familiar e obesidade.

No que diz respeito aos fatores de risco ambientais na HAS, podem ser listados: ingestão excessiva de sal, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, consumo de gordura, deficiência de cálcio e potássio na dieta, uso de drogas que aumentam a PA, fatores ambientais ao trabalho e classe social.

(BRASIL, 1993).

A HAS tem sido denominada de “matador silencioso”, pela ausência freqüente de sintomatologia nos indivíduos. Quando presentes, os sintomas costumam ser inespecíficos, como é o caso da cefaléia ou do mal estar geral, que podem ser atribuídos a muitas outras condições. A ausência de sintomas é considerada, inclusive, um dos grandes entraves para o diagnóstico e para a adesão dos pacientes à terapêutica. Segundo Fuchs et al. (1995), a HAS somente passa a provocar sintomas quando os órgãos

alvo começam a não mais suportar as alterações que sofreram para se adaptar aos níveis tensionais elevados, tais alterações, no entanto, não são precoces, surgindo geralmente após mais de dez anos de presença da doença.

O principal objetivo a ser alcançado com o tratamento da HAS é a prevenção da morbidade e mortalidade associada a essa doença e, tanto quanto for possível, com o mínimo de agressão ao paciente. (BRANDÃO et al., 1993).

Os aspectos descritos confirmam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo como um aspecto fundamental para o êxito ou fracasso terapêutico, justificando a importância do seu estudo.

2.2 COMPLICAÇÕES E PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

Entre as complicações que a HAS podem ocasionar ao indivíduo estão:

- a) lesão ao vaso sanguíneo no cérebro, olhos, coração e rins;
- b) aumenta o risco de AVC, angina, IM, cegueira;
- c) insuficiência cardíaca e renal;
- d) lesão vascular através da arteriosclerose.

A ocorrência da HAS é maior em negros, com prevalência de 30%; em brancos não-hispânicos essa prevalência é de 25% e nos americanos, de origem mexicana, é de 22%. Além da maior prevalência, a HAS ocorre mais cedo e é mais grave em negros (NETTINA, 2007).

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica elaborada com o intuito de investigar os possíveis fatores que contribuem para uma adequada adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. De acordo com Gil (2002), a pesquisa bibliográfica é

desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

As fontes bibliográficas utilizadas nesta pesquisa referem-se à produção científica sobre o tema em questão, publicada em periódicos científicos, livros, dissertações de mestrado, monografias e manuais do Ministério da Saúde, disponíveis na Biblioteca Central da Universidade Estadual da Paraíba e Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas – FCM, assim como artigos disponíveis na Internet. O estudo foi desenvolvido entre os meses de junho a setembro de 2007, na cidade de Campina Grande-PB e seguiu as seguintes etapas:

- a) Levantamento do material bibliográfico relacionado ao tema em estudo: foi realizada uma busca ativa de publicações científicas que tratavam da temática em questão, posteriormente realizou-se uma leitura exploratória das fontes identificadas seguida da seleção do material a ser trabalhado. A seleção da bibliografia foi realizada observando-se a relevância e adequação ao tema de interesse;
- b) Análise da literatura selecionada e elaboração do texto preliminar da pesquisa: compreendeu inicialmente uma leitura exploratória do material já selecionado, com o intuito de obter uma visão global do conteúdo. Posteriormente, foi realizada uma leitura objetiva e criteriosa, o que possibilitou a identificação dos elementos de interesse para a pesquisa. Realizada essa leitura, foram identificadas categorias e subcategorias de fatores que favorecem a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Cada categoria e subcategoria são descritas e analisadas detalhadamente na análise e discussão de resultados;
- c) Construção da redação final e elaboração do relatório final: foi realizado o registro final do estudo acerca da temática proposta, de modo que o objetivo

traçado fosse alcançado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As fontes bibliográficas utilizadas apontaram vários fatores que contribuem para melhorar a adesão

do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. Esses fatores estão relacionados ao próprio paciente, à terapêutica farmacológica e não farmacológica, bem como ao sistema de saúde. A fig. 1 sintetiza de forma objetiva todos os fatores identificados.

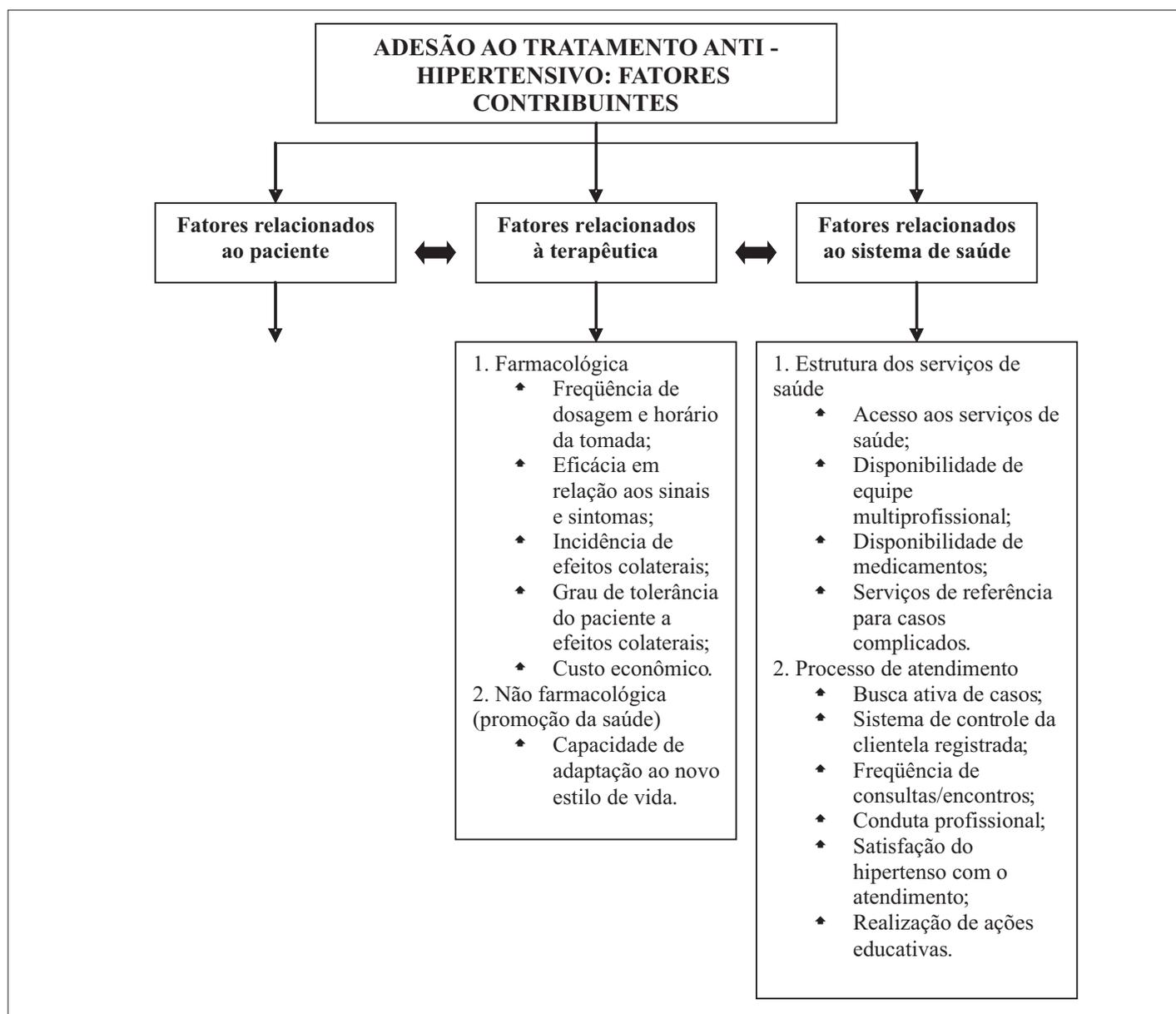


Figura 1 – Síntese dos fatores que contribuem para adesão ao tratamento anti-hipertensivo

4.1 FATORES RELACIONADOS AO PACIENTE

Dentro dessa categoria, foram identificados fatores relacionados a variáveis sócio-demográficas, ao conhecimento e crença sobre a HAS e ao apoio

familiar e social.

No que se referem às variáveis sócio-demográficas, os autores consultados apontam que as mulheres, os indivíduos de idade mais avançada, com um bom nível de instrução e situação financeira,

relativamente estável, geralmente têm uma melhor adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Os indivíduos casados ou que vivem uma união estável também aderem melhor ao tratamento. Autores como Chor (1998), Kyngäs e Lahdenperä (1999) e Clark, Curran e Noji (2000) colocam esses pontos de forma bastante clara.

A respeito do conhecimento e crenças sobre a HAS, ficou claro que indivíduos que têm acesso a fontes de informação e conseqüente maior conhecimento sobre a doença e suas possíveis complicações aderem melhor à terapêutica. Dessa forma esses indivíduos percebem a HAS como ameaça a saúde e passam a seguir as recomendações médicas. A presença de sintomas relacionados à HAS também motiva os hipertensos a aderir ao tratamento. Indivíduos que possuíam na família alguma pessoa que teve problemas de saúde, relacionados à HAS, também apresentam um melhor nível de adesão. A assiduidade dos pacientes às consultas também influencia positivamente na adesão. Os pacientes mais assíduos são mais motivados a realizar o tratamento e exibem maior desejo de aprender sobre a HAS e seu adequado controle.

O apoio da família e de pessoas significativas também foi um fator referido como facilitador da adesão. Autores como Lima, Araújo e Moreira (2000), assim como Clark, Curran e Noji (2000) enfatizam a importância da inclusão da família dentro do contexto de tratamento, pois, conforme afirma Desidério (1985), a família é o primeiro grupo a que pertence o indivíduo e é, via de regra, permanente, sendo um grupo social natural que governa as respostas de seus membros a informações ou estímulos, sejam eles internos ou externos.

4.2 FATORES RELACIONADOS À TERAPÊUTICA

Dentro dessa categoria, foram identificados

fatores relacionados à terapêutica farmacológica e não farmacológica.

No que se refere à terapêutica farmacológica, a simplificação do tratamento é um ponto chave. A diminuição do número de medicamentos utilizados e a diminuição da frequência das dosagens, de preferência uma única dose diária, são pontos que tendem a melhorar a adesão ao tratamento. Pova (2001) enfatiza essa questão. A eficácia com relação aos sinais e sintomas, uma baixa incidência de efeitos colaterais e um baixo custo econômico também são fatores citados por autores como Freitas *et al.* (2001), facilitadores da referida adesão.

Em se tratando da terapêutica não farmacológica, a capacidade do paciente em adaptar-se ao novo estilo de vida irá influenciar diretamente em uma adequada adesão. Sendo a HAS uma doença crônica, ela requer mudanças comportamentais para toda a vida. Dieta e exercícios físicos são fundamentais, além da abolição do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas. Em suma, quanto maior a capacidade de se adaptar a esses novos hábitos, melhor será o nível de adesão. Smeltzer e Bare (2005), assim como Figueiredo (2005) enfatizam bem essa questão.

4.3 FATORES RELACIONADOS AO SISTEMA DE SAÚDE

No que se refere ao Sistema de Saúde, foram identificados fatores relacionados à estrutura dos serviços, bem como fatores relacionados ao processo de atendimento.

Com relação à estrutura dos serviços de saúde à facilitação ao acesso, a disponibilidade de equipe multiprofissional nesses serviços, a disponibilidade de medicamentos para distribuição, assim como a existência de serviços de referência para encaminhamento foram os fatores apontados pelos autores como sendo pontos fundamentais que

auxiliam no processo de adesão. Freitas et al. (2001), Clark, Curran e Noji (2000) e Castro e Car (2000) enfatizam claramente essas questões.

No que diz respeito ao processo de atendimento, vários fatores podem ser destacados. A realização de busca ativa de casos, assim como a existência de um sistema de controle da clientela registrada são pontos importantes, é o que informa Alavarce, Pierin e Mion Jr. (2000). Clark, Curran e Noji (2000) afirmam que quanto maior a frequência das consultas, melhor será o seu nível de adesão.

A conduta do profissional no atendimento ao hipertenso é fator primordial para uma adequada adesão, o que influenciará diretamente na satisfação do paciente com o atendimento. Esses pontos são esclarecidos por autores como Willis (2000) e Svensson *et al.* (2000).

A realização de ações educativas pelos serviços de saúde também são apontados como fator primordial para a adesão dos pacientes ao tratamento. Habel (apud MEDEIROS, 2006) define essas ações como ensinamentos que ajudam os indivíduos a realizar mudanças de comportamento com o intuito de promover a saúde.

5 CONCLUSÕES

A pesquisa apontou que três grandes grupos de fatores contribuem para melhorar os níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, sendo eles: fatores relacionados ao próprio paciente, à terapêutica e ao Sistema de Saúde.

Levando em consideração todos esses aspectos, percebemos que, embora o portador de hipertensão seja considerado o foco central desse processo, a adesão não depende unicamente dele, mas do conjunto de elementos paciente-profissional de saúde-sistema de saúde. Certamente o esforço desenvolvido por um elemento isolado desse conjunto não conduzirá a bons resultados, sendo necessária uma ação conjunta para que bons níveis de adesão ao tratamento anti-hipertensivo sejam alcançados.

É de extrema importância que os profissionais que atuam junto a clientes hipertensos tenham conhecimento da gama de fatores capazes de favorecer o processo de adesão e, assim, sejam capazes de traçar estratégias mais eficazes no sentido de buscar uma maior adesão ao tratamento e, conseqüentemente, um maior controle da doença e melhor qualidade de vida para esses indivíduos.

ARTERIAL SYSTEMIC HYPERTENSION: CONTRIBUTORY FACTORS TREATMENT ACCEPTANCE

ABSTRACT

Arterial systemic hypertension (ASH- Arterial systemic hypertension) is one of the essential risk factors for cardiac diseases occurrence. As a chronic disease, (ASH- Arterial systemic hypertension), requires treatment during all life, controlling is directly related to the patient degree response to the treatment. This research relate a bibliographic survey conducted in order to investigate the factors that contribute to improve hypertensive acceptance taking treatment, well as those related to the patient, therapy, and health system. The results are clear that numerous aspects are related to its appropriate acceptance, a necessary group action developed by the triad - patient – professional- health system. By these factors awareness, it might be possible to trace more effective strategies to help/to assist the hypertensive in the search for a better control of the disease and quality of life.

Keywords: Arterial systemic hypertension. Treatment acceptance. Anti-hypertensive treatment.

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, mar. 2000.
- BRANDÃO, A. P. *et al.* **Curso de reciclagem em cardiologia**. Fascículo II. São Paulo: Pfeser, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço**. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES, 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus Protocolo. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, (DF), 2001.
- CASTRO, V. D.; CAR, M. R. Dificuldades e facilidades dos doentes no seguimento do tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 33, p. 294 – 304, set. 1999.
- 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, nov. 1998.
- CLARK, M. J.; CURRAN, C.; NOJI, A. The effects of community health nurse monitoring on hypertension identification and control. **Public Health Nursing**, v. 17, n. 6, p. 452 – 459, November/ December 2000.
- III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação**. Brasília- DF, 1998. Disponível em: http://www.sbh.org.br/documentos/consenso3_diagrama.htm. Acesso em: 20 de Agosto de 2007.
- COSTA, S. A. Prevenção e controle da hipertensão arterial na aeronáutica – um programa viável. **Rev. Méd. Aeronaut. Bras.**, v. 48, p. 19 – 23, jan./dez. 1998.
- DAVID, C. S. Hipertension arterial e su concepto histórico. **Tribuna Médica**. v. 78, n. 3, p. 48-54, 1993.
- DESIDÉRIO, F. M. **Família: laços e separações**. Bol. Psiq. SP, v. 18, n. 3-4, São Paulo, 1985.

- FIGUEIREDO, N. M. A. de. **Ensinar a cuidar em saúde pública**. Yendis Editora: São Caetano do Sul-SP, 2005.
- 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, T. D. *et al.* prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudos de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. Adas: São Paulo, 2002.
- KJELGREN, K. I.; AHLNER, J.; SÄLJÖ, R. Taking antihypertensive medication – controlling or cooperating with patients? **Internacional Journal of Cardiology**, v. 47, p. 257 – 268, 1995.
- KUNCL, N.; NELSON, K. M. Antihypertensive drugs – balancing risks and benefits. **Nursing**, p. 46 – 49, august, 1997.
- KYNGÄS, H. A.; LAHDENPERÄ, T. S. Compliance of patients with hypertension and associated factors. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 832-839, 1999.
- LAHDENPERÄ, T. S.; KYNGÄS, H. A. Compliance and its evaluation in patients with hypertension. **Journal of Clinical Nursing**, v. 9, p. 826 – 833, 2000.
- LESSA, I. Estudos Brasileiros sobre a epidemiologia da Hipertensão Arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 2, n. 3, p. 59 – 75, mai./jun., 1993.
- 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. **Nursing**, p. 18 – 23, maio, 2000.
- MARCON, S. S. *et al.* Comportamento preventivo de servidores da UEM hipertensos e a aderência ao programa de assistência ao hipertenso do ambulatório. **Ciencia Y Enfermería**, v. 1, n. 1, p. 33 – 42, 1995.
- MEDEIROS, A. R. C. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo em Unidade de saúde da família de João Pessoa - PB** Dissertação (Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde)-Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.
- MEDEL, E. S. Adherencia al control de los pacientes hipertensos y Factores que la Influencian. **Ciencia y Enfermería**, v. 3, p. 49 – 58, 1997.
- NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
- POVOA, R. Tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Compacta – Temas em cardiologia**. v. 3, n. 2, p. 5 – 10, jul. 2001.
- SALA, A.; NEMES FILHO, A.; ELUF-NETO, J. Avaliação da efetividade do controle da hipertensão arterial em unidade básica de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 161 – 167, 1996.
- SARQUIS, L. M. M. *et al.* A adesão ao tratamento na hipertensão arterial: análise da produção científica. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 4, p. 335 – 353, dez., 1998.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. C. Brunner e Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- _____, S. C.; BARE, B. C. Brunner e Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- SVENSSON, S. *et al.* Reasons for adherence whit antihypertensive medication. **Internacional Journal of Cardiology**, v. 76, p. 157 – 163, 2000.
- WILLIS, J. Patient compliance. **Nursing**, v. 96, n. 35, p. 36 – 37, 2000.