

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é vista não somente como alteração dos níveis pressóricos, mas como uma doença crônica que pode gerar a curto e longo prazo sérias complicações, se tornando um grave problema de saúde pública, com elevados índices de morbimortalidade. A solução para tal problemática se encontra na mudança de hábitos de vida, na adesão ao tratamento medicamentoso, mas principalmente na conscientização de que se é portador e que a hipertensão não tem cura, apenas é possível o controle.

A enfermagem, sendo o profissional de saúde que mais diretamente está ligado aos clientes hipertensos e que está preparado técnica e cientificamente para orientar e educar, deve exercer seu papel no sentido de promover saúde, através de orientações e de demonstrações de outras alternativas que não seja as medicamentosas, para ajudar o paciente a ter seus níveis pressóricos diminuídos, possibilitando um nível que os coloque em condições de não correrem riscos, principalmente os cardiovasculares. Para que seja conseguida a conscientização e adesão por parte do paciente é necessário que este perceba a necessidade do autocuidado, o qual deve ser trabalhado e instruído pela enfermagem.

A justificativa para a elaboração dessa pesquisa encontra-se no elevado índice de ocorrência dessa patologia, independente de raça, sexo e idade. Justifica-se também pelo seu alto índice de morbidade e complicações, pelo desafio que é a adesão ao tratamento pelo portador de hipertensão arterial sistêmica, o que a torna um grande problema de saúde pública.

Diante do contexto apresentado, é possível perceber que a intervenção de enfermagem é fundamental no tratamento, conscientização e na prevenção do paciente portador de HAS. Para tanto, o objetivo principal que propiciou esse estudo foi avaliar a importância da mudança de hábitos de vida para o paciente hipertenso, seguido por objetivos como identificar as mudanças mais necessárias, a reflexão sobre a necessidade de conscientização e a análise da importância da intervenção de enfermagem.

A metodologia utilizada foi a de revisão bibliográfica, com abordagem descritiva e qualitativa, em produção científica de autores que refletem sobre o tema.

Foram utilizados como descritores para facilitar a busca de material literário as palavras-chave: hipertensão, prevenção, tratamento, intervenção, enfermagem.

A pesquisa foi dividida em três capítulos, sendo que no primeiro foi feita uma abordagem sobre a Hipertensão arterial, sua etiologia, fatores de riscos, prevenção, entre outros. O segundo destacou a importância da mudança de hábitos de vida para controlar a HAS e o terceiro discorreu sobre a atuação do profissional de enfermagem no atendimento ao cliente portador de hipertensão arterial.

Esse estudo poderá contribuir para novos conhecimentos do pesquisador a respeito da patologia, qualificando sua atuação como orientador, educador durante suas atividades profissionais junto ao portador de hipertensão arterial sistêmica e para os profissionais de saúde que tiverem acesso a esse conteúdo, uma gama de conhecimentos que poderão ajudar nas suas atividades laborais.

2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocorre quando a pressão arterial sistólica se encontra superior ou igual a 140 mmHg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, durante um período sustentado, com base na média de duas ou mais mensurações (SMELTZER; BARE, 2005).

Atualmente é vista não apenas como alteração dos níveis pressóricos, mas como uma doença crônica que pode gerar a curto e longo prazo sérias complicações, se caracterizando como um grave problema de Saúde Pública, com alta prevalência a nível mundial (CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, 2007).

A pressão arterial é a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, com mudanças contínuas durante todo o tempo, conforme a situação do indivíduo, a posição e suas atividades exercidas. Ela depende do débito cardíaco e da resistência periférica. O débito cardíaco é influenciado pelo volume sanguíneo e a resistência periférica é determinada pela espessura da parede das artérias. (GUYTON, 2002).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006) a hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, principalmente quando ocorrem complicações como insuficiência renal crônica, insuficiência vascular periférica, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e insuficiência cardíaca.

Na maioria dos casos as pessoas com pressão elevada são assintomáticas, sendo uma doença diagnosticada por acaso, durante um exame clínico, sendo por isso chamada de “assassino silencioso”.

Uma vez diagnosticada a HAS, deve ser monitorada regularmente, será uma condição para o resto da vida, uma vez que o seu controle poderá evitar complicações e até a morte, ao diminuir e manter os níveis pressóricos abaixo de 140x90 mmHg. A avaliação do paciente portador de hipertensão é essencial, uma vez que ao estabelecer o diagnóstico, poderá ser conduzido o tratamento medicamentoso e estabelecidas alternativas para auxiliar no tratamento. (SMELTZER; BARE, 2005).

2.1 Classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica

Os valores de pressão arterial não são fixos podem variar de acordo com o tempo (dia/noite), pode estabilizar durante o sono ou quando o paciente se encontra em repouso, e em outras situações como durante exercícios físicos e estado emocional, quando pode se tornar elevada encontrando valores da pressão arterial diferentes nos dois braços (SOUZA; MOZACHI, 2007).

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), a pressão arterial dos indivíduos acima de 18 anos é classificada conforme a tabela abaixo.

Tabela1- Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) p.15.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é diagnosticada pela elevação dos níveis pressóricos e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A PA sempre será realizada em toda avaliação médica e especialidades e demais profissionais da saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO- DBH, 2010).

Baseado num procedimento relativamente simples que é a aferição da pressão arterial, o diagnóstico da HAS é um procedimento médico que decide se o paciente é normotenso ou hipertenso. As consequências de um diagnóstico errado e desastroso são várias. Através da anamnese, exame físico e exames complementares é possível fazer o diagnóstico da patologia, tentar entender sua

etiologia, o grau de comprometimento de órgãos-alvo e a identificação dos fatores de risco associados (MION; PIERIN; GUIMARAES, 2001).

A HAS é predominante nas faixas etárias produtivas, se tornando um grande problema para a economia dos países. É uma doença de prevalência mundial, e um problema de Saúde Pública grave, oneroso e preocupante devido ao tipo de hábitos de vida que imperam na atualidade (FEIJÃO et al., 2005).

2.2 Etiologia da HAS

A HAS pode ser classificada em dois tipos principais, a Hipertensão Primária, também denominada Essencial e Hipertensão Secundária. Primária é mais comum, não se conseguindo identificar sua causa, sendo consideradas como prováveis a disfunção do Sistema Nervoso Autônomo (SNA), alterações no sistema renina-angiotensina-aldosterona, história familiar, idade avançada, etnia, hábitos de vida, tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade, estresse (SMELTZER; BARE, 2005).

Na hipertensão arterial secundária detecta-se como provável causa para a elevação dos níveis pressóricos doenças subjacentes, lesão renal, traumatismo craniano, uso de anticoncepcionais orais, cocaína, antiinflamatórios, disfunção da tireóide, da hipófise e das paratireóides (BIRNEY et al., 2007).

A HAS pode ter cura, desde que o diagnóstico seja feito prematuramente e que o tratamento seja específico, para que se possa obter bons resultados antes que ocorram lesões irreversíveis (JUNIOR; TIMERMAN; STEFANINI, 2009).

2.3 Fatores de Risco para HAS

A HAS é considerada multicausal e multifatorial, acreditando-se que seja resultado da interação de fatores ambientais e genéticos, têm repercussões clínicas e vem acompanhada de comorbidades de grande impacto para o paciente (JUNIOR; TIMERMAN; STEFANINI, 2009).

Os fatores relacionados a hipertensão arterial estão ligados a genética, à hábitos alimentares inadequados, estresse, sedentarismo, e a longevidade da população Brasileira.

Os fatores considerados de risco para HAS são idade, sexo, etnia, fatores socioeconômicos, sal, obesidade, álcool, sedentarismo; sendo que 40% das mortes ocorrem por acidente vascular encefálico (AVE) e 25% por doença arterial coronariana e suas complicações (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSAO ARTERIAL, 2006). Está demonstrado na tabela abaixo os fatores de risco para HAS:

Tabela 2 – Fatores de risco e comentários para HAS.

FATORES DE RISCO	COMENTÁRIOS
Idade	Entre relação direta a PA com a idade - Prevalência aumenta em 60% acima de 65 anos. Não diminui com o avanço da idade.
Sexo e Etnia	Prevalência de HAS entre homens e mulheres, a prevalência é mais elevada em homens até os 60 anos. Em mulheres afrodescendentes o risco de HAS em relação as mulheres brancas é duas vezes maior
Fator econômico	Nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de Hipertensão Arterial e de fatores de risco
Sal	O consumo em excesso de sódio contribui para hipertensão;a população brasileira tem um padrão alimentar rico em sal.
Obesidade	O excesso de peso devido a gordura corporal é fator indicativo para risco para HAS, principalmente se a gordura for acumulada no abdome
Álcool	Períodos prolongados a ingestão de álcool pode aumentar a PA e ocorre risco de mortalidade por cardiopatia.
Sedentarismo	Aumenta a incidência de HAS aproximadamente 60% a mais que nos ativos A atividade física reduz a incidência e o risco de DCV.
Tabagismo	É considerado o principal fator de risco cardiovascular
Estresse emocional	Indivíduos em constante situação de estresse têm grandes chances de desenvolver HAS.

Fonte - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2010

Entre as décadas de 60 e 70 três fatores de risco foram considerados como determinantes para o surgimento da doença arterial coronariana, a hipercolesterolemia, o tabagismo e a HAS (CRISTINA; CAMPOS; CAMELO, 2010).

2.4 Epidemiologia

As mudanças demográficas, epidemiológicas e a evolução dos medicamentos têm gerado demandas que requerem uma adequação do Sistema de Saúde à transformação e uma maior atenção, de modo a conferir prioridade às ações preventivas, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006).

“A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente”(VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010, p.7).

As complicações da hipertensão arterial levam a altos custos no caso de internações hospitalares, principalmente quando o tempo de internação é prolongado (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

3 MUDANDO HÁBITOS DE VIDA PARA CONTROLAR A HAS

A adesão ao tratamento e a conscientização da necessidade de mudança de hábitos de vida é a grande conquista para o cliente com HAS melhora seu quadro e adquire uma melhor qualidade de vida.

No Brasil como em outros países em desenvolvimento é marcante a situação da má nutrição associada à obesidade e a fatores como alcoolismo e tabagismo que predis põem ao crescente aumento das doenças crônicas e dentre elas a hipertensão arterial sistêmica, causadora de altos índices de morbimortalidade (BATISTA; RISSIN, 2003).

A HAS é o maior desafio quando se fala em Saúde Pública, não importando a região do planeta, pois os estilos de vida aderido na atualidade são propícios as comorbidades que imperam no setor de saúde (IBGE, 2004).

É indiscutível a necessidade de melhores padrões de vida, de se absorver estes padrões quando envolvem qualidade de vida do indivíduo, quando colocam em foco hábitos alimentares ou outras condições, como exemplo o tabagismo, que pode facilitar a evolução da HAS e suas complicações. Já é comprovada a eficácia dos tratamentos daqueles que aderem e modificam seus hábitos e principalmente, a diminuição de sua predisposição as complicações cardiovasculares (GRUNDY, 2006).

Estilos e hábitos de vida são considerados fatores importantes para a HAS, uma vez que fazem parte de sua etiologia como fator de morbidade ou como fator de melhor qualidade quando os hábitos são saudáveis. O estilo de vida é essencial para aquisição de hábitos saudáveis de vida, sendo dirigido por meios apropriados que favorecem as recomendações quanto à prevenção das doenças cardiovasculares.

A hipertensão arterial sistêmica por ser uma síndrome multifatorial aumenta as possibilidades de anormalidades cardiovasculares e metabólicas que levam a alterações funcionais do coração, cérebro, rins e vasos periféricos, responsáveis por 40% das mortes por acidentes vasculares encefálicos e 25% por doença arterial coronariana (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2006).

A natureza multifatorial e os níveis pressóricos elevados e sustentados aumentam os danos em órgãos-alvo, estimando-se que 10% da população adulta tenha uma expectativa de vida limitada em consequência de afecções renais, cerebrais e coronarianas (CONSUEGRA; ZAGO, 2004).

O melhor caminho terapêutico do tratamento dos hipertensos refere-se aos programas de exercícios físicos que reduzem os custos do tratamento e o consumo de fármacos caros e danosos a saúde, diminuindo também os custos aos sistemas de saúde (ALVAREZ, 2003).

Por inicialmente a doença ser assintomática, uma alta porcentagem de pacientes não sabem que são possuidores ou então não valorizam e não se conscientizam das repercussões que podem advir da HAS. Os profissionais de saúde devem como educadores que são, intensificar ainda mais as medidas educativas e os acompanhamentos. Os grupos de convivência são importantes tanto para os pacientes, quanto para os profissionais e é possível constatar que dentre os hipertensos que compartilham de conhecimentos e de vivências há um maior crescimento, favorecendo o interesse pelo cuidado (SILVA, 2006).

Em estudos realizados visando investigar as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros, identificou-se que as consultas de enfermagem ainda se desenvolvem num modelo médico e curativo tradicional, sendo necessária uma melhor abordagem, de forma integral, onde família e comunidade façam parte do tratamento, devendo ocorrer orientações sobre dietas, medicamentos e atividade físicas (MACIEL, 2003).

Dentre as políticas públicas para o controle da doença hipertensiva, a educação em saúde tem sido apontada como uma das formas para estimular a adesão ao tratamento, tudo isso visando um tratamento educativo eficaz, não devendo desconsiderar as opiniões e práticas de saúde do indivíduo, uma forma de buscar a efetividade do atendimento e posterior tratamento.

3.1 Fatores de risco associados ao estilo de vida

Os fatores ambientais, o estilo de vida, incluindo a obesidade, consumo de sal, bebida alcoólica, fumo, sedentarismo e estresse são considerados grandes

fatores de risco associados ao estilo de vida. A HAS se associa com a obesidade devido ao aumento do débito cardíaco e a relação com o aumento do risco de morte súbita ou angina. O indivíduo que apresenta sobrepeso é mais propenso a ter níveis elevados de pressão arterial (WITTCHEN et al., 2003).

A necessidade diária de ingestão de sal é de 6g/dia, o que equivale a uma ingestão abaixo de 30 mEq/dia. Porém, observa-se que portadores de HAS, consomem até 8 vezes mais, através dos mais variados tipos de alimento. O que teria que ser feito para diminuir a pressão arterial seria a redução do consumo de sal, e também adquirir o hábito de ler os rótulos dos alimentos para verificar o teor de sódio (MORALES et al., 2005).

A falta de exercícios físicos favorece a obesidade, que por sua vez aumenta a PA. Estudos nos mostram essa prevalência e também mostram que os exercícios físicos diminuem e controlam a PA, além de aumentar a capacidade cardiovascular (PORTES et al., 2001).

Um programa de exercícios aeróbicos ajuda a fortalecer o coração, a reduzir o peso e a controlar a PA, embora não se saiba exatamente o mecanismo envolvido na queda dos valores da PA. Os exercícios devem ser realizados de acordo com a idade de cada pessoa, com a duração mínima de 30 min em 2/3 dias por semana (DELBIN; ZANESCO, 2005).

O alcoolismo e o tabagismo juntamente com as bebidas ricas em cafeínas atuam no aumento da PA. O fumo pode acelerar o processo de aterosclerose em pessoas com HAS, e o uso abusivo de bebidas alcoólicas podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção HAS. A ingestão de álcool deve ser limitada a 30g de etanol por dia para homem e a 15g para mulheres para não ter risco de desenvolver DCV (SIMAO, 2002).

Estresse: é definido como sensação de ameaça física ou psicológica ao indivíduo, em forma aguda ou sustentada, que pode provocar HAS através de elevações tensionais repetidas, determinadas pela estimulação adrenérgica e liberação de hormônios vasoconstritores. As terapias de relaxamento para o manejo da HAS mostram bons resultados e junto com o tratamento farmacológico provocarão importantes diminuições de pressão arterial (GUERRA, 2005).

As emoções são estados anímicos que podem ser originados por causas externas e internas, podendo persistir apesar de desaparecer o estímulo que acompanha em menor ou maior grau uma conduta emotiva. Estas condições podem

ser classificadas em oito categorias: temor, tristeza, desgosto, ira, esperança, alegria e aceitação, essas emoções ajudam a adaptarmos as demandas do nosso dia a dia lembrando que varia de indivíduo a outro (CHAVEZ; CORREA; CADE, 2004).

O cuidado do indivíduo tem várias facetas, mas ressalta-se uma maior consciência na necessidade de realizar atividades físicas, uma dieta balanceada e saudável, o controle do estresse e de uma forma geral cuidar do estilo de vida individual.

3.2 Conscientização para mudança de atitudes

O cuidado individual visa transformar o bem-estar que faz parte da vida diária, optar por programas que visem à saúde e à prevenção de riscos para hipertensão. O cuidado desenvolvido mediante a participação nos grupos de convivência propicia um crescimento individual no processo de ensinar e aprender.

Para Capra (2000), a solução para os problemas que enfrentamos necessita de mudanças em nossa percepção, pensamento e valores; trata-se de modificar nossa visão científica e social, o que possibilitará novos paradigmas; a adoção de uma visão holística é fundamental. Só assim poder-se-á conhecer o mundo como um todo integrado e não como partes separadas.

O estilo de vida significa um conjunto de decisões que o indivíduo adota a respeito de sua saúde quanto a suas atividades de lazer, alimentação, sono, repouso, estando parcialmente sob seu controle. Hábitos são decisões pessoais que geram riscos autocriados que resultam numa doença ou até na morte, por isso é importante modificar a forma de viver. Os hipertensos precisam adotar um estilo de vida relacionando ao controle da pressão arterial, a hábitos saudáveis para manter o equilíbrio no dia-dia, procurando sempre melhorar a capacidade e conscientização para a interiorização de hábitos saudáveis (CHAVEZ; CORREA; CADE, 2004).

Os portadores de HAS conhecem as vantagens da prática do exercício físico para a saúde, é possível dizer que o controle de PA e a atuação da equipe de saúde multidisciplinar favorecem a adesão ao tratamento. Os exercícios como parte do tratamento, a prática regular de atividade, é fator de proteção para a ocorrência de eventos cardiovasculares (LIMA, 2004).

O trabalho educativo em grupos consiste numa valiosa alternativa pra se buscar a promoção de saúde e aprofundamento em conhecimentos, de modo que as pessoas superem suas dificuldades e obtenham maior autonomia e melhores condições de vida. É importante o trabalho educativo e do processo de cuidar. Utilizando esses métodos o profissional de saúde poderá perceber a dinamicidade, a pluralidade e criatividade, flexibilidades dos pacientes portadores de hipertensão (SANTOS; LIMA, 2008).

3.3 A importância da família na mudança de estilo de vida

As doenças crônicas não-transmissíveis e dentre elas a HAS representam um número significativo nessas últimas décadas, sendo responsáveis por número de óbitos em todo o país, comprometendo a longevidade da população e as modificações ocorridas no estilo de vida.

Atualmente tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, predomina a mortalidade por doença cardiovascular, considerada como uma causa isolada. A hipertensão arterial é a mais importante morbidade do adulto, mesmo com o tratamento medicamentoso. Ela é considerada uma doença de difícil controle devido à baixa adesão ao tratamento. Por isso, juntamente com os profissionais de saúde deve-se buscar estratégias para melhorar a adesão dos hipertensos aos programas de saúde da família (MONTEIRO, 2005).

A adesão ao tratamento de qualquer doença crônica sofre grandes influências de fatores próprios ao paciente, e por outros desencadeados pelo profissional de saúde. Os fatores atribuídos aos pacientes são relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde (ARAÚJO; GARCIA, 2006).

Os programas de saúde devem favorecer o acesso do portador e de sua família aos encontros educativos e orientadores para HAS, uma forma de educar, orientar e conscientizar sobre a patologia, a necessidade de adesão ao tratamento e as suas possíveis complicações.

3.4 Outras alternativas para o controle da HAS

O exercício físico aeróbico realizado com frequência e de forma moderada, tem poder de provocar importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que irão influenciar no sistema cardiovascular, entre elas a redução nos níveis de repouso da pressão arterial de grau leve e moderado, fazendo com que o paciente hipertenso diminua o uso de seus medicamentos anti-hipertensivos e manter sua pressão arterial controlada sem a adoção de medidas farmacológicas (BAUNWALD, 2006).

As orientações de Enfermagem são essenciais para que o paciente hipertenso passe a entender e conhecer a HAS, identificar fatores de risco, e reconhecer a importância do tratamento, procurar conhecer quais mudanças devem ser realizadas e sanar suas dúvidas quanto à outras alternativas de controle pressórico (KAWAMOTO et al., 2009).

O estilo de vida é uma medida que deve ser estimulada em todos hipertensos durante toda a vida independente dos níveis de pressão arterial por ter medidas que provocam uma redução de perda de peso, redução de sal, abolição do consumo de álcool e exercícios que fazem a pressão arterial manter-se controlada (SANTOS et al., 2005).

O tratamento das HAS se inclui nas modificações de vida com a introdução de exercícios físicos, orientações alimentares e comportamentos saudáveis prevenindo o estresse, ou seja, despertar para a qualidade de vida e conscientização da necessidade de mudanças que deverão seguir o ritmo e cultura do paciente, uma vez que se sabe que mudanças radicais não perduram e prejudicam o andamento do tratamento.

4 A ENFERMAGEM ATENDENDO O PORTADOR DE HAS

Por ser uma doença 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, o que vem mostrar como é essencial o papel do profissional de Enfermagem junto aos portadores de tal afecção.

A importância do papel da Enfermagem se mostra pela busca de conhecimento próprio a respeito da HAS e dos prováveis tratamentos, porque só assim poderá intervir junto aos pacientes hipertensos.

Ela se constitui também na responsável pela aquisição do conhecimento do paciente sobre sua doença e os cuidados que são importantes para o seu tratamento, incentivando-o ao autocuidado (BARBOSA, 2009).

No entanto, para que tal aconteça é importante que o enfermeiro assuma seu papel de educador, orientador e conscientizador, uma forma de induzir os portadores a assumirem a busca da melhora de sua própria saúde através das mudanças de hábito de vida, o que se constitui num grande desafio para ambos, profissional/cliente (SANTOS et al., 2005).

Através das orientações de enfermagem o hipertenso terá oportunidade de conhecer a dinâmica do desenvolvimento da HAS, reconhecer quais seriam os fatores de risco, a importância da adesão ao tratamento e que mudanças seriam necessárias para que pudesse minimizar os níveis pressóricos e ter uma melhor qualidade de vida (BARBOSA, 2009).

A abordagem educativa de enfermagem será oferecida ao hipertenso como possibilidade de ação colaborativa, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, diminuindo ansiedades, proporcionando maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas, através da consciência da necessidade do autocuidado (CESARINO, 2000).

Através da educação e da orientação, é possível que a Enfermagem consiga transformar hábitos de vida que com certeza oferecerão condições para que o hipertenso se conscientize da necessidade imperiosa de mudanças, pois caso contrário, somente com o tratamento medicamentoso ele não terá melhora nos seus níveis pressóricos, acarretando as temíveis complicações.

4.1 A Enfermagem educando e promovendo saúde

A enfermagem como agente de promoção de saúde terá como incumbência a responsabilidade da identificação dos fatores que ocasionam risco para o desenvolvimento de HAS, assim como estabelecer a abordagem adequada a cada cliente. O objetivo do educar quando se pensa em saúde é incentivar e buscar o envolvimento do paciente no tratamento e promover comportamentos saudáveis, para que se tenham melhores resultados (POTTER; PERRY, 2005).

Entre as ações destacam-se como mais importantes a implementação de hábitos saudáveis de alimentação, prática de exercícios físicos e abandono do tabagismo (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

O ensino é um instrumento integrante que todas as enfermeiras utilizam para cuidar dos pacientes e famílias no desenvolvimento de comportamentos de saúde efetivos e na modificação dos padrões de estilo de vida que predispõe as pessoas aos riscos de saúde. A educação da saúde é um fator influenciador diretamente relacionado com os resultados de cuidados positivos do paciente [...] Ela também pode evitar as situações de crise e reduzir o potencial para a re-hospitalização decorrente das informações inadequadas sobre o auto-cuidado. A meta da educação da saúde consiste em ensinar as pessoas a viver a vida da forma mais saudável possível – isto é, esforçar-se no sentido de atingir o seu potencial de saúde máximo (SMELTZER; BARE, 2005, p. 49).

Ao orientar e educar o profissional de enfermagem deve-se usar de linguagem clara e objetiva, seguindo o nível cultural do paciente, porque somente assim conseguirá atingir seus propósitos com um resultado positivo, de adesão ao tratamento e mudanças da forma de viver, buscando qualidade de vida.

A educação em saúde é um processo que oferece aos clientes hipertensos acesso a informações e possibilita à família do portador e a comunidade à mudança de hábitos e manutenção da saúde (KAWAMOTO, 2009).

Outras medidas que podem aumentar a adesão ao tratamento são: regimes terapêuticos, informações escritas sobre dose e efeitos colaterais, o envolvimento da equipe multidisciplinar, manutenção no regime permanente das cifras tensoriais e da ingestão de drogas, envolvimento familiar no auxílio da administração da medicação, das medidas dietéticas e outras (BASTOS, 2002).

O enfermeiro ao desempenhar sua função que é essencial dentro da equipe multiprofissional, tanto na atenção primária quanto na atenção hospitalar, deve ficar

permanentemente alerta quanto a esta situação, inclusive para resolver questões emergenciais (XIMENES; NETO, 2005).

As principais metas a serem atingidas pela equipe de enfermagem, juntamente aos portadores de hipertensão, são a compreensão da patologia, do tratamento, incentivo a participação em grupos de programa de autocuidado, assim como certificar-se de possíveis complicações, para que se possa controlar a hipertensão com mudanças no estilo de vida e uso de medicamentos (MACIEL, 2003).

Na enfermagem o diagnóstico refere-se a um conjunto de sinais e sintomas que descrevem problemas de saúde nos quais o enfermeiro é responsável pelas decisões tomadas, terapêuticas, observação, reunião de dados, interpretação e conhecimento (SILVA, 2006).

4.2 A importância da mudança de estilo de vida

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no tratamento da HAS, incentivando à participação em programas de auto-cuidado, buscando fatores de risco e complicações e orientações quanto ao uso de medicações e mudança de estilo de vida (BARBOSA, 2009). No entanto para que isso ocorra à enfermagem tem que assumir seu papel de educadora.

A mudança de hábitos de vida requer um empenho maior de todos os portadores que precisam de conscientização e adesão, porém, geralmente são pessoas que se encontram numa condição crônica de saúde. Os familiares, as pessoas de convívio mais próximo, juntamente com os profissionais de saúde precisam ajudá-lo na promoção e manutenção da sua saúde (SANTOS et al., 2005).

Segundo a Secretaria de Saúde de Minas Gerais (2006) pessoas com maior risco de doenças cardiovasculares devem ser constantemente orientadas sobre a importância e os benefícios das mudanças de estilo de vida, em cada encontro sobre saúde ou no atendimento na unidade de saúde.

Pacientes portadores de HAS devem estar conscientes das vantagens que os exercícios físicos trazem para a saúde. De acordo com várias pesquisas, pode-se dizer que o controle da PA e a atuação da equipe de saúde multidisciplinar

favorecem a adesão ao tratamento. Os exercícios como parte do tratamento, se praticados regularmente, são fatores de proteção para a ocorrência de eventos cardiovasculares (MONTEIRO et al., 2004).

A enfermeira como orientadora é colocada à prova, não somente para fornecer a educação específica ao paciente e à família, como também para focalizar as necessidades educacionais das comunidades. A educação da saúde é importante para o cuidado de enfermagem, porque ela pode determinar de que forma os indivíduos e as famílias são capazes de realizar os comportamentos que levam ao auto-cuidado ótimo (SMELTZER; BARE, 2005, p. 49)

Pacientes portadores de HAS devem estar conscientes das vantagens que os exercícios físicos trazem para a saúde. De acordo com várias pesquisas, pode-se dizer que o controle da PA e a atuação da equipe de saúde multidisciplinar favorecem a adesão ao tratamento. Os exercícios como parte do tratamento, se praticados regularmente, são fatores de proteção para a ocorrência de eventos cardiovasculares (MONTEIRO et al., 2004).

A alimentação dietética, para a maioria dos pacientes, é muito difícil de ser seguida e a adoção de hábitos alimentares saudáveis é uma nova realidade que o hipertenso tem dificuldade para aderir. É necessário entender o processo de adaptação a nova condição porém, as orientações devem ser acompanhadas de estratégias de educação de forma individual, o que a enfermagem como educadora e como profissional que lida mais diretamente com os clientes, deve estar preparada para fazer (LIMA, 2004).

As intervenções de enfermagem atuam no alerta à mudança do estilo de vida, à disposição para o controle aumentado do regime terapêutico, para a promoção de exercícios, orientando e estimulando à prática de atividades físicas, evidenciando os benefícios para a saúde e para o controle da doença. Orienta o cliente para o não uso do tabagismo, um dos fatores causadores dos problemas cardiovasculares decorrentes da HAS. Atua na educação para a saúde, esclarecendo e estimulando o paciente para o cumprimento do regime e tratamento medicamentoso, para a eliminação do álcool, orientando sobre os malefícios provocados pela ingestão (SANTOS; LIMA, 2008).

Dentre outras ações a mudança do estilo de vida evidencia que as principais causas da enfermidade e morte relaciona se a três componentes: o meio ambiente, estilo de vida e a biologia humana.

4.2.1 O sedentarismo

O número de indivíduos portadores de obesidade em diversos países vem aumentando nas últimas décadas, está estabelecida a relação entre a presença de obesidade e o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial e doenças cardiovasculares (DIAS; QUILICI; SENGER, 2004).

A enfermagem deve estar atenta para orientar nas consultas, a prática de exercícios físicos aeróbicos, para que se possa melhorar a qualidade de vida desses portadores através da diminuição do peso, diminuição da circunferência abdominal e IMC.

A relevância da hipertensão arterial (HA) juntamente ao sedentarismo tem como um importante fator de risco cardiovascular, sua alta prevalência mundial e o grande aumento da probabilidade de desfechos circulatórios fatais e não-fatais quando a ela estão relacionados a outros fatores de risco se tornando agravante e tendo uma correlação com outros possíveis fatores potencialmente desencadeantes de eventos cardiocirculatórios (JARDIM et al., 2007).

Frente aos benefícios do exercício físico e aos malefícios do sedentarismo, instituições e organizações tem implementado esforços na área de saúde para estimular a adesão a um programa de atividade física regular, com o objetivo de melhora individual e coletiva, uma forma de combater o sedentarismo.

A enfermagem além de oferecer orientações sobre como direcionar os exercícios físicos, deve atentar durante a atividade física quanto aos sinais vitais e sinais de intolerância ao esforço físico como, cansaço, dispnéia, tontura, palpitação, dor anginosa (JUNIOR et al., 2009).

O tratamento e controle de HAS representa um grande desafio às autoridades governamentais e aos profissionais de saúde em relação as dificuldades biológicas, psicossociais, econômicas e culturais, a investigação dessas dificuldades, segundo os profissionais de saúde possibilita a apreensão de seus pensamentos, sentimentos e percepções, valorizando as suas vivências, atitudes, valores, informações, segundo as experiências no processo de cuidar do portadores da doença(SILVA, 2006).

4.2.2 A necessidade de dieta saudável

Uma alimentação saudável só trás benefícios para o cliente hipertenso, porque além de diminuir os seus níveis pressóricos, possibilita o retardo do desenvolvimento da patologia, mostrando que os hábitos alimentares saudáveis só tendem a controlar a doença (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

Ainda segundo as VI Diretrizes sabe-se que a necessidade diária de sal é de 5 g de cloreto de sódio ou sal de cozinha, porém o consumo médio brasileiro corresponde ao dobro do recomendado, fator predisponente para elevar os níveis pressóricos.

Na maioria dos casos, desconhece-se a causa da hipertensão arterial, porém, vários são os fatores que podem estar associados à elevação da mesma, como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos (MOLINA et al., 2003).

A nutrição adequada pode alterar a incidência e a gravidade das coronariopatias, já que populações com diferentes dietas apresentavam variações na mortalidade cardiovascular principalmente o infarto (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Intervenções como a redução de peso e a diminuição da ingestão de sal e do consumo de álcool podem prevenir e tratar a HAS, quanto as padrões dietéticos podem reduzir a PA em normotensos e em hipertensos (OLMOS; BENSEÑOR, 2001).

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável sobre o comportamento dos níveis pressóricos. Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool e sódio e excesso de peso. Recentemente vem sendo também associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade (MOLINA et al., 2003).

A dieta é muito importante e de outros fatores de estilo de vida para o controle da hipertensão arterial sistêmica que vem sendo enfatizada nas últimas décadas

principalmente pelos profissionais de saúde e enfatiza que três padrões dietéticos sobre a pressão arterial mostra que uma dieta rica em frutas, verduras e laticínios desnatados, escassa em gorduras saturadas e colesterol, pode reduzir a pressão arterial tanto quanto a monoterapia com anti-hipertensivos em hipertensos (OLMOS, BENSEÑOR, 2001).

4.2.3 O estresse

O estresse emocional, juntamente com fatores psicossociais, econômicos e educacionais pode desencadear a HAS, podendo interferir na adesão ao tratamento e na mudança de hábitos porém, terapias alternativas de relaxamento mostraram-se eficazes na diminuição da pressão arterial (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

O estresse é uma reação que proporciona ao indivíduo condições de defender-se de efeitos nocivos e facilita o fortalecimento para as reações de luta, busca garantir a prosperidade da espécie e garantir a integridade física como um todo. Essas respostas podem ser enviadas pelo indivíduo por meio do biológico, psicológico ou dentro do meio social. Entretanto, a sobrecarga de situações provocadoras de estresse, ou a manutenção de certas condições, e situações estressoras podem levar a efeitos prejudiciais ao corpo e à mente, e esse efeito nocivo predispõe ao desenvolvimento da HAS (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

4.2.4 O abandono do Tabagismo

O risco associado ao tabagismo está relacionado ao tempo de fumante, à quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Estes são considerados os fatores maléficos do tabagismo, pois as conseqüências advindas compreendem a rigidez arterial, a obesidade visceral e uma particular resistência à insulina (BRASIL, 2006).

Aí reside a essencial importância do profissional de enfermagem ao estimular e conscientizar o hipertenso da necessidade do abandono do hábito de fumar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através dos estudos realizados observa-se que a HAS é uma doença crônica, considerada um grave problema de Saúde Pública, com alta prevalência e elevados índices de morbimortalidade. É uma afecção que surge silenciosamente e aos poucos compromete sistemas vitais ocasionando danos na maioria das vezes irreversíveis, chamada pelos autores de “Assassino silencioso”.

A mudança de hábitos de vida se constitui na grande oportunidade para controlar os níveis pressóricos e possibilitar que o portador tenha uma melhor qualidade de vida. Diante do exposto pode-se perceber a importância e necessidade da atuação do profissional de enfermagem como educador, orientador e conscientizador, permitindo que o cliente hipertenso, ao adquirir conhecimentos sobre sua doença, sinta a necessidade de colaborar no tratamento.

Percebe-se que quando o hipertenso passa a ter ciência do problema que o acomete, em decorrência dos sintomas que o incomodam não os trata, permitindo assim o surgimento de complicações. Para que tal não aconteça é preciso eliminar os fatores de risco e aderir ao tratamento medicamentoso.

A eliminação dos fatores de risco extrínsecos está na mudança de hábitos de vida, envolvendo mudança dos hábitos alimentares, desenvolvimento de atividades físicas aeróbicas, eliminação do sedentarismo, do tabagismo e alcoolismo.

A assistência de enfermagem deve visar o autocuidado, uma forma do hipertenso dar continuidade ao seu tratamento quando de sua volta para o domicílio.

A família deverá ser orientada para o tratamento medicamentoso e a adesão de hábitos saudáveis, contribuindo assim para a manutenção dos níveis pressóricos, o que proporcionará uma melhor qualidade de vida do hipertenso.

A realização desse estudo foi enriquecedor para a pesquisadora, permitindo maiores e melhores conhecimentos sobre a HAS, o que também a ajudará por ocasião de orientações que possa vir a fazer nas suas futuras atividades profissionais. Espera-se contribuir também, oferecendo um material de qualidade para que outros profissionais possam ler e melhorar seus conhecimentos com relação a HAS e assim melhorar a condução dos cuidados aos portadores, permitindo-lhe uma vida de melhor qualidade possa viver mais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, S. Premier Collaborative research Group. **Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control**. 2003. Disponível em <<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band121/b121-3.html>> Acesso em 20 out. 2011.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.08, n. 02, p. 259 - 272, 2006. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm> Acesso em 20 set. 2011

BARBOSA, M. S. A. **Contribuição da enfermeira para a adesão de pacientes hipertensos usuários do SUS ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Maceió, 2009. Disponível em <<http://bdtd.ufal.br>>. Acesso em 28 set. 2011.

BASTOS, D.S. **Cuidando de Pessoas Portadoras de Hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de auto cuidado**. Florianópolis, 2002. Disponível em:< <HTTP://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0416.pdf>>. Acesso em 20 ago, 2011

BATISTA; RISSIN, A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.0, p.181-191, 2003, Acesso em 18 ago 2011

BIRNEY et al. **Fisiopatologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 171-177.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (**Cadernos de Atenção Básica; 16**) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf>. Acesso em 22 ago. 2011.

BRAUNWALD, E. et al. Hipertensão Sistêmica: Tratamento. In: **Tratado de doenças cardiovasculares**. 7 ed. Editora Elsevier: Rio de Janeiro, 2006.

CAMPOS; JACOB; MENDONÇA, Prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial em idosos institucionalizados. In: Trabalhos de conclusão de curso, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium. **Anais...** Araçatuba, SP. 2007 p. 103-112. Disponível em: <<http://www.salesianoata.br/faculdades/noticias>> Acesso em: 07 set. 2011.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 21. Ed. São Paulo: Cultrix, 2000

CASTRO, A.P., SCATENA, M.C.M. Manifestação emocional de estresse do paciente hipertenso. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, p. 859-65. 2004. Acesso em 20 set. 2011.

CESARINO, C.B. **Eficácia da educação conscientizadora no controle da hipertensão arterial sistêmica** [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000. Acesso em 22 set 2011

CHAVEZ; CORREA; CADE, V. N. Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Rev Latino-am Enferm**, v.12, n.2, 2004. Acesso 22 set 2011.

CONSUEGRA; ZAGO,. Crenças entre fumantes em um programa de saúde cardiovascular. **Rev Latino-am Enferm**, v.12, n. especial, p. 412-419, 2004. Acesso em 28 set. 2011.

CRISTINA et al., **Fatores de Risco Hipertensão** [resumo] CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA 2010.

DIAS, J. C. R.; QUILICI, M. T. V. ; SENGER, M. H. Obesidade e refratariedade da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 11, n. 4, p. 240-245, 2004. Acesso em 28 set. 2011.

DELBIN, M. A.; ZANESCO, A. **Efeitos do exercícios dinâmicos por dança na pressão arterial de sujeitos hipertensos**. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 25., 2005, Universidade estadual paulista

FEIJÃO et al., Prevalência de excesso de peso e hipertensão arterial, em população urbana de baixa renda. **Arq Bras Cardiol.**, v. 84, n. 1, janeiro. 2005. Acesso em 15 ago 2011.

GRUNDY, S.M. .Does a Diagnosis of a metabolic syndrome have value in clinical Practice? **Am. J. Clin. Nutr.** v. 108, n.2,p.126-128. 2006

GUERRA, F. A. R. Hipertension arterial. México:**Editorial manual moderno**. 2005. Disponível em: <[HTTP.www.salud.gob.mx/unidades](http://www.salud.gob.mx/unidades)>. Acesso em mar. 2011

GUYTON; HALL, **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 188 p

IBGE. **Análise do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2004

JARDIM et al., Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 18, n. 4. São Paulo, 2007. Acesso em 20 ago. 2011

JUNIOR, A. C.; TIMERMAN, A.; STEFANINI, E. Hipertensão arterial. In: **Tratado de Cardiologia SOCESP**. 2 ed. São Paulo: Manole, 2009. p. 625- 687

KAWAMOTO, E. E. et al. Atenção à saúde do adulto. In: **Enfermagem Comunitária**. 2 ed. Editora EPU: São Paulo, 2009. p. 127 a 139

LIMA, M. T. High blood pressure from the perspective of a low-income population; na exploratory study of knowledge, attitudes, and practices. **Cad. Saude Publica**, v. 20, n. 4, 2004. Acesso em 28 set. 2011

MACIEL, I.C.F. Consulta de Enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial. Fortaleza. **Rev. Lat. Am. de Enfermagem**. 2003 v.11 p. 207-214. Acesso em 28 set. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: Hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em <www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha.../LinhaGuiaHiperdia.pdf>. Acesso em 20 ago. 2011.

MION; PIERIN; GUIMARAES, Tratamento de hipertensao arterial respostas de médicos brasileiros a um inquérito. **Rev. Ass Med Brasil**. 2001, v.47, n. 3, p. 249-254. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n3/6550.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

MOLINA, M. C. B. et al. Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. **Revista de Saúde Pública**. v. 37. n. 6. p. 743-750. São Paulo, 2003. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37/n6/18017.pdf>>. Acesso em 03 out. 2011.

MONTEIRO, P. C. et al, Características biossociais, hábitos de vida e controle da pressão arterial dos pacientes em um programa de hipertensão. **Arq. Cienc. Saúde**. São Jose do Rio Preto, v. 12, n. 2, p. 73-79, abr./jun, 2005. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/prorh/dacom/vivamais1/hipertensao.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2011.

MONTEIRO, M. F. et al., Exercício físico e controle da pressão arterial. **Rev. Bras. de Medicina do Esporte**, v.10, n.6, p. 513-516, 2004. Acesso em 25 ago. 2011.

MORALES et al.,. Estilo de vida em El paciente com hipertensión arterial. **Revista de Salud Pública y Nutrición**, Ed. Especial, n. 4, 2005.

OLMOS, R.D.; BENSEÑOR, I.M. Dietas e hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertensão**. v. 8, p. 221-224. 2001. Acesso em 28 set. 2011.

PORTES, P.A. et al. A hidroginástica aumenta a capacidade de trabalho físico estimada em ciclo ergômetro com concomitante redução da pressão arterial e frequência cardíaca de hipertensos. **CONGRESSO DA SOCIEDADE DE CARDIOLOGIA DO ESTADO DA SÃO PAULO**, 2001. Porto Alegre, UNASP- Centro Universitário Adventista de São Paulo.

POTTER, P. A. ; PERRY, A. G. Educação em saúde do paciente. In: **Fundamentos de Enfermagem**. 6 ed. Editora Elsevier: Rio de Janeiro, 2005. p. 479-505

RIQUE, A. B. R.; SOARES, E. A.; MEIRELLES, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. **Revista brasileira de Medicina do Esporte**; v 8; p. 244 –254; 2002. Acesso em 15 set. 2011.

SANTOS, Z. M. S. et al. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Revista Texto Contexto Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 332- 340. Julho/Setembro, 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a03.pdf>>. Acesso dia 24 set. 2011.

SANTOS, Z.M.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de

vida. **Texto contexto - enferm.** [online]. 2008, vol.17, n.1, p. 90-97. Acesso em 28 set. 2011.

SILVA, M.E.D.C. **As representações sociais da hipertensão arterial** [dissertação]. Teresina (PI): Universidade Federal do Piauí; 2006. Acesso em 28 set. 2011

SIMÃO, M. Doenças cardiovasculares: perfil dos trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 4, n. 2, p. 27-35, 2002. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br>>. Acessado em: 28 setembro de 2011.

SMELTZER; BARE, Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: **Tratado de enfermagem médico cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 904-916 p.

SOUSA, VHS; MOZACHI, N. **O Hospital: manual do ambiente hospitalar**. 7ª ed. Curitiba: Manual Real; 2007.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo, 2006. Disponível em <http://www.nefrologiaonline.com.br/Diretrizes/V_Diretrizes_Brasileiras_de_Hiperten_sao_Arterial.pdf>. Acesso em 20 set. 2011.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Vol.17. n. 1. São Paulo, Janeiro/Março 2010. Disponível em <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/vi_diretrizes_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em 13 out.. 2011.

XIMENES; NETO, F.R. Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Primária em Saúde: uma análise das práticas do enfermeiro. **Revista Enfermeria Global**. 2005. Disponível em: <<HTTP://www.um.es/ojs/index.php/eglobal/article/viewFile>> Acesso em 20 ago. 2011

WITTCHEM, H.U.et al. Hypertension, diabetes mellitus and comorbidity in primary care. **Fortschr Med Orig**, v. 121, n.1, p. 19-27, 2003.