

ADESÃO ÀS MEDIDAS DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: O COMPORTAMENTO DO HIPERTENSO

Cibele de Souza Moraes¹, Edson Mamoru Tamaki²

RESUMO: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode, em muitos casos, ser controlada apenas com medidas higiênico-dietéticas (alimentação adequada, atividade física, abstenção de fumo e bebida alcoólica e controle de peso), embora em outros casos seja necessário o uso concomitante de tratamento medicamentoso. O objetivo deste estudo foi identificar o comportamento adotado por hipertensos em relação às medidas de controle. Os sujeitos da pesquisa foram 18 hipertensos da área de abrangência de uma unidade de PSF no município de São Gabriel do Oeste, Mato Grosso do Sul, aos quais foi aplicado um formulário contendo questões abertas e fechadas. A adesão às medidas de controle mostrou-se muito baixa, até mesmo por aqueles que sofreram complicações decorrentes da HAS. Por outro lado, 83,3% dos entrevistados mantinham pressão arterial controlada, fazendo uso apenas da medicação. No entanto, só o uso da medicação não é suficiente para melhorar o nível de saúde do hipertenso.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão; Conduta de saúde; Prevenção e controle.

COMPLIANCE WITH MEASURES OF CONTROL OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION: HYPERTENSIVE PATIENTS' BEHAVIOR

ABSTRACT: Systemic arterial hypertension (SAH) can, in many cases, be controlled with solely hygienic-dietetic measures (adequate food intake, practice of physical activities, abstinence from tobacco and alcohol, and weight control), although in other cases a concurrent use of drug therapy is required. The purpose of this study was to gain knowledge on the behavior of hypertensive patients regarding control measures. The subjects investigated were 18 hypertensive patients living in the coverage area of a Family Health Unit located in the county of São Gabriel do Oeste, state of Mato Grosso do Sul, southwestern Brazil. A form containing open- and closed-ended questions was applied. Compliance with the measures of control was very low, even by those who had suffered complications of SAH. On the other hand, 83.3% of the informants were able to maintain their arterial pressure under control. Medication alone, however, is not enough to improve the health status of hypertensive patients.

KEYWORDS: Hypertension; Health behavior; Prevention and control.

ADHESIÓN A LAS MEDIDAS DE CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA: EL COMPORTAMIENTO DEL HIPERTENSO

RESUMEN: La hipertensión arterial sistémica (HAS) puede, en muchos casos, ser suficientemente controlada con medidas de control higiénicas y dietéticas (alimentación adecuada, práctica de actividad física, abstinencia de tabaco o bebida alcohólica y control del peso), aún que en otros casos sea necesario el uso concomitante de tratamiento medicamentoso. El objetivo de este estudio fue conocer el comportamiento adoptado por pacientes hipertensos en relación a las medidas de control. Los sujetos de la pesquisa fueron 18 pacientes hipertensos del área de competencia de una Unidad de Salud de la Familia en el Ayuntamiento de São Gabriel do Oeste, Mato Grosso do Sul, a quienes se les hizo una entrevista conteniendo cuestiones abiertas y cerradas. La adhesión a las medidas de control se mostró muy baja, incluso por aquellos que sufrieron complicaciones resultantes de la HAS. De otra parte, los 83,3% de los entrevistados mantenían presión arterial controlada. Sin embargo, el uso exclusivo de medicación no es suficiente para mejorar el nivel de salud de pacientes hipertensos.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión; Conducta de salud; Prevención y control.

¹Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Ciências da Saúde.

²Coordenador do Mestrado em Saúde Coletiva da UFMS. Doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Paris IX - França.

Autor correspondente:

Cibele de Moura Sales

Rua Araguaia, 38 – 79811-130 – Dourados- MS

Email: cm.sales@terra.com.br

Recebido em: 26/10/06

Aprovado em: 05/04/07

INTRODUÇÃO

A preocupação com a hipertensão arterial sistêmica (HAS) decorre de sua contribuição para a morbimortalidade causada por doenças cardiovasculares, as quais, mesmo quando não fatais, levam com frequência à invalidez parcial ou total, com graves repercussões para o indivíduo, sua família e a própria sociedade. A HAS, por exemplo, aumenta em sete vezes o risco de acidente vascular cerebral, torna o risco de infarto do miocárdio três vezes maior, é a causa mais comum de insuficiência cardíaca e associa-se com aneurismas em 60% a 80% dos casos⁽¹⁻⁴⁾.

Dentre os fatores de risco cardiovascular, a HAS é um dos mais importantes, afetando quase 20% da população com mais de 20 anos⁽¹⁻⁴⁾. Doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e cardiopatia isquêmica, têm sido a primeira causa de morte na grande maioria dos países desde a primeira metade do século passado⁽⁴⁻⁶⁾. Considerando tal quadro, torna-se urgente implementar ações básicas de diagnóstico e controle dos fatores de risco clássicos da HAS como consumo excessivo de sal, consumo de álcool, tabagismo, excesso de peso, estresse constante, falta de atividade física e presença de diabetes^(7,8).

No caso específico da HAS, as medidas para normalização dos níveis de pressão, que constituem o objetivo do tratamento, envolvem mudança no estilo de vida, visando diminuir a influência dos fatores de risco. Desse modo, o objetivo da ação do serviço de saúde, que era o de remediar a doença, ganha um novo direcionamento, a prevenção e o controle dos fatores de risco.

O tratamento não-medicamentoso é indicado para todos os pacientes portadores de hipertensão arterial. Para tratamento de indivíduos com pressão arterial diastólica menor que 104 mmHg e sem lesões em órgãos-alvo, pode ser suficiente a aplicação de medidas higiênico-dietéticas⁽⁷⁻⁹⁾. Segundo o Ministério da Saúde, “o tratamento medicamentoso, para esses pacientes, só estará indicado caso aquelas recomendações não se mostrem eficazes ao fim de seis meses ou apareçam lesões em órgãos-alvo”^(8:157), daí a necessidade de conhecer como tais medidas podem controlar a pressão arterial e a maneira adequada de pô-las em prática.

A utilização do conceito de campo de saúde, de Lalonde⁽¹⁰⁾, permite identificar o componente em que se pode implementar uma intervenção adequada

para a obtenção de um melhor nível de saúde. Esses componentes são a biologia humana, aí incluídos todos os eixos relacionados com a saúde manifestados no organismo como conseqüência da constituição orgânica do indivíduo; o meio ambiente, composto de fatores externos ao indivíduo e sobre os quais ele tem pouco ou nenhum controle; o estilo de vida, que constitui o conjunto de decisões que o indivíduo toma em relação a sua saúde e sobre as quais exerce considerável grau de controle; e a organização dos serviços de saúde, envolvendo aspectos quantitativos, qualitativos e referentes à relação entre as pessoas e os serviços de saúde.

As medidas de controle da HAS situam-se, em grande parte, no componente estilo de vida, pois sua adoção envolve mudança de hábitos, o que depende principalmente do indivíduo. Estas são as chamadas medidas de controle higiênico-dietéticas da HAS e incluem abolição do álcool e do tabaco, realização de atividade física, perda do excesso de peso e mudanças nos hábitos alimentares.

O Programa Saúde da Família (PSF) criou condições para a construção de um novo modelo assistencial em que a atenção à saúde está focalizada na família e na comunidade, utilizando práticas que visam estabelecer novas relações entre profissionais de saúde, indivíduos, suas famílias e comunidade⁽¹¹⁾.

A educação em saúde é considerada, atualmente, uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença⁽¹¹⁾.

Nesse contexto, o profissional enfermeiro exerce um papel relevante, por ser o profissional responsável pela coordenação das equipes de PSF e instrutor-supervisor do trabalho do agente comunitário de saúde — este considerado o elo entre o serviço de saúde e a comunidade assistida.

A equipe de Saúde da Família, na busca do controle de riscos em nível individual, desenvolve propostas educacionais que permitirão ao indivíduo a escolha de seu estilo de vida de modo racional e autônomo⁽¹²⁾. Aos serviços de saúde compete fornecer assistência adequada e orientação para viabilizar as mudanças de estilo de vida.

O conhecimento do comportamento dos indivíduos assistidos pelos profissionais de saúde permite o desenvolvimento de estratégias que possam melhorar o nível de saúde da comunidade. Neste

contexto, o objetivo deste estudo foi identificar o comportamento adotado por hipertensos em relação às medidas de controle da Hipertensão.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO

A pesquisa configura-se como exploratória, observacional e de corte transversal. A pesquisa foi desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família do Jardim Gramado, no município de São Gabriel do Oeste, Mato Grosso do Sul.

A amostra foi escolhida por conveniência, uma vez que se pretendeu apreender o comportamento do hipertenso em relação à adesão ao tratamento, no contexto da ação educativa realizada pelos agentes comunitários de saúde. Assim, os critérios de inclusão foram: estar cadastrado pelo agente comunitário de saúde (ACS) da Unidade de Saúde, estar recebendo acompanhamento desse ACS, haver recebido diagnóstico médico de hipertensão arterial sistêmica e ter disponibilidade e vontade de participar do estudo.

Para a seleção realizou-se um levantamento de quantos pacientes hipertensos cada ACS da Unidade acompanhava. Listaram-se todos os nomes desses pacientes em folhas separadas por ACS. De cada lista foram sorteados dois pacientes. Pelo fato de se tratar de amostragem não-probabilística, não se visou uma generalização dos resultados, mas propiciar conhecimento sobre o fenômeno estudado.

Para a coleta de dados foi aplicado um formulário com questões abertas e fechadas, elaborado especificamente para este estudo. Foi realizado um pré-teste com dois pacientes hipertensos, a partir do qual foram feitos ajustes no instrumento de coleta de dados.

As entrevistas foram realizadas no domicílio de cada participante, sempre respeitando sua disponibilidade. Após a apresentação da pesquisadora e do objetivo do estudo, foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo todas as explicações necessárias, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e aos procedimentos do Comitê de Ética da Instituição de Ensino Superior em que a pesquisa foi realizada. No caso de participantes analfabetos, os familiares leram-lhes o Termo em voz alta. Foi-lhes permitido sanar dúvidas e receber esclarecimentos quanto à liberdade de participar ou não do estudo, conforme a própria vontade.

As entrevistas foram individuais, com duração média de uma hora e gravadas, com prévia

concordância do entrevistado, sendo complementadas com anotações da entrevistadora.

Cada participante foi identificado por um número seguido das letras F ou M, de acordo com o sexo, da seguinte forma: 1F, 2F, 3F, 4M, 5F, 6F, 7M, 8F, 9F, 10F, 11F, 12F, 13M, 14F, 15F, 16F, 17M e 18F.

Elaborou-se um plano geral de análise e tratamento dos dados, constituído das seguintes etapas: tabulação dos dados quantitativos; organização das unidades temáticas referentes às seguintes variáveis: controle da alimentação, atividade física, abstenção de fumo e bebida, regime alimentar e medicação; interpretação dos resultados.

RESULTADOS

Coisas ruins podem acontecer, mas experimentá-las pode nos tornar pessoas melhores. Gostaríamos de acreditar que aquilo que vivenciamos (particularmente as coisas ruins) nos ensina sempre uma lição e nos permite ser mais do que seríamos de outra maneira. Não posso dizer se alguém ou alguma coisa nos ofereceu essas experiências com qualquer intenção de aprendermos algo. Porém como indivíduos com livre-arbítrio, certamente podemos optar por usar qualquer coisa que nos aconteça como alimento para a evolução pessoal^(13:260).

Olhando a vida pelo prisma de Marinoff⁽¹³⁾, somos levados a supor que as experiências vividas relacionadas à HAS, quer ocorridas com o próprio indivíduo ou com pessoas próximas, têm o potencial de ampliar seu conhecimento sobre essa realidade, podendo influenciar seu modo de vida. Poderíamos também crer que o fato de um indivíduo descobrir de maneira traumática que é portador de HAS — como por exemplo, após um infarto ou acidente vascular cerebral, ou ao observar essas complicações em pessoas próximas — lhe traria uma compreensão maior do problema, sensibilizando-o e facilitando-lhe a adoção de um estilo de vida mais saudável.

Buscando conhecer de que forma esse fenômeno se verificava no grupo pesquisado, os pacientes foram agrupados de acordo com sua experiência com as complicações da HAS, permitindo comparar as medidas de controle que adotaram.

Tabela 1 – Medidas de controle adotadas por hipertensos segundo a experiência prévia com complicações da hipertensão arterial sistêmica. Unidade de Saúde da Família do Jardim Gramado, São Gabriel do Oeste, MS

Medidas de controle adotadas pelos pacientes

Experiência com complicações	Pacientes hipertensos		Controle de alimentação		Atividade física		Abstenção de fumo e bebida		Regime alimentar		Medicação	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	Em si mesmo	4	22,2	1	25,0	1	25,0	1	25,0	1	25,0	2
Em familiares	6	33,3	1	16,6	2	33,3	4	66,6	0	0,0	4	66,6
Sem experiência	8	44,4	4	50,0	3	37,5	7	87,5	1	12,5	8	100,0

Fonte: Pesquisa de campo

Os dados da Tabela 1 mostram que o grupo que apresentou o maior percentual de adoção de medidas de controle foi o dos pacientes que não vivenciaram nenhuma experiência prévia com as complicações da HAS, fosse em si mesmos ou em familiares. O menor percentual de adesão foi relacionado ao regime alimentar, medida de controle que só foi seguida por dois indivíduos.

Quanto à atividade física, à abstenção de fumo e bebida e ao uso de medicação, os percentuais de adoção dessas medidas de controle foram menores no grupo dos que vivenciaram complicações em si mesmos do que naqueles que não tiveram essa experiência. Isso mostra que a experiência negativa com a HAS não leva, por si só, à mudanças de comportamento, pelo menos não no sentido de tornar o indivíduo um praticante das medidas de controle. Assim, o grupo em que se esperaria, com base no bom senso, encontrar maior adesão às medidas de controle, revelou-se como o grupo em que houve menor adesão.

O grupo sem experiência prévia de complicações da HAS apresentou o dobro do percentual de adoção de medidas de controle de alimentação, de abstenção de fumo e bebida e de uso de medicação em relação aos que vivenciaram complicações em si mesmos. No caso dos que usavam medicação, esses percentuais foram de 100,0% e 50,0%, respectivamente.

Um questionamento que emergiu foi: Será que essas pessoas sofreram as conseqüências da HAS exatamente por não adotarem as medidas de controle? Não foi possível encontrar respostas para tal questão. Um ponto, porém, se evidenciou: mesmo com a vivência de complicações, não ocorreram mudanças significativas na prática de controle da HAS. Os relatos a seguir ilustram os aspectos acima expostos:

Tenho um irmão com o mesmo problema e a minha

mãe morreu de derrame por causa da pressão alta, mas isso não me preocupa e nem me faz tomar mais cuidado (1.F).

Como não tenho nada, não sinto assim, mas se tivesse sintoma também não me importaria(2.F).

Chama a atenção o fato de que esta última paciente realmente apresenta sintomas, tendo até sido por duas vezes encaminhada a um hospital em ambulância. Esse aparente descaso para com o próprio bem-estar constituiria, por si só, objeto de um trabalho específico. Algumas das possíveis questões norteadoras de novas investigações incluem: Seriam essas pessoas simples hedonistas, para as quais viver o presente, sem restrições, constitui o supremo bem da existência? Ou seria a vida que levam, tão carente de significado, que morrer em decorrência de uma doença se constitui em uma fuga dos problemas que as assediam? Nesse caso, o comportamento aparentemente hedonista não seria um sintoma de cansaço em relação à vida, uma atitude de desesperança quanto à possibilidade de uma vida melhor? Hedonismo ou, ao contrário, imersão em problemas mais complexos poderiam estar sendo utilizados para minimizar o sofrimento causado pela HAS?

A adoção de medidas de controle é importante para que não somente a pressão arterial se mantenha nos níveis de normalidade, como também permitir que o indivíduo adquira resistência orgânica, colaborando tanto para uma recuperação adequada, em caso de complicações, quanto para uma vida mais saudável^(3,7,14-16).

O número de pacientes que aderiram à abstenção de fumo e bebida, Tabela 2, foi relativamente alto, se comparado ao de outras medidas de controle. Cabe ressaltar que muitas dessas pessoas

Tabela 2 – Adoção das medidas de controle da hipertensão arterial sistêmica por pacientes hipertensos. Unidade de Saúde da Família do Jardim Gramado, São Gabriel do Oeste, MS

Medidas de controle	Total de pacientes hipertensos	Pacientes que adotaram medidas de controle		Pacientes que não adotaram medidas de controle	
		n	%	n	%
Controle de alimentação	18	6	33,3	12	66,7
Atividade física	18	6	33,3	12	66,7
Abstenção de fumo e bebida	18	12	66,7	6	33,3
Regime alimentar	18	2	11,1	16	88,9
Medicação	18	14	77,8	4	22,2

Fonte: Pesquisa de campo

nunca beberam ou fumaram. Neste caso, se excluirmos os oito pacientes que não bebiam nem fumavam anteriormente, obtém-se quatro indivíduos hipertensos que abandonaram o uso.

A única medida que teve alto índice de adoção foi a medicação, com 77,8%. O controle de alimentação, a atividade física e a abstenção de fumo e bebida situaram-se em patamares próximos, variando de 27,8% a 36,4%. O menor percentual de adoção foi o de regime alimentar, com 11,1%.

Um dos aspectos importantes do regime alimentar é que, se inadequado, não levará à perda de peso necessária, deixando o paciente descontente com a prática. A perda de peso é prontamente mensurável, diferentemente dos resultados da mudança na alimentação, como por exemplo, a pronta percepção dos benefícios propiciados pela diminuição da gordura e do sal. Outro ponto importante e dificultante, é que o regime envolve também a diminuição da quantidade de alimentos ingeridos e a realização de atividade física. A alimentação, além disso, é um dos primeiros prazeres que o ser humano reconhece, desde o nascimento⁽¹⁷⁾, ao passo que a atividade física requer intencionalidade e dedicação de tempo. De fato, muitos pacientes hipertensos desistem da prática de caminhada por alegarem “sentir cansaço” ou que “o resultado é apenas cansaço”.

A importância atribuída ao comer pode ser identificada na fala da paciente:

Só sei que para emagrecer eu tenho de ficar sem comer, mas ficar sem comer não dá. Eu nasci e

me criei comendo; então, sem comer eu não posso ficar(5.F).

Outra paciente, por sua vez, mencionou o fato de que na fazenda as pessoas comem arroz e feijão nas três refeições diárias, e complementou:

O doutor me falou que preciso emagrecer, ele fez a dieta e tudo, mas não segui. É bobeira deixar de comer; antes todo mundo comia tudo e não ficava doente (6.F).

Como o índice de adoção das recomendações higiênico-dietéticas foi relativamente baixo (de até 36,4%), buscou-se conhecer quantos dos pacientes mantinham seus níveis de pressão arterial na faixa de normalidade. O percentual obtido foi de 83,3%: dos 18 pacientes hipertensos pesquisados, 15 mantinham sua HAS sob controle, Tabela 3, a seguir.

Neste aspecto, uma nova questão pode ser formulada: Poderiam os pacientes hipertensos manter a pressão controlada sem o uso de medicamentos, apenas implementando as mudanças de estilo de vida sugeridas? O que é mais fácil realizar: uma reformulação nos hábitos de vida, por vezes profundamente arraigados, ou o uso de medicação, cuja utilização é relativamente simples? Estaria tal dificuldade relacionada com o fato de as condições do meio não facilitarem mudanças profundas de comportamento tornando, dessa forma, o uso exclusivo de medicamento a única opção viável?

Tabela 3 – Adoção das medidas de controle da hipertensão arterial por pacientes hipertensos, segundo obtenção de controle da pressão arterial. Unidade de Saúde da Família do Jardim Gramado, São Gabriel do Oeste, MS

Medidas de controle	Total de pacientes com HAS controlada	Medidas adotadas por pacientes com HAS controlada		Total de hipertensos sem HAS controlada	Medidas de controle adotadas por pacientes sem HAS controlada	
		n	%		n	%
Alimentação	15	5	33,3	3	1	33,3
Atividade física	15	5	33,3	3	1	33,3
Abstenção de fumo e bebida	15	10	66,6	3	2	66,6
Regime	15	2	13,3	3	0	0,0
Medicação	15	14	93,3	3	0	0,0

Fonte: Pesquisa de campo

O uso de medicamento não exige mudanças radicais no estilo de vida, nem requer alocação considerável de tempo. Além disso, na grande maioria dos casos, os medicamentos disponíveis na rede do Sistema Único de Saúde atendem à necessidade dos pacientes hipertensos, e tais medicamentos trazem poucos efeitos colaterais. Há ainda as ações do ACS que priorizam o controle da medicação, em detrimento das demais medidas de controle⁽¹²⁾. Esses aspectos podem explicar o porquê, dentre as medidas de controle, a medicação teve alto percentual de adoção.

É interessante observar que, dos quatro pacientes hipertensos que não faziam uso adequado de medicação, Tabelas 2 e 3, três haviam vivenciado episódios recorrentes de elevação da pressão arterial. Dos que não seguiam o tratamento medicamentoso, 75,0% não tinham pressão arterial sob controle.

Quando os percentuais de adoção das medidas de controle são comparados, nota-se que a grande diferença entre o grupo que tinha pressão controlada e o que não a tinha sob controle foi exatamente o uso da medicação: no grupo com HAS controlada, o percentual de adoção da medicação foi de 93,3%, contra nenhum paciente no grupo sem controle do distúrbio.

Comparando-se as outras medidas de controle, constata-se que os percentuais são exatamente os mesmos, com exceção do regime alimentar, com índices de 13,3% contra zero, respectivamente —

ainda assim, diferença inferior à dos percentuais de medicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados demonstram a dificuldade que pacientes com HAS têm em adotar medidas de controle e a necessidade de desenvolvimento de trabalhos de educação em saúde que permitam a transformação dessa realidade. Constatou-se que a experiência de uma complicação da HAS não assegura maior adesão do paciente ao tratamento. O comportamento paradoxal observado nessa amostra foi exatamente o de não-adesão.

A medicação foi a medida de controle da HAS utilizada por 93,3% dos pacientes que mantinham sua pressão arterial sob controle, e por nenhum dos que não a controlavam, o que demonstra ser a medicação a medida de controle responsável por manter os níveis normais de pressão. Esse comportamento é possibilitado pela facilidade de uso do medicamento, o que contrasta com os esforços necessários para alcançar perda de peso, realizar atividade física diária e alterar hábitos alimentares.

A adoção das medidas de controle higiênico-dietéticas da HAS na amostra foi baixa (de até 36,4%), apesar de alguns integrantes terem um histórico de complicações cardiovasculares. Apesar de 93,3% dos entrevistados controlarem sua pressão arterial com o

uso de medicação anti-hipertensiva, tal recurso não é suficiente para controlar o distúrbio por completo, já que fatores como obesidade e sedentarismo podem agravar crises hipertensivas, infartos ou acidentes vasculares.

Torna-se necessário contar com uma associação de estilo de vida saudável, uso da medicação e trabalho da equipe de saúde para que se possa reduzir ao máximo os riscos que a HAS coloca à saúde e às condições de vida. Nesse processo, a Enfermagem tem um importante papel, em função de sua inserção no Sistema de Saúde, atuando nos problemas específicos de cada indivíduo, família e comunidade. O conhecimento de que os pacientes hipertensos apresentam dificuldades em integrar à vida diária um programa para tratamento da doença e de suas seqüelas permitirá o planejamento de intervenções adequadas para a mudança desse padrão de resposta.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Coordenadoria de Assistência Médica (CAM). Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA). Brasília; 1999.
2. Oliveira MCB. Avaliando a adesão do paciente hipertenso ao programa de educação e controle da hipertensão arterial na rede municipal de saúde em Campo Grande (MS) [monografia]. Campo Grande: Escola Jorge David Nasser, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul; 2000.
3. Pollock ML, Wilmore JH. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. Rio de Janeiro: MEDSI; 1993.
4. Meireles VC, Oliveira MLF, Matsuda LM, Marcon, SS. Diagnósticos e ações de enfermagem a portadores de doenças crônicas assistidos no domicílio. *Cogitare Enferm.* 2005 Set/Dez;10(3):37-43.
5. Chor D, Fonseca MJM, Andrade CR, Waissmann W, Lotufo PA. Doenças cardiovasculares: panorama da mortalidade no Brasil. In: Minayo MCS, organizador. Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1999. p.57-86.
6. Ministério da Saúde (BR). Datasus. Mortalidade Brasil. Acesso em : 22 de Mar de 2007. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obtuf.def>.
7. Cooper KH. Controlando a hipertensão. Rio de Janeiro: Nórdica; 1991.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: CDCV/NUTES; 1993. p.157.
9. Cooper KH. Correndo sem medo. Rio de Janeiro: Nórdica; 1987.
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Government of Canadá; 1974.
11. Silva MA, Oliveira AGB, Mandú ENT, Marcon SR. Enfermeiro e grupos em PSF: possibilidade para participação social. *Cogitare Enferm.* 2006 Mai/Ago;11(2):143-9.
12. Scholze AS, Silva YF. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. *Cogitare Enferm.* 2005 Mai/Ago;10(2):9-16.
13. Marinoff L. Mais Platão, menos Prozac: a filosofia aplicada ao cotidiano. Rio de Janeiro: Record; 2001.
14. Augusto ALP, Gerude M. Nutrição na hipertensão arterial sistêmica. In: Augusto ALP, Alves DC, Mannarino IC, Gerude M. Terapia nutricional. São Paulo: Atheneu; 1993. p.81-87.
15. Bevilacqua F. Fisiopatologia clínica. São Paulo: Atheneu; 1993.
16. Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991.
17. Herculano-Houzel S. Sexo, drogas, rock'n'roll... e chocolate: o cérebro e os prazeres da vida cotidiana. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.