

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO COMO EDUCADOR NA PREVENÇÃO E CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL

Mariana Bigaran¹

Enfermeira. Especialista em Formação de Docentes para Educação Profissional: Enfermagem. Professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade do Litoral Sul Paulista (FALS), Praia Grande, São Paulo, Brasil.

RESUMO: A hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde pública pelos riscos e pelas dificuldades na sua prevenção, controle e adesão ao tratamento. O objetivo deste trabalho é mostrar que o papel do enfermeiro como educador na prevenção e controle da Hipertensão Arterial (HA) é de suma importância para diminuir a morbi-mortalidade dos pacientes. Trata-se de uma pesquisa em Metodologia Qualitativa de Levantamento Bibliográfico e foram realizadas pesquisas em livros e artigos científicos de bancos de dados como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (Lilacs). Entre os fatores de risco para a hipertensão arterial estão o aumento de peso e ingestão de sódio, o sedentarismo, o tabagismo, etc. A prevenção, o controle e o tratamento da hipertensão arterial são um grande desafio para os profissionais de saúde que reconhecem que o tratamento efetivo desta doença reduz suas complicações, colocando os pacientes praticamente no mesmo nível de risco da população geral, e, com isso apresentando um impacto positivo quanto à morbi-mortalidade destes pacientes. Quando a hipertensão arterial é diagnosticada precocemente, ela é sensível ao tratamento e o paciente tem maiores chances de evitar complicações resultantes da enfermidade. A educação em saúde na hipertensão arterial orienta os pacientes quanto ao uso correto e contínuo do medicamento, conhecer a doença e seus fatores de risco, para prevenir complicações, garantindo aos pacientes um acompanhamento e tratamento efetivo. Esta educação deve incluir estratégias que priorizem a educação e a adoção de comportamentos favoráveis ao controle da doença, modificando hábitos e, quando necessário, o uso correto de medicamentos. Portanto, a não adesão do paciente hipertenso ao tratamento, ainda constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanha, entre estes o enfermeiro que tem como meta engajá-lo no autocuidado. Os profissionais de enfermagem devem entender a educação em saúde como um compromisso entre eles e a saúde dos pacientes, como educadores, e neste processo educativo sentem o dever de aplicar seus conhecimentos em benefício de uma população que carece de informações para poder viver melhor. O trabalho do enfermeiro como educador deve despertar nos pacientes a motivação necessária e suficiente para que eles vençam o desafio de adotar atitudes, hábitos e práticas de saúde saudáveis que se tornem ações anti-hipertensivas efetivas e contínuas.

Palavras-chave: Educação. Hipertensão arterial. Prevenção. Controle. Adesão.

ABSTRACT: The arterial hypertension is one of the main problems of public health due to the risks and difficulties in its prevention, control and adherence to the treatment. This work aims to show that the nurse role like an educator in the prevention and control of Arterial Hypertension (AH) is very importance to diminish the morbimortality of the patients. This is a research in Qualitative Methodology of Bibliographical Survey and had been carried through research in books and scientific articles of data bases like the *Scientific Electronic Library Online* (SciELO)

¹ Email: bigaranmari@yahoo.com.br

and Caribbean Latin American Literature and in Sciences of the Health (Lilacs). Among the risk factors for the arterial hypertension are the increase of weight and sodium ingestion, the sedentary life, the tobacco, etc. The prevention, the control and the treatment of the arterial hypertension are a great challenge for the health professionals who recognize that the effective treatment of this disease practically reduces its complications, placing the patients in the same level of risk of the general population, and, presenting a positive impact in relation to the morbimortality of these patients. When the arterial hypertension is diagnosed early, it is sensible to the treatment and the patient has great possibilities to prevent complications of the disease. The health education in the arterial hypertension guides the patients about the correct and continuous use of the medicine, to know the disease and its risk factors, to prevent complications, guaranteeing to the patients a accompaniment and effective treatment. This education must include strategies that prioritize the education and the adoption of behaviors favorable to the control of disease, modifying habits and, when necessary, the correct use of medicine. Therefore, the non-adhesion of the hipertense patient to the treatment still constitutes a great challenge for the professionals that follow this patient, like the nurse who has like goal to engage the patient in the self care. The nursing professionals must understand the health education like a commitment between them and the health of the patients, like educators, and in this educative process they feels that they can apply their knowledge in benefit of a population that lacks of information to live better. The work of the nurse like an educator must awake in the patients the necessary and enough motivation so that they win the challenge to adopt attitudes, healthful habits and practices that become in continuous and effective anti-hypertensive actions.

Key-words: Education. Arterial hypertension. Prevention. Control. Adhesion.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) atualmente é dos principais problemas de saúde pública pela sua magnitude, pelo risco e também pelas dificuldades encontradas no seu controle. A gravidade da hipertensão arterial depende dos fatores biológicos e demográficos das populações, bem como do estilo de vida, do ambiente, psicossocial, físico e das características da organização dos serviços de saúde.

É importante comentar que os pacientes hipertensos apresentam dificuldades em aderirem ao tratamento devido à não-aceitação das modificações no estilo de vida, tais como a alimentação, repouso e o não consumo de bebidas alcoólicas. Como a hipertensão é uma doença assintomática, os pacientes não vêem a necessidade de implementar um tratamento tão rigoroso e de longo prazo.

O **problema** aqui apresentado é que a hipertensão arterial hipertensão arterial vem aumentando assustadoramente no Brasil e no mundo devido à desinformação sobre a doença, o tratamento e suas complicações que, com freqüência, levam à

invalidez total ou parcial do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, família e sociedade. Questiona-se que se o paciente com hipertensão arterial receber educação adequada a respeito de sua doença ele terá menor risco de morbi-mortalidade?

O paciente recebendo uma educação adequada por parte do enfermeiro, em relação ao seu tratamento pode ter uma vida praticamente no mesmo nível da população em geral, diminuindo assim a morbi-mortalidade dos mesmos.

Como justificativa para a escolha do tema temos que sendo a hipertensão arterial uma doença de alta prevalência na população mundial, a mesma causa grande preocupação, por modificar a qualidade de vida dos indivíduos em decorrência de importantes alterações que estes enfrentam, com vários desafios no dia-a-dia, causados pelo acúmulo de funções.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa em Metodologia Qualitativa de Levantamento Bibliográfico. A pesquisa bibliográfica que, de acordo com Gil (2002), é aquela que se desenvolve para se explicar um problema a partir das teorias publicadas em diversos tipos de fontes. A realização da pesquisa bibliográfica é fundamental para que se conheça e se analise as principais contribuições teóricas sobre um determinado tema ou assunto.

Foram feitas pesquisas em livros e artigos científicos. Os artigos foram pesquisados em bancos de dados na Internet como a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), utilizando-se as seguintes palavras-chave: hipertensão arterial, educação, controle e prevenção. E foram pesquisados também outros estudos de referência como monografias, dissertações e teses. Foi dada preferência às referências publicadas nos dez últimos anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Garcia et al. (2007, p. 150):

Define-se Hipertensão Arterial (HA) como o aumento da pressão arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg ou mais e de pressão arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg ou mais em indivíduos que não estão em uso de medicação anti-hipertensiva, tendo sido esses valores encontrados em pelo menos duas aferições, realizadas na mesma ocasião e em momentos próximos.

O mesmo é encontrado com Smeltzer e Bare (2002, p. 691) ao comentarem que “a hipertensão é definida como uma pressão arterial sistólica superior a 140 mm Hg e uma pressão diastólica maior que 90 mm Hg durante um período sustentado”. E as autoras ainda comentam que “um aumento na PA acima do limite superior de normalidade é denominado hipertensão [...], enquanto uma diminuição abaixo do limite inferior é denominada de hipotensão” (SMELTZER; BARE, 2002, p. 526).

Na concepção de Oparil (2001 *apud* ALBA; GOES, 2003, p. 20), a hipertensão “é o maior problema de saúde pública nos países industrializados por sua alta prevalência e pela sua associação com o aumento do risco de doença cardiovascular”. A hipertensão é muito freqüente no Brasil, contrariando a idéia de que seria uma doença crônico-degenerativa importante somente nos países desenvolvidos.

Reza e Nogueira (2008) comentam em seu estudo que a hipertensão arterial tem alta prevalência no mundo e que estima-se existir 691 milhões de pessoas com esta doença, das quais 420 milhões vivem em países em desenvolvimento. Calcula-se que 15 milhões de hipertensos morram a cada ano. E a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) revelou que o acidente vascular encefálico (AVE) foi responsável por 30% dos óbitos ocorridos no mundo. Estes resultados mostram que a doença está aumentando e as autoridades de saúde pública enfrentam atualmente desafios para prevenir e/ou controlar a pressão arterial e outras doenças crônicas.

Segundo Nettina (2003, p. 415):

A hipertensão (pressão arterial alta) é uma doença da regulação vascular, na qual estão alterados os mecanismos que controlam a pressão arterial dentro da faixa da normalidade. Os mecanismos de controle predominantes são o sistema nervoso central (SNC), o sistema pressor renal (sistema renina-angiotensina-aldosterona) e o volume de líquido extracelular. Não se sabe por que estes mecanismos falham, mas a explicação básica é que a pressão arterial se encontra elevada, quando existe débito cardíaco aumentado mais resistência vascular periférica aumentada.

Segundo Lewis e Rubenstein (1993), a hipertensão é causada por um estreitamento dos vasos e a viscosidade sangüínea, sendo uma conseqüência da resistência do fluxo aumentada. Isso pode ser confirmado nas palavras de Smeltzer e Bare (2002, p. 526) quando dizem que a pressão arterial sistêmica “é afetada por fatores como o débito cardíaco, distensão das artérias e volume, velocidade e viscosidade do sangue”.

Com o aumento do débito cardíaco, a pressão sistêmica não se alterará, porém por um tempo a pressão poderá elevar-se temporariamente. É que a pressão sangüínea tem reflexos nas tensões emocionais, como por exemplo, se excitado, agitado, ou irritado o Sistema Nervoso Simpático (SNS) será estimulado a acelerar o coração, indo contrair os músculos que influenciam as artérias, sendo entre dois efeitos os maiores causadores de hipertensão (LEWIS; RUBENSTEIN, 1993).

Segundo Hudak e Gallo (1997), a pressão arterial (PA) pode ser alterada reflexivamente por influências no centro vasomotor, ou seja, “as fibras nervosas do sistema límbico e hipotálamo parecem mediar as alterações produzidas emocionalmente na pressão arterial” (HUDAK; GALLO, 1997, p. 124).

Hudak e Gallo (1997, p. 124) dizem que “a pressão arterial é regulada pelo tono vasomotor das artérias e arteríolas, pela quantidade de sangue que penetra nas artérias por sístoles (por exemplo, débito cardíaco) e pelo próprio volume sangüíneo”. Quanto maior for o volume ou débito, maior será a pressão e vice-versa quando o tono vasomotor se mantém constante.

Boundy et al. (2004, p. 508) diz que a hipertensão “caracteriza-se pela elevação intermitente ou constante da pressão arterial diastólica ou sistólica” e que aferições repetidas da pressão arterial indicando níveis acima de 140/90 mmHg nos indivíduos de menos de 50 anos, ou acima de 150/90 mmHg nos clientes acima dessa idade, confirmam o diagnóstico de hipertensão arterial. Os níveis 140 mmHg e 90 mmHg também são sustentados por Smeltzer e Bare (2002).

Segundo Stevens e Lowe (2000, p. 166), “a hipertensão pode ser arbitrariamente definida como pressão diastólica mantida acima de 90 mmHg”. Entretanto, não há um limiar abaixo do qual uma pessoa não apresente risco de desenvolver doenças em que a pressão sangüínea constitua um fator patogênico.

A pressão normal equivale à 120x80 mmHg. No caso do indivíduo discutir violentamente, sua pressão poderá se elevar até 240 mmHg por 130 mmHg (sistólica e diastólica) simultaneamente. Também é explicada a influência que certos hormônios provocam nas paredes das artérias, quando são produzidas nas supra-renais. Segundo Hudak e Gallo (1997, p. 124), “a regulação do tono vasomotor afeta tanto os mecanismos neurais como os hormonais”. Os hormônios provocam constrição destas paredes e quando seu aumento vem a ser exagerado, gera um aumento da pressão sanguínea. Isto pode acontecer quando a medula das supra-renais for prejudicada e comprimida como, por exemplo, em presença de um tumor de medula destas supra-renais. Resolvido o problema, a pressão poderá voltar ao normal

Douglas (1999, p. 611), afirma que a hipertensão “é uma perturbação que se mantém no tempo, ou seja, tem características de cronicidade”.

Quanto à etiologia, a hipertensão arterial é apontada como o fator de risco mais significativo para as doenças cardiovasculares. Cerca de 80% das mortes por acidente vascular encefálico (AVE) e 40% dos óbitos por doença arterial coronariana resultam da hipertensão arterial. “A doença hipertensiva em si é responsável direta por cerca de 5% dos óbitos dentro do grupo das doenças cardiovasculares” (COSTA; KLEIN, 1985, p. 306).

Mais recentemente, um artigo de Santos e Lima (2008, p. 91) confirma e atualiza os dados citados acima ao relatar que “a HA é um dos maiores problemas de Saúde Pública no Brasil, responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico e 25% das ocorridas por doença arterial coronariana”.

Em Dórea e Lotufo (2001, p. 296) temos que os principais estudos revelam que a hipertensão arterial é o fator de risco mais comum para insuficiência cardíaca congestiva, e que os indivíduos hipertensos apresentam riscos de duas a três vezes maiores para desenvolverem a insuficiência cardíaca congestiva do que os normotensos.

Chaves et al. (2006) relatam em seu trabalho que a hipertensão arterial é uma situação clínica que atinge o aparelho circulatório e pode levar ao desenvolvimento de outras doenças como as cerebrovasculares, vasculares, isquemias cardíacas, diabetes mellitus, além de contribuir para um elevado índice de morbidade e mortalidade.

Com relação à fisiopatologia da hipertensão arterial, Smeltzer e Bare (2002, 692) afirmam que “embora a etiologia exata para a maioria dos casos de hipertensão não possa ser identificada, compreende-se que a hipertensão é uma condição multifatorial”. Como a hipertensão é um sinal, é mais provável que ela possua muitas causas. Para que a hipertensão ocorra, deve haver uma alteração em um dos fatores na equação de pressão arterial: resistência periférica ou débito cardíaco. Para que a hipertensão aconteça deve haver um problema com os sistemas de controle que monitorizam ou regulam a pressão, além de uma ou mais alterações nos fatores na equação da pressão arterial. Mutações em genes isolados foram identificadas para alguns tipos muito raros de hipertensão, porém acredita-se que a maioria dos tipos de pressão arterial elevada seja poligênica (mutações em mais de um gene).

Diversas hipóteses sobre as bases fisiopatológicas da pressão arterial elevada estão associadas ao conceito de hipertensão como uma condição multifatorial. Diante da superposição entre essas hipóteses, é provável que os aspectos de todas elas se mostrem corretos. Para Smeltzer e Bare (2002, p. 692) a hipertensão arterial é resultado de:

- Atividade aumentada do sistema nervoso simpático ligado à função do sistema nervoso autônomo;
- Reabsorção renal de sódio, cloreto e água aumentada ligada a uma variação genética nas vias pelas quais o rim manuseia o sódio;
- Atividade aumentada do sistema renina-angiotensina-aldosterona, resultando em expansão do volume de líquido extracelular e resistência vascular sistêmica aumentada;
- Vasodilatação diminuída das arteríolas ligadas à disfunção do endotélio vascular;
- Resistência à ação da insulina, que pode ser um fator comum ligando a hipertensão, diabetes mellitus do tipo 2, hipertrigliceridemia, obesidade e intolerância à glicose.

De acordo com Boundy et al. (2004, p. 508), “além das elevações típicas da pressão arterial, a hipertensão é classificada de acordo com a causa, a gravidade e o tipo”, mas os dois tipos principais são a hipertensão idiopática (também conhecida como primária ou essencial) e a hipertensão secundária, causada por uma doença

renal ou alguma outra causa detectável. Segundo os mesmos autores, a hipertensão idiopática (essencial) é o tipo mais comum, atingindo 90 a 95% dos casos e é definida como a elevação da pressão sanguínea com a idade, sem causa aparente. Existe também a hipertensão maligna, que é uma forma fulminante e grave de hipertensão, que geralmente se desenvolve nos dois tipos de hipertensão que descrevemos.

Smeltzer e Bare (2002, p. 691) comentam que “entre 20 a 25% da população adulta dos Estados Unidos apresenta hipertensão. Dessa população, entre 90 a 95% possuem hipertensão primária [...]”, confirmando o percentual citado por Boundy et al. (2004). Eles também comentam que os 5 ou 10% da população adulta restante “apresentam pressão arterial elevada relacionada a causas específicas, como o estreitamento das artérias renais, doença parenquimatosa renal e determinados medicamentos” (SMELTZER; BARE, 2002, p. 691).

Em geral, a hipertensão idiopática inicia-se de forma insidiosa, como uma doença benigna, que progride lentamente ou de modo acelerado para um estado maligno. Se não for tratada, mesmo a hipertensão branda pode causar complicações significativas e mortalidade elevada. Entretanto, em muitos casos, o tratamento progressivo oferece prognósticos mais favoráveis aos clientes (BOUNDY et al., 2004).

Douglas (1999, p. 611) comenta que a hipertensão primária ou essencial:

É o tipo mais freqüentemente observado na clínica, que parece estar relacionado com fatores genéticos. Caracteriza-se pela reduzida condutância periférica total (ou seja, aumentada resistência periférica total) e, conseqüentemente, aumento significativo e conspícuo da pressão arterial diastólica, enquanto que o volume sistólico apresenta poucas modificações, isto é, a pressão máxima não se altera muito.

Smeltzer e Bare (2002) comentam que a hipertensão é conhecida como “o assassino silencioso” porque as pessoas que as têm mostram-se, com freqüência, isentas de sintomas.

Stevens e Lowe (2000, p. 166) dizem que:

Dependendo do curso clínico da doença, tanto a hipertensão primária como a secundária podem ser classificadas em dois tipos. Na hipertensão benigna há uma elevação estável da pressão sanguínea ao longo de muitos anos e, na hipertensão galopante (maligna) a elevação da pressão sanguínea é importante, e torna-se mais grave em pouco espaço de tempo.

Na hipertensão benigna, as alterações nos vasos ocorrem gradativamente, em resposta a uma pressão sangüínea elevada, persistente e estável. Essas alterações degenerativas nas paredes dos pequenos vasos, como as arteríolas, levam a uma redução no lúmen efetivo, com conseqüente isquemia tecidual, e a uma fragilidade aumentada dos vasos no cérebro, predispondo a hemorragias (STEVENS; LOWE, 2000).

A hipertensão, de acordo com Wetzel Júnior e Silveira (2005, p. 71), é uma doença diferenciada “entre países ricos e pobres em relação à mortalidade por doenças cardiovasculares”. Nos países ricos, a faixa etária de mortalidade é de 60-70 anos ou acima destes. Nos países pobres há uma precocidade, caindo para a meia-idade, ou seja, 45-64 anos, fase esta em que o indivíduo está economicamente ativo, sendo ele muito importante para a sociedade e para a economia do país.

Os brasileiros têm a idéia errônea de que as doenças cardiovasculares acometem mais a população rica, mas a predominância desta é na classe pobre “em decorrência da ausência de assistência médica e da falta de controle os fatores de risco” (WETZEL JÚNIOR; SILVEIRA, 2005, p. 71).

É necessário destacar os fatores de risco conhecidos, para que estas doenças cardiovasculares sejam melhor identificadas e controladas. Suas classificações dividiram-se em (WETZEL JÚNIOR; SILVEIRA, 2005, p. 71):

- **Não Modificáveis:** onde entram faixa etária, sexo e histórico familiar;
- **Modificáveis:** dislipidemias (hipercolesterolemia), diabetes *mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, obesidade, sedentarismo, estresse psicossocial;
- **Novos:** que inclui o HDL colesterol menor que 35 mg/dl, fibrinogênio, hemocisteína, microalbuminúria e proteína C reativa (só que estes ainda em estudo).

A maior alta encontra-se nos fatores de risco considerados na classificação como Modificáveis, ou seja, “77% dos homens e 78% das mulheres são propensos a esta classificação”, pois não há o controle do peso corporal, há o excesso de ingestão de bebidas alcoólicas e o consumo em excesso de sal (WETZEL JÚNIOR; SILVEIRA, 2005, p. 71).

Com relação à raça, Boundy et al. (2004, p. 508) comentam que, “comparados aos indivíduos da raça branca, os negros apresentam risco duas vezes maior de desenvolver hipertensão e quatro vezes maior de morrer devido à doença”.

Segundo Boundy et al. (2004, p. 508), “a causa da hipertensão idiopática é desconhecida”. Histórico familiar, raça, estresse, obesidade, dieta rica em sódio ou gordura saturada, tabagismo ou uso de anticoncepcionais orais, estilo de vida sedentário e envelhecimento são os fatores de risco que foram estudados para determinar seu papel no desenvolvimento da hipertensão.

Já a hipertensão secundária, segundo Boundy et al. (2004, p. 509):

[...] pode ser devida à doença renovascular; distúrbios do parênquima renal; feocromocitoma; hiperaldosteronismo primário; síndrome de Cushing; diabetes melito; disfunção das glândulas tireóides; hipófise ou paratireóide; coarctação da aorta; gravidez; e distúrbios neurológicos.

Boundy et al. (2004) acreditam que o uso de anticoncepcionais orais pode ser a causa mais comum de hipertensão secundária, talvez porque esses fármacos ativem o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Outros fármacos que contribuem para a hipertensão secundária são os corticóides, os mineralocorticóides, simpatomiméticos, ciclosporina, cocaína e epoetina alfa.

A hipertensão pode ser vista como um sinal, como um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica e como uma doença (SMELTZER; BARE, 2002, p. 691):

- **Como um sinal:** as enfermeiras e outros profissionais de saúde usam a pressão arterial para monitorizar o estado clínico do paciente. Uma pressão elevada pode indicar uma dose excessiva de medicação vasoconstritora ou outros problemas;
- **Como um fator de risco:** a hipertensão contribui para a velocidade com que a placa aterosclerótica se acumula dentro das paredes vasculares;
- **Como uma doença:** quando considerada assim, a hipertensão é um importante contribuinte para a morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica.

Douglas (1999, p. 611) comenta que os mecanismos pressores são os que

tendem a elevar a pressão arterial do indivíduo. Então, a hipertensão seria uma aceleração do tipo mosaico, isto é, “devida a múltiplos fatores (sistema multifatorial), de modo que o distúrbio de um mecanismo pressor leva a outro que tende a manter elevada a pressão arterial, e assim sucessivamente (*feedback* positivo)”.

Geralmente, segundo Douglas (1999), é muito difícil estabelecer qual o fator estocástico (ou seja, causal) inicial da hipertensão arterial. Seja qual for o fator inicial desencadeante, segundo o autor (1999, p. 611):

A hipertensão tende a se manter, pelo desenvolvimento de alterações vasculares renais, ou nefroesclerose arteriolar, como também pela adaptação estrutural das arteríolas, cujas paredes se tornam mais espessas e, finalmente, por uma readaptação dos barorreceptores aórticos e carotídeos que reagem adaptando a pressão a níveis superiores ao normal.

A hipertensão é uma causa importante de Acidente Vascular Encefálico (AVE), doença cardíaca e insuficiência renal (BOUNDY et al., 2004). As complicações ocorrem nas fases avançadas da doença e podem acometer qualquer sistema do organismo.

As complicações cardíacas podem ser doença coronariana, angina, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, arritmias e morte súbita. Já as complicações neurológicas são infartos cerebrais e encefalopatia hipertensiva, aterosclerose. A retinopatia hipertensiva pode causar cegueira e a hipertensão renovascular pode acarretar insuficiência renal, nefropatias secundárias (DOUGLAS, 1999; BOUNDY, et al., 2004).

Para Reza e Nogueira (2008), a hipertensão arterial, assintomática e desconhecida pela maioria dos seus portadores, é importante fator de risco para complicações cardiovasculares e renais.

Abitbol (1997) diz que sem prevenção o problema da hipertensão arterial nunca poderá ser solucionado e poderá depender apenas da detecção da existência de níveis pressóricos elevados. As mudanças no estilo de vida para prevenção da hipertensão têm se mostrado efetivas para reduzir os níveis pressóricos, podendo reduzir outros fatores de risco cardiovasculares com baixo custo e com risco mínimo.

Dentre as principais medidas recomendadas para a prevenção da hipertensão arterial estão (ABITBOL, 1997):

- **Perda de peso se em sobrepeso:** o excesso de peso correlaciona-se com níveis pressóricos elevados. O excesso de gordura na parte superior do corpo (visceral ou abdominal), evidenciado pela circunferência da cintura de 85 cm ou maior em mulheres ou 98cm ou maior em homens, também tem sido associado com risco de hipertensão arterial e mortalidade por doença arterial coronariana;
- Índice de massa corporal é o peso em quilogramas dividido pelo quadrado da altura, o qual deve ser maior ou igual a 27;
- Limite da ingesta diária de bebidas alcoólicas para não mais de 30ml de etanol; 720ml de cerveja; 300ml de vinho; 60ml de uísque 100% puro e 15ml para mulheres e pessoas magras;
- Aumento da atividade física aeróbica (30-45 minutos na maioria dos dias da semana);
- Redução da ingesta de sódio para não mais do que 100mmol por dia (2,4g de sódio ou 6,0g de cloreto de sódio);
- Manter uma ingesta adequada de potássio na dieta (aproximadamente 90mmol/dia);
- Manter ingesta adequada de cálcio e magnésio na dieta para saúde geral;
- Parar de fumar e reduzir a ingesta de gorduras saturadas e colesterol na dieta para a saúde cardiovascular global.

Santos e Silva (2003) comentam que se pode prevenir ou postergar a hipertensão arterial através da eliminação e/ou controle dos fatores de risco como: sedentarismo, sobrepeso/obesidade, diminuição da ingestão de sal, de gordura animal, de excesso de café (ou bebidas que contenham cafeína), diminuição da ingestão de álcool, controle do estresse e tabagismo. Aconselha-se também a adoção de um estilo de vida mais saudável, com prática de exercício físico, controle do peso, alimentação saudável, consumo moderado de álcool, abolição do tabagismo e gerenciamento do estresse.

Santos e Lima (2008) relatam que existem vários fatores que dificultam o controle e o tratamento da hipertensão arterial, mas o fator mais observado pelos

profissionais de saúde é a não adesão ao tratamento.

Santos et al. (2005) confirma que a falta de adesão é uma das dificuldades encontradas no atendimento à pessoa hipertensa. Para os autores, 50% dos hipertensos conhecidos não fazem nenhum tratamento e dentre os que fazem, poucos têm a pressão arterial controlada.

Sabemos que o paciente hipertensivo precisa aderir ao tratamento da hipertensão por ser ela uma doença crônica e deve ser orientado a controlar seu quadro para viver melhor, com saúde e uma boa qualidade de vida. É papel do enfermeiro orientar os pacientes para que eles compreendam essa doença e tirem suas dúvidas. Sabemos também que a não-adesão ao tratamento irá causar, por exemplo, o aumento da pressão arterial do paciente.

Estudos realizados por Araújo e Garcia (2006), Teixeira et al. (2006) e Stipp et al. (2007) mostraram que o tratamento da hipertensão arterial é um desafio para a equipe multidisciplinar, principalmente no que diz respeito à adesão do paciente, porque a maioria dos pacientes retornam às consultas médicas de forma regular quando ocorre o descontrole da pressão arterial, fator este causador da ocorrência de mortes anuais diretamente relacionadas à hipertensão ou de suas complicações no sistema cardiovascular.

A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo só complica mais a saúde do paciente. Um dos fatores que dificulta esta adesão é o fato da ausência de sintomas (apenas metade das pessoas sabe que sofre de pressão alta e sabe que tem a doença). Além disso, a ausência de sintomas associada aos maus hábitos e comportamentos de saúde só agravam o problema. Muitas pessoas só tomam conhecimento da doença quando são vítimas de alguma complicação, como por exemplo, infarto, aneurisma, insuficiência renal, etc. (SANTOS; LIMA, 2008).

Segundo Gusmão e Mion Jr. (2006), a adesão ao tratamento determina-se pelo grau onde coincide tanto a prescrição médica como o comportamento do cliente, diante da hipertensão arterial. A prática dos clientes no uso incorreto dos medicamentos ou da própria evasão a estes medicamentos, dietas, exercícios físicos ou mudança de hábitos, influem sistematicamente no descontrole desta patologia, pois devido à hipertensão ser geralmente assintomática, a maior parte do hipertensos não são localizados ou identificados. E quando o são, estes mostram-se sem vontade

de aderir ao tratamento, por muitos fatores (entre eles, o desconhecimento da doença na fase primária) e com isto a não preocupação com as complicações.

Há uma complexidade neste tratamento tanto em relação às dosagens de medicamentos quanto pelas circunstâncias sociais. Por exemplo, o não acesso aos medicamentos com mais facilidade e rapidez por meio do sistema de saúde. Outro fator ainda maior é o custo destes tratamentos. É preciso adotar estratégias para haver uma melhor adesão a este tratamento. Isto será conseguido através de contatos telefônicos com os clientes e esclarecimentos de dúvidas. Outra estratégia para melhorar esta adesão é o envolvimento do cliente com a equipe multidisciplinar, auxiliando na prática de hábitos saudáveis o que irá contribuir para um melhor controle da pressão arterial (GUSMÃO; MION JR., 2006).

A falta da adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua sendo considerada como um dos maiores problemas nesta área. Por ser uma doença multifatorial, são envolvidas as orientações com enfoque em vários objetivos e o tratamento requer apoio interdisciplinar entre os membros da equipe de saúde (WETZEL JÚNIOR; SILVEIRA, 2005).

Segundo Pierin (*apud* WETZEL JÚNIOR; SILVEIRA, 2005), os fatores que interferem na adesão ao tratamento são:

- **O paciente com seus respectivos estágios:** 1 (leve), 2 (moderado) e 3 (grave);
- **Aspectos psicossociais:** como a auto-eficiência, motivação, estima, personalidade, depressão, ansiedade, suporte social, percepção dos benefícios ao tratamento;
- **Doença:** cronicidade, ausência de sintomas, conseqüências tardias, hipertensão secundária;
- **Crenças, hábitos de vida e cultura:** percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença, contexto familiar, conceito saúde-doença, auto-estima;
- **Tratamento:** custo, efeitos, qualidade de vida, seleção indesejada das drogas;
- **Instituição:** política de saúde, acesso ao serviço de saúde, distância, tempo de espera e do atendimento;
- **Condições concomitantes:** insuficiência renal, obesidade.

Somente medidas de orientação não bastam para que os sujeitos mudem seu comportamento. São necessários métodos que contemplem as necessidades de conhecer, para que os clientes incorporem às suas vidas atitudes que contribuam com o controle da doença. “As medidas educacionais devem ser contínuas, e os indivíduos devem ser vistos como únicos, com seus problemas, sua história de vida, para que as causas de não-adesão ao tratamento sejam atingidas” (DELL’ACQUA, et al., 1997, p. 44).

De acordo com Ribeiro e Araújo (2008), a adesão ao tratamento é caracterizada pelo comportamento do indivíduo em tomar o medicamento anti-hipertensivo, seguir uma dieta balanceada, mudar seu estilo de vida, adotando hábitos saudáveis, e comparecer às consultas de acompanhamento médico. Outro fator de fundamental importância é o posicionamento e o apoio familiar ao paciente, ajudando-o nas mudanças necessárias, porque muitas vezes para o paciente seguir uma dieta adequada, tomar os medicamentos na hora e dose certa, requer apoio e supervisão da família. Além disso, a presença de um hipertenso na família deve preparar os seus membros a colocar em práticas medidas de vida saudável precocemente para que se reduzam as chances de mais algum membro da família venha a desenvolver a doença.

Para Santos e Lima (2003), a educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir os pacientes a aderirem ao tratamento anti-hipertensivo, para fins de prevenção e/ou controle dos fatores de risco. Para os autores, tal vivência em grupo favorece o indivíduo a capacitar-se no auto-cuidado e na atuação da melhoria de seu nível de saúde.

Smeltzer e Bare (2002, p. 693) comentam que “o objetivo do tratamento da hipertensão é evitar a morte e as complicações ao alcançar e manter a pressão arterial em 140/90 mmHg ou até menos”. O *Joint National Committee (JNC²)* especificou um objetivo mais baixo de pressão, de 130/85 mmHg, para pessoas com diabetes melito ou com proteinúria superior a 1g/24 horas.

² Entidade estabelecida para estudar e fazer recomendações sobre hipertensão nos Estados Unidos.

O controle adequado da hipertensão arterial diminui de maneira significativa a morbi-mortalidade por doenças como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica. Entre as medidas de prevenção e controle, as modificações na dieta têm sido consideradas uma das mais promissoras para população em geral (CESARINO et al., 2004).

De acordo com Garcia et al. (2007, p. 150), o *Joint National Committee* em 1997 considerou os seguintes aspectos para o controle da hipertensão arterial:

- Prevenir a elevação da pressão arterial com a idade;
- Diminuir a prevalência da hipertensão arterial;
- Melhorar e aumentar a consciência sobre a existência da hipertensão arterial e sua detecção;
- Promover o controle da hipertensão arterial;
- Reduzir os riscos cardiovasculares; melhorar o reconhecimento quanto à importância da detecção da pressão arterial normal alta;
- Reduzir as variações da hipertensão arterial quanto a fatores étnicos, socioeconômicos e regionais;
- Melhorar as oportunidades de tratamento;
- Aumentar os programas educativos, incluindo assim suas atividades de prevenção e atendimento a um número maior de portadores de hipertensão arterial.

Smeltzer e Bare (2002, p. 694) dizem que “quando a hipertensão é inicialmente detectada, a avaliação de enfermagem envolve a cuidadosa monitorização da pressão arterial a intervalos freqüentes e, então, depois do diagnóstico, a intervalos rotineiramente agendados”. Quando o paciente começa um esquema de tratamento anti-hipertensivo, as avaliações da pressão arterial são necessárias para determinar a eficácia da terapia medicamentosa e para detectar quaisquer alterações na pressão arterial que indiquem necessidade de uma mudança no plano de tratamento.

Uma história completa é obtida para avaliar os sintomas que indiquem o comprometimento dos órgãos-alvo. Esses sintomas podem incluir a dor anginosa; falta de ar; alterações na fala, visão ou equilíbrio; epistaxes; cefaléia; tonteira ou noctúria. Durante o exame físico, a enfermeira também deve dar atenção especial para a freqüência, ritmo e caráter dos pulsos apical e periférico para detectar os efeitos da hipertensão sobre o coração e vasos sangüíneos. Uma avaliação completa pode fornecer informações valiosas sobre a extensão em que a hipertensão afetou o corpo,

bem como quaisquer outros fatores pessoais, sociais ou financeiros ligados ao problema (SMELTZER; BARE, 2002).

Quanto ao diagnóstico de enfermagem temos em Smeltzer e Bare (2002, p. 698) que com base nos dados de avaliação, os diagnósticos de enfermagem para o paciente podem incluir: “déficit de conhecimento pertinente à relação entre o esquema terapêutico e o controle do processo patológico e a não-aderência com o esquema terapêutico relacionada aos efeitos colaterais da terapia prescrita”.

Chaves et al. (2006) comentam que o enfermeiro exerce papel importante dentro do contexto da hipertensão arterial porque ele está envolvido em programas de detecção precoce e no desenvolvimento de estratégias para garantir adesão ao tratamento. Isto tem levado a um maior esforço no desenvolvimento de estudos, enfocando a educação e orientação do cliente como parte integrante do cuidado de enfermagem. Outro ponto destacado pelos autores é que a ação educativa do enfermeiro deve ser construída nas necessidades do paciente e na constatação de que somente os materiais educativos entregues aos pacientes não facilitam o aprendizado dos mesmos. Portanto, o propósito dos profissionais de enfermagem deve ser o de minimizar as dúvidas dos pacientes e ser capaz de identificar quando o paciente tem idéias preconcebidas quanto ao seu estado de saúde.

Dentro da assistência de enfermagem ao paciente com hipertensão arterial, a enfermeira deve enfatizar o conceito do controle da hipertensão, em vez de sua cura. O paciente deve ser encorajado a consultar um nutricionista para ajudar a desenvolver um plano para a perda de peso. Este programa consiste na restrição da ingestão de sódio e lipídios, no aumento da ingestão de frutas e vegetais e na implementação da atividade física regular. O paciente deve ser aconselhado a não beber mais do que duas doses de álcool por dia devendo evitar o fumo, pois o fumo aumenta o risco de cardiopatia. Os grupos de apoio para controle de peso, cessação do fumo e redução do estresse podem ser benéficos para alguns pacientes; outros irão beneficiar-se do apoio da família e de amigos. “A enfermeira auxilia o paciente a desenvolver e aderir a um regime de exercícios apropriado, porque a atividade regular é um fator significativo na redução de peso” (SMELTZER; BARE, 2002, p. 699).

Para Santos et al. (2005), as sessões educativas desenvolvidas por enfermeiros possibilitam a mudança de comportamento dos pacientes e esta mudança

é viabilizada quando o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber socialmente construído pela clientela em seu ambiente. Quando os pacientes reconhecem o seu problema, aprendem sobre ele, modificam seus comportamentos e podem atingir um melhor nível de bem-estar, qualidade de vida e saúde.

Somente a educação é capaz de conscientizar os indivíduos para a necessidade da prevenção e controle da hipertensão arterial e também para a obrigatoriedade do tratamento, pois a ausência de sintomas no estágio inicial dificulta a valorização da doença diante dos pacientes.

Toda mudança requer um processo educativo e esse ocorre de forma lenta e contínua. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo período (RIBEIRO; ARAÚJO, 2008).

A insuficiência de divulgação em campanhas educativas sobre HA e a inexistência de sintomas nas suas formas leve e moderada não despertam no paciente a necessidade de procurar uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e tratar a hipertensão ainda nos estágios iniciais, para que possa ser diagnosticada precocemente.

O sucesso do tratamento da HA e sua adesão por parte dos pacientes, deve-se a um trabalho educacional multidisciplinar com orientação individual ou em grupo periodicamente, palestras com informações claras e detalhadas, tornando o paciente claramente conhecedor dos riscos da hipertensão.

Para Silva et al. (2003), o trabalho educativo em grupos é uma valiosa alternativa para se promover a saúde e permite que os envolvidos discutam e ampliem seus conhecimentos, de modo que superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia, melhores condições de saúde e qualidade de vida.

Melo, Santos e Trezza (2005) comentam em seu trabalho que os profissionais de enfermagem devem entender a educação em saúde como um compromisso de consciência que traduz o compromisso destes profissionais com sua profissão e com os pacientes, como educadores, e neste processo educativo sentem o dever de aplicar seus conhecimentos em benefício de uma população que carece de informações para poder viver melhor.

A educação em saúde tem contribuído significativamente para a prevenção e controle de doenças nos últimos 20 anos e sua proposta é fornecer conhecimento com a finalidade de estimular pacientes para efetivar mudanças em seu comportamento (CHAVES et al., 2006).

Sessões educativas em grupo possibilitam que o paciente construa novos conhecimentos a partir da socialização das experiências de cada um, acrescida dos conhecimentos transmitidos pelos facilitadores. Portanto, educar em grupo é crescer e contribuir para o crescimento (SANTOS et al., 2005).

“Quanto maior o grau de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, independentemente de sua idade ou do risco, maior a possibilidade de seu comprometimento efetivo no autocuidado e, portanto, maior sua chance de sucesso” (SANTOS et al., 2005, p. 338).

CONCLUSÃO CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico precoce e tratamento adequado da hipertensão arterial são instrumentos eficazes para o seu controle, além de reduzir a incidência de acometimentos graves ao aparelho cardiovascular. E assegurar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo é o principal passo para o sucesso do controle pressórico.

O profissional enfermeiro que trabalha com a educação em saúde e/ou organiza trabalhos com grupos de hipertensos em sua instituição, contribui para a maior adesão dos pacientes às orientações a serem seguidas e, conseqüentemente, ajuda na minimização de complicações de saúde decorrentes da pressão arterial elevada.

O trabalho do enfermeiro como educador deve despertar nos pacientes a motivação necessária e suficiente para que eles vençam o desafio de adotar atitudes, hábitos e práticas de saúde saudáveis que se tornem ações anti-hipertensivas efetivas e contínuas. Portanto, investir na prevenção de complicações e na educação dos pacientes hipertensos tem sido considerado um fator relevante pelas instituições de saúde, com vistas a propiciar uma melhor qualidade de vida para os pacientes, reduzindo suas complicações, bem como evitando a hospitalização destas pessoas.

REFERÊNCIAS

ABTBOL, Rafael Aron. **Hipertensão Arterial (HA)**. (1997). Disponível em: <http://www.medstudents.com.br/rotina_conteudo.asp?mnu=12&esp=2®id=56>. Acesso em: 02 fev. 2009.

ALBA, Cinthya Raquel; GOES, Maria Georgina Oliveira de. Cuidados ao paciente que será submetido a monitorização ambulatorial da pressão arterial – uma breve revisão de literatura. **Revista Nursing**, v. 62, n. 6, p. 20-23, jul. 2003.

ARAÚJO, Gilmara Barboza da Silva; GARCIA, Telma Ribeiro. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 259 - 272, 2006. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>. Acesso em: 25 fev. 2009.

BOUNDY, Janice et al. **Enfermagem Médico-Cirúrgica**. v. 2. Trad. Carlos Henrique Cosendey. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004.

CESARINO, Claudia B. et al. Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. **Arquivos de Ciência da Saúde**, v. 11, n. 4, p. 234-237, out./dez. 2004.

CHAVES, Emília Soares et al. Eficácia de programas de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 543-547, jul./ago. 2006.

COSTA, Eduardo de Azevedo; KLEIN, Carlos Henrique. Meio urbano e doenças cardiovasculares. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p-305-312, 1985.

DELL'ACQUA, Magda Cristina Queiroz et al. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, p. 43-48, jul. 1997.

DÓREA, Egídio Lima; LOTUFO, Paulo Andrade. *Framingham Heart Study* e a teoria do contínuo de *Pickering*: duas contribuições de epidemiologia para a associação entre a pressão arterial e a doença cardiovascular. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 195-200, 2001.

DOUGLAS, Carlos Roberto. **Tratado de Fisiologia aplicada às Ciências da Saúde**. 4. ed. São Paulo: Robe Editorial, 1999.

GARCIA, Sonia Maria da Silva et al. Aspectos sócio-epidemiológicos e clínicos de portadores de hipertensão arterial. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**, v. 1, n. 2, p. 149-156, 2007. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/enfermagem/article/view/71>>. Acesso em: 02 mar. 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUSMÃO, Josiane Lima de; MION JR., Décio. Adesão ao tratamento: conceitos. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, n. 1, p. 23-25, jan./fev. 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1.asp>>. Acesso em: 07 fev. 2009.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Bárbara M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem: uma abordagem holística**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

LEWIS, Paul; RUBENSTEIN, David. **O corpo humano**. 4. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1993.

MELO, Gilberto; SANTOS, Regina Maria dos; TREZZA, Maria Cristina Soares Figueiredo. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 3, p. 290-295, maio/jun. 2005.

NETTINA, Sandra M. **Prática de Enfermagem**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicado de imprensa 2000**. Disponível em: <<http://www.hoafrr.org/press/portuese/2000/regionalcommitte/rc501006.html>>. Acesso em: 25 fev. 2009.

REZA, Cleotilde Garci; NOGUEIRA, Maria Suely. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbio: estudo na cidade de Toluca, México. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 265-270, jun. 2008.

RIBEIRO, Jackeline Kércia de Souza; Araújo, Cleide Rejane Damaso de. Controle da Hipertensão arterial: ações desenvolvidas pelos acadêmicos de Enfermagem cursando as disciplinas de Semiologia I e II e Clínica I. **Anais... XI Encontro de Iniciação à Docência**, Universidade Federal da Paraíba, 2008. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/xenex_xienid/xi_enid/monitoriapet/ANAIS/Area6/6CCSDEMCAMT05-P.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2009.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; SILVA, Raimunda Magalhães da. **Hipertensão arterial**: abordagem para a promoção do cuidado humano. Fortaleza (CE): Brasil Tropical, 2003.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 332-340, jul./set. 2005.

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da Hipertensão Arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 90-97, jan./mar. 2008.

SILVA, Denise Guerreiro Vieira et al. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2003.

SMELTZER, Suzane E.; BARE, Brenda G. **Brunner & Sudarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

STEVENS, Alan; LOWE, James. **Patologia**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2000.

STIPP, Marlucci Andrade Conceição et al. O consumo do álcool e as doenças cardiovasculares: uma análise sob o olhar da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 581-585, dez. 2007.

TEIXEIRA, Enéas Rangel et al. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p. 378-384, dez. 2006.