

André de Oliveira Dantas

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO: FATORES DIFICULTADORES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Eulita Maria Barcelos

TEOFILO OTONI
2011

André de Oliveira Dantas

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO IDOSO: FATORES DIFICULTADORES PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. : Eulita Maria Barcelos

Banca Examinadora

Prof: Eulita Maria Barcelos
Prof. Kátia Ferreira Costa Campos

Aprovado em Belo Horizonte: 12/07/2011

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível. A minha família pelo apoio incondicional e paciência nos momentos de ausência. Aos mestres pela direção, conselhos e incentivo nesta trajetória.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Nelson Dantas (*in memorian*) e Marly, pois sem o incentivo, apoio e conselhos deles, não estaria aqui neste momento, e cada passo que subo no degrau da vida, devo a eles por terem sido um grande exemplo de perseverança, mesmo em momentos de grandes dificuldades e provações, a eles agradeço quem sou hoje.

Agradeço a minha esposa, por sua compreensão; ao meu filho, que mesmo na inocência da sua infância, fez o que pôde para ter paciência, enquanto o papai ficava horas na frente do computador sem ter tempo para brincar com ele.

Enfim agradeço a todos que direta e indiretamente contribuíram para que eu pudesse realizar este trabalho.

RESUMO

As doenças cardiovasculares são a principal causa de mortalidade no Brasil e a hipertensão arterial está entre os seus principais fatores de risco. A hipertensão arterial sistêmica é um problema de saúde pública cujo controle, de forma continuada, visa prevenção de alterações irreversíveis no organismo e relacionadas a morbimortalidade cardiovascular. O controle da pressão arterial sistêmica está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento. A não-adesão a terapêutica medicamentosa é uma das principais causas das baixas taxas de controle da hipertensão e constitui um dos mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais que atuam na atenção primária. O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em pacientes idosos hipertensos. Foi realizada uma revisão de literatura-tipo narrativa, considerando um recorte temporal os últimos 10 anos (2001-2011) para as publicações no idioma português e inglês. Feito um levantamento na base de dados, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACs e também no Scientific Electronic Library Online – SCIELO, além dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais e também no banco de informações do DATA-SUS. Os resultados apontaram que os principais fatores que dificultam a adesão ao tratamento anti-hipertensivo estão na falta de poder aquisitivo para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar. Estes fatores sozinhos ou associados desestimulam ou dificultam o tratamento correto principalmente dos idosos hipertensos.

Palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento anti-hipertensivo, não adesão ao tratamento, idosos.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases are the leading cause of death in Brazil and hypertension are among its main risk factors. Hypertension is a public health problem whose control, continuously aims to prevent irreversible changes in the body and related to cardiovascular morbidity and mortality. The control of blood pressure is directly related to the degree of adherence to treatment. Non-adherence to drug therapy is a major cause of low rates of hypertension control and is one of the most important problems faced by professionals working in primary care. The objective of this study was to identify factors that influence adherence to treatment of hypertension in elderly hypertensive patients. We performed a literature review-type narrative, considering a time frame the last 10 years (2001-2011) for publications in English and Portuguese. A survey in the database of the Latin American and Caribbean Health Sciences - Lilacs and also in the Scientific Electronic Library Online - SciELO, in addition to the manuals of the Ministry of Health and State Health Secretariat of Minas Gerais and also in the information bank of DATA-SUS. The results showed that the main factors that hinder adherence to antihypertensive treatment are the lack of purchasing power to acquire the drugs, side effects caused by medications, inactivity, poor diet, alcoholism, smoking, emotional, and physical disabilities mental, family abandonment. These factors alone or associated discourage or hinder the correct treatment of the mainly elderly hypertensives.

Key Words: high blood pressure (HBP), anti-hypertensive treatment, adherence to antihypertensive treatment, Not adherence to treatment, the Elderly.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	11
3 ABORDAGEM METODOLÓGICA	12
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 Hipertensão Arterial no Idoso	14
4.2 Fatores de risco.....	16
4.3 Tratamento da Hipertensão.....	19
4.4 Dificuldade de adesão do Idoso ao tratamento para Hipertensão Arterial	21
4.5 Fatores interferentes na adesão ao tratamento da Hipertensão a Arterial	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIA	27

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. O Brasil possui aproximadamente cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, isto significa que 35% da população de 40 anos e mais são hipertensos (BRASIL, 2006).

Esta patologia é crônica, não transmissível, de início silencioso com repercussões clínicas importantes para os sistemas cardiovasculares e renovasculares, acompanhados freqüentemente de co-morbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população (MINAS GERAIS, 2006).

Conforme Lessa (2001) a hipertensão arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial. Essa doença se tornou um grave problema de saúde pública no Brasil devido às dimensões que tomou.

Reforçando Robbins & Cotran, (2000) abordam que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular, como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras co-morbidades, como diabete, dislipidemia e obesidade.

Essas complicações podem ocorrer principalmente pela não utilização ou utilização inadequada da medicação.

Segundo Busnello (2001) a não adesão ao tratamento proposto pode resultar em grande prejuízo a saúde do paciente, seqüelas irreparáveis e até mesmo a morte.

De modo geral a não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial é um dos maiores e mais importantes problemas enfrentados pelos profissionais de saúde que atuam na atenção primária. Em particular quando se trata da pessoa idosa, segundo Schroeter *et al*, (2007), a prevalência da hipertensão aumenta com a idade e sua magnitude depende dos aspectos biológicos, do estilo de vida predominante em cada uma delas, do ambiente físico e psicossocial.

Rouquayrol (1994) citado por Araújo & Garcia, (2006) abordam que dentre outras conseqüências do envelhecimento da população, a mais preocupante é o significativo aumento da carga de doenças cardiovasculares, que constituem as causas mais freqüentes de óbito da população idosa. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) ocupa lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica que vem ocorrendo no Brasil a partir da década de 1960 do

século passado. O cenário epidemiológico brasileiro demonstra uma transição: as doenças infecciosas que eram responsáveis por 46% das mortes em 1930, em 2003 respondem por apenas 5% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e a violência (MINAS GERAIS, 2006).

É sabido que o idoso consome mais serviços de saúde, as internações são frequentes e mais longas quando comparada a outras faixas etárias. De modo geral, as enfermidades dos idosos são crônicas e múltiplas, persistem por vários anos, exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares. Os serviços de saúde, por sua vez, possuem importância crucial para a redução das doenças crônicas e de suas complicações.

Essa faixa etária merece uma preocupação maior e mais intensiva dos profissionais de saúde devido o aparecimento de doenças degenerativas e até mesmo mentais, sendo assim a hipertensão arterial pode surgir como um fator complicador, reduzindo drasticamente a qualidade de vida deste indivíduos (LIMA; BARRETO; GIATTI, 2003).

Diante destas questões proponho desenvolver uma revisão de literatura para que sejam levantados os fatores que dificultam a adesão ao tratamento medicamentoso da hipertensão arterial pelos idosos, pois este é um grande problema que encontramos nas unidades de saúde, pois verificamos que a maioria dos pacientes idosos tem alguma resistência para tomar os medicamentos com regularidade e isso acaba acarretando grandes prejuízos a saúde pública devido as internações por crises hipertensivas e conseqüentemente por acidente vascular cerebral (AVC), diminuindo a qualidade de vida dos idosos.

Através deste estudo queremos compreender se o nível de escolaridade, fatores sociais, culturais, ou seja, alguns hábitos ou características dessa faixa etária, interferem na não adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos hipertensos; e espera-se contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao idoso, que necessita de uma abordagem mais ampla e prática em relação aos fatores que influenciam na adesão ao tratamento com antihipertensivos.

2 OBJETIVO

Identificar os fatores que influenciam na adesão ao tratamento da hipertensão arterial em idosos hipertensos.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

Para Leopardi, (2002) a pesquisa em saúde é mais que uma incorporação de conteúdos científicos ao saber cotidiano; é um aprender a perceber, é sentir, é pensar a saúde sobre as condições em que ela se realiza, os objetivos particulares e individuais das pessoas e sobre o seu significado para a vida pessoal e coletiva.

Para elaboração deste trabalho adotou como metodologia a pesquisa bibliográfica, na modalidade de revisão narrativa, uma vez que ela possibilita acessar artigos publicados a respeito do tema proposto pela pesquisa e atende, por conseguinte, ao objetivo delineado.

Para Lakatos e Marconi (2001, p.43), a pesquisa bibliográfica “é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo de conhecimento”.

Minayo (2003) define metodologia como o caminho e os instrumentos próprios para abordar a realidade, incluindo concepções teóricas de abordagem, técnicas que permitam a apreensão da realidade, além de incluir a criatividade do pesquisador como instrumento a ser utilizado.

Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o "estado da arte" de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para busca das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos, constituem, basicamente, de análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007).

Foi determinado para o levantamento de publicações no idioma português e inglês, um recorte temporal dos últimos 10 anos (2001-2011).

Realizou-se um levantamento na base de dados, da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde – LILACs e também no Scientific Electronic Library Online – SCIELO, além dos manuais do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, de Minas Gerais e também no banco de informações do DATA-SUS.

Após o levantamento das publicações procedeu-se à leitura criteriosa visando selecionar aquelas publicações que atendiam o objetivo do trabalho.

Os resultados e discussão dos dados foram apresentados em forma descritiva.

A busca dos artigos se deu através dos descritores: hipertensão arterial sistêmica (HAS), tratamento anti-hipertensivo, adesão ao tratamento anti-hipertensivo, não adesão ao tratamento, idosos.

A seguir será abordada a revisão de literatura que compreende uma contextualização sobre a hipertensão arterial, os fatores de risco, o tratamento anti-hipertensivo, e a dificuldade de adesão do idoso ao tratamento e os fatores que interferem nessa adesão.

4 Revisão de literatura

4.1 Hipertensão Arterial no Idoso

A população idosa é crescente nos nossos dias, desta forma, é fundamental que as pessoas em geral e os profissionais de saúde em especial compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços para uma melhor qualidade de assistência. O Brasil, atualmente, possui cerca de 17,6 milhões de idosos. O envelhecimento da população é uma resposta a mudança de alguns indicadores de saúde, em especial a queda da fecundidade e aumento da esperança de vida (BRASIL, 2006 ; BRASIL, 2007).

Segundo estimativas, em 2025, o país terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentarão pelo menos uma doença (IBGE, 2006).

Entre essas doenças, as cardiovasculares constituem a grande maioria delas, sendo a hipertensão arterial sistêmica a mais prevalente aumentando progressivamente com a idade (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

A hipertensão Arterial apresenta como um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade e em especial nos mais idosos (ZAITUNE *et al.*, 2006).

Segundo Mendes (2008), as elevações da pressão sanguínea são observadas durante o ciclo da vida, nas pessoas com mais de 60 anos, a prevalência de desenvolver a hipertensão é de 60%. Com o envelhecimento, ocorrem alterações na anatomia e fisiologia cardiovascular, mesmo na ausência de doença, que fazem aumentar a prevalência de pressão sanguínea elevada. Esse aumento também está ligado aos hábitos de vida dos indivíduos.

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas a pressão arterial são responsáveis pelo número elevado de internações hospitalares. A Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais freqüente que as internações por acidente vascular cerebral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

Estabelecendo uma correlação da faixa etária com a hipertensão arterial, Costardi, (2004) aborda que com o progredir da idade, os níveis pressóricos diastólicos perdem progressivamente o seu impacto sobre a mortalidade cardiovascular. O processo de envelhecimento se acompanha de elevação progressiva da pressão sistólica secundária ao

enrijecimento da parede das artérias. Antes de constituir-se em um processo benigno vinculado ao envelhecimento natural, o desenvolvimento da hipertensão arterial sistólica nas faixas etárias avançadas, é um determinante isolado de risco de eventos cardiovasculares.

Podemos concluir que à medida que a pessoa envelhece há uma maior probabilidade de se tornar hipertenso do que em faixas etárias inferiores, não considerando os outros fatores predisponentes e sim só a idade.

“Estudos demonstram que 09 em cada 10 indivíduos a partir de 55 anos provavelmente desenvolverão hipertensão arterial durante sua vida tornando-se um dos maiores problemas de saúde pública” (MINAS GERAIS, 2006, p.145).

Segundo Mion (2006) a Hipertensão Arterial é uma doença caracterizada por níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíacas e vasculares). Em idosos, é considerada uma das causas mais importantes de morbimortalidade prematura, pela alta prevalência e por constituir fator de risco relevante para complicações cardiovasculares.

A hipertensão arterial é uma doença basicamente detectável por meio da medida da pressão arterial, e segundo Jardim (2005), ela se tornou um grave problema de saúde pública no Brasil devido às dimensões que tomou ou seja o número de hipertensos tem aumentado muito.

Há dificuldades em se definir os níveis normais de PA para indivíduos acima de 60 anos, embora haja tendência de aumento da PA com a idade, níveis de PAS > 140 mmHg e/ou de PAD > 90 mmHg não devem ser considerados fisiológicos para os idosos. A OMS com base em diversos estudos estabeleceu que o idoso é considerado hipertenso quando apresenta pressão arterial sistólica (PAS) = a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) = a 90 mmHg (BARBOSA *et al.*, 2006).

Os sintomas mais comuns da hipertensão são os altos níveis pressóricos, trazendo desconforto físico ao paciente, tais como fadiga, tremores, palpitações, formigamentos nos membros superiores e inferiores, cefaléia e visão turva, que podem culminar em um acidente vascular cerebral, causando seqüelas irreversíveis (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Portanto, os problemas que cercam as pessoas acima de 60 anos, têm merecido o interesse dos órgãos públicos, da sociedade em geral. Grande parte dos indivíduos com hipertensão arterial não apresentam sintomas. Apesar dos sintomas estarem ausentes, os níveis elevados da pressão arterial (PA) estão relacionados a uma maior incidência de riscos cardiovasculares a longo prazo (BRASIL, 2007).

Para melhor entendimento da HA nessa população, vale salientar que a pressão arterial tem uma fisiologia própria ao envelhecimento. Dados populacionais mostraram que até os 50 anos e 60 anos de idade, tanto o componente sistólico quanto o diastólico da pressão arterial aumentam gradualmente em ambos os sexos, em todas as raças e etnias, quando, então, a pressão arterial diastólica começa a declinar, enquanto a pressão sistólica aumenta, estando a pressão arterial relacionado à maior presença de eventos cardiovasculares (UNGER, PARATI, 2005).

Woods *et al.*, (2005) apresenta os fatores causais da hipertensão primária que são a disfunção do sistema nervoso autônomo, a disfunção do sistema renina-angiotensina-aldosterona, as variações genéticas na reabsorção de sódio renal e a resistência à insulina.

E para a hipertensão secundária os mesmos autores apontam que as causas mais comuns são: feocrocitoma, Síndrome de Cushing, hipertireoidismo e hipotireoidismo, doença renal crônica, distúrbio renovasculares, anticoncepcionais orais, coartação da aorta, aldosteronismo primário.

Para Silva (2004), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa um grave problema de saúde, pela sua prevalência – cerca de 20% da população adulta é hipertensa, como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

4.2. Fatores de Risco

Camargo Júnior (2001, p.15-16) aborda que “o fator de risco na hipertensão arterial primária é uma característica individual, física ou comportamental, associada com uma maior possibilidade de desenvolvimento de determinadas doenças”.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) “tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010, p.1).

A hipertensão arterial não tratada corretamente, explica 25% dos casos de diálise por insuficiência renal crônica terminal, 80% dos acidentes vasculares cerebrais (derrame cerebral) e 60% dos casos de infarto do miocárdio. Essas doenças são a principal causa de morte no país, quase 300 mil óbitos por ano. As complicações, quando não levam à morte, prejudicam a qualidade de vida do paciente e oneram o Estado. Dados do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) demonstram que 40% das aposentadorias precoces decorrem de

derrames cerebrais e infartos do miocárdio. As doenças cardiovasculares foram responsáveis por 1,18 milhões de internações no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2005, a um custo aproximado de 1,3 bilhões de reais (MINAS GERAIS, 2006).

Como consequência da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, os indivíduos também correm um grande risco de saúde, onde a hipertensão não tratada pode evoluir para complicações nos sistemas cardiovascular, renal e vascular, como: insuficiência renal, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e insuficiência cardíaca (PRADO; KUPEK ;MION, 2007).

Neste sentido a Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais reforça que a hipertensão arterial sistêmica é

Um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e renais (insuficiência cardíaca, coronariana, acidente vascular encefálico e a insuficiência renal), sendo que estudos demonstram que o tratamento adequado dos pacientes idosos reduz em 70% a ocorrência de acidente vascular encefálico (MINAS GERAIS, 2006, p.145).

As seqüelas deixadas pelo acometimento de algum órgão alvo (coração, rins, cérebro, olhos, vasos e artérias) devido a não adesão ao tratamento acarretam uma extrema piora na qualidade de vida do idoso, incapacitando-o até mesmo para tarefas simples do dia a dia, o que pode ocasionar aumento do nível de stress, diminuição da auto-estima e quadros depressivos (GUSMÃO, 2005).

A mortalidade por doença cardiovascular cresce progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Foram citados pelos autores nos parágrafos anteriores os fatores de risco para aparecimento de outras patologias decorrentes da hipertensão arterial. Foram encontrados autores que abordaram os fatores de risco modificáveis e não modificáveis para a hipertensão arterial.

Camargos Júnior (2001, p.16) afirma que existem fatores de risco modificáveis e não modificáveis . Os fatores de risco modificáveis são aqueles que são passíveis de intervenção: a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo, a ingestão alcoólica, a nutrição, hipercolesterolemia, consumo de sal em excesso, diabetes, uso de drogas, estresse e outros. Os fatores constituídos por fenômenos oriundos da própria geração e desenvolvimento da vida do ser humano como a idade, o sexo, a herança genética e a etnia são denominados de não modificáveis.

A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) cita que a idade tem relação direta e linear com a pressão arterial, sendo que na faixa etária acima de 65 anos, a prevalência de HAS é superior a 60%.

Serro-Azul & Paula, (1998) citados por Camargo Júnior, (2001, p.16) confirmam que

O aumento da idade independentemente representa um aumento no desenvolvimento das doenças cardiovasculares. A pressão sistólica aumenta progressivamente com a idade. Apesar de ser uma evolução natural observada com o decorrer da idade, este aumento une-se a um maior risco de morbidade e mortalidade cardiovascular mesmo na terceira idade onde a hipertensão arterial acomete mais da metade da população sendo que em grande parte, os diagnósticos são de hipertensão sistólica isolada.

De acordo com Lessa (2001) a presença de hipertensão arterial sistêmica nos idosos requer mais atenção devido à vulnerabilidade frente às complicações cardiovasculares determinadas não somente pela hipertensão, mas também por outros fatores de risco que acumulam com o decorrer do tempo.

Em relação a hereditariedade, Barreto-Filho & Krieger (2003) abordam que dos fatores compreendidos na fisiopatogênese da hipertensão arterial, um terço pode se referir a fatores genéticos.

Para Silva e Souza (2004) a hipertensão arterial é uma síndrome multifatorial, de patogênese pouco elucidada, ocorrem interações muito complexas entre os fatores genéticos e os fatores ambientais causando uma elevação da pressão arterial. Em aproximadamente 90% a 95% dos casos não existe etiologia conhecida ou cura, sendo o controle da pressão arterial obtido por mudanças do estilo de vida e tratamento farmacológico.

Com relação à raça, a HAS é mais prevalente em pessoas da raça negra. Foi observado em estudos que há um predomínio de mulheres negras hipertensas de até 130% em relação às mulheres brancas (LESSA, 2001).

Quanto ao gênero “a prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.2)

Estudos demonstram que a pressão arterial é mais elevada em homens que em mulheres até a faixa etária de 60 anos. Sugere-se que os hormônios ovarianos são responsáveis pela pressão mais baixa nas mulheres (durante o climatério) e com a chegada da menopausa a prevalência da pressão alta entre homens e mulheres tende a se aproximar (IRIGOYEN et al., 2003).

Segundo o mesmo autor nas mulheres o surgimento de ocorrências de moléstias cardiovasculares aparecem cerca de 5 a 10 anos mais tarde que nos homens. Com a entrada na

menopausa essa proteção visa a diminuir pois os estrógenos diminuem, surgindo assim a maior chance de ocorrência de desenvolverem a hipertensão arterial do que nos homens.

4.3 Tratamento da Hipertensão

De acordo com a recomendação da Sociedade Brasileira de Cardiologia, (2006), o tratamento da hipertensão arterial pode ser medicamentoso e não-medicamentoso, através de exercícios físicos, dieta balanceada e principalmente na redução do sal e gorduras, ou uma mudança no estilo de vida dos pacientes.

Para hipertensos com caso leves, normalmente o tratamento inclui somente um tipo de medicamento geralmente de uso oral e ainda permite a menor ingestão diária pelos pacientes de acordo com a situação clínica de cada um. Quando necessário as doses são reguladas, seguindo o acompanhamento correto da PA. Todavia, há pacientes que não respondem com uso de apenas um medicamento, desta maneira é realizada uma associação de medicamentos na intenção de manter o controle pressórico. Essa associação pode incluir não somente anti hipertensivos, mas também de outras classes de medicamentos como por exemplo o uso de diuréticos tiazídicos, bloqueadores dos canais de cálcio, beta-bloqueadores e inibidores da enzima conversora da angiotensina. De modo geral a atenção deve estar voltada para cada paciente e suas particularidades, levando em consideração para o tratamento a idade e a resposta para cada tipo de medicamento (MOCHEL *et al.*, 2007).

Como de modo geral a maioria dos hipertensos também sofrem com a obesidade e problemas como diabetes. É comum que esses pacientes tenham que fazer uso de pelo menos três tipos diferentes de medicamentos incluindo o anti hipertensivo, um antiglicemiante, um antiadesivo plaquetário, além de medicamento para hipercolesterolemia (LOPES *et al.*, 2003).

Além do tratamento medicamentoso, Orsine Valente (2006) afirma que uma variedade de modificações dietéticas e no estilo de vida é benéfica no tratamento de hipertensão arterial, incluindo restrição de sal e redução de peso.

Para o controle da HAS são necessárias medidas farmacológicas e não-farmacológicas, como alimentação e atividade física. Contudo, a adesão ao tratamento apresenta-se como um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais, pelos serviços de saúde, especialmente na atenção básica. Dificuldades tanto para o diagnóstico da hipertensão arterial resistente quanto para o seu controle, sendo importante a distinção entre pressão não-controlada por não-adesão ao tratamento e resistência ao controle da pressão arterial (BLOCH *et al.*, (2008); GIROTTO, (2007).

Porém, apesar do tratamento produzir um resultado benéfico frente à população de hipertensos, a manutenção da pressão arterial dentro de níveis desejáveis ainda é insatisfatória, pois a taxa de abandono é crescente conforme o tempo do início do tratamento. A falta de adesão ao tratamento anti-hipertensivo continua constituindo um dos maiores problemas terapêuticos da hipertensão arterial (BRASIL, 2002).

Os idosos hipertensos com idades de 60 a 80 anos independentemente do gênero ou certos fatores de risco, têm dificuldade para aderir a um tratamento farmacológico eficiente (ALMEIDA *et al.*, 2007).

Mudanças no estilo de vida são recomendadas como prevenção primária da HAS e redução dos níveis pressóricos. A Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010, p.3) menciona que: “hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos”.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, (2010) o período de tempo recomendado é de no máximo seis meses, para que as medidas de modificação de estilo de vida sejam incorporadas pelos pacientes hipertensos e aqueles com comportamento limítrofe da pressão arterial, com baixo risco cardiovascular.

As principais recomendações não-medicamentosas para essa prevenção da HAS são: alimentação balanceada e saudável, consumo reduzido de sal e álcool, ingestão de potássio, atividade física para combater o sedentarismo e o não consumo de drogas e tabagismo.

O tratamento medicamentoso associado ao não-medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica, respeitando-se as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas ou características peculiares e a qualidade de vida dos pacientes (REINERS, 2005).

Dessa forma, o sucesso do tratamento depende de mudanças no comportamento e sua adesão ao plano alimentar mais saudável.

Uma das formas de alcançar estes objetivos é de reconhecer a importância da equipe multiprofissional no cuidado à saúde dos idosos, pois a mesma pode influenciar positivamente na adaptação da doença e a efetivação da farmacoterapia e mudanças de hábitos de vida. Na equipe, há múltiplos objetivos e abordagens com ação diferenciada, corrigindo a grande limitação no tratamento dos idosos, melhorando a adesão ao programa de atendimento e o controle da doença (GIACOMIN *et al.*, 2006).

4.4 Dificuldade de adesão do Idoso ao tratamento para hipertensão arterial

Acredita-se que as pessoas deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença. Além disso, a mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, ainda é uma opção distante aos hipertensos. Muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o faz pela metade, e não conforme o recomendado (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003).

Para Jardim & Jardim, (2006) os pacientes que não aderem às recomendações de mudança de estilo de vida e/ou não seguem as prescrições, dificilmente apresentarão níveis pressóricos controlados. A falta de adesão ao tratamento medicamentoso e/ou dietético é o maior desafio para todos os profissionais uma vez que, aumenta os custos e os riscos de comorbidades em consequência do controle inadequado da pressão.

No Brasil, o impacto da não-adesão ao tratamento anti-hipertensivo pode ser avaliado pela importância dos acidentes vasculares encefálicos como causa de morte. O adequado controle da hipertensão poderia reduzir esta mortalidade como ocorreu em outros países (BLOCH *et al* 2008).

A hipertensão arterial apresenta alta prevalência mundial e baixa porcentagem de controle com tratamento (em torno de 30% de danos nos Estados Unidos da América- EUA) e no Brasil varia de 22% a 44 % dependendo da região considerada. No ano de 2003 ocorreu um milhão de óbitos, sendo destes, 28% de doenças cardiovasculares. Dentre os fatores de risco cardiovascular para mortalidade, a hipertensão arterial esta associada a 40% das mortes de acidente vascular cerebral e 25% de doenças coronarianas (LOPES; GUIMARAES, 2006).

Em pesquisa realizada no Brasil, cerca de 46% dos idosos portadores de hipertensão arterial interromperam o tratamento por conta própria. Nos Estados Unidos, 50% dos portadores de hipertensão arterial param o tratamento antes do primeiro ano de terapia (FUNG *et al.*, 2007).

No contexto da saúde pública, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representa um grave problema, sendo a enfermidade desconhecida por muitos pacientes e seu tratamento negligenciado freqüentemente por aqueles que conhecem o diagnóstico. A dificuldade para adesão ao tratamento provavelmente é decorrente do curso assintomático da patologia e da necessidade de tratamento complexo por toda a vida (SLVA, SOUZA, 2004).

Muitos idosos têm conhecimento sobre a doença, e suas conseqüências, mas como muitas vezes não sentem nenhum desconforto para fazer o tratamento indicado por conta própria.

Há autores que apresentam diferentes opiniões sobre a relação do conhecimento sobre determinada prática com a adesão ao tratamento para a hipertensão. Para Jardim (2005), o comprometimento com o tratamento apresenta uma relação direta com o conhecimento da hipertensão e seus fatores de risco, enquanto Prado; Kupek e Mion (2007) consideram que o conhecimento da doença, apesar de contribuir, não é um fator direto da adesão.

O sucesso na adesão medicamentosa se dá no fato de acompanhar os idosos de uma forma individual identificando suas necessidades e particularidades. A equipe de saúde deve acompanhar sempre o idoso na tentativa de identificar a resposta ao tratamento e possíveis efeitos colaterais, estimulando-o a participar de ações educativas, onde ele poderá conhecer melhor sobre a doença, o tratamento e os riscos e benefícios relacionados a ambos. Intervenções educativas possibilitam também à equipe de saúde conhecer melhor sua clientela e traçar de forma mais eficaz medidas para diminuir a não adesão ao tratamento, principalmente no que diz respeito ao uso correto de medicamentos prescritos. Tem se notado que o tratamento medicamentoso correto da hipertensão arterial no idoso reduz a incidência de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, renais e déficits cognitivos, aumentando muito a qualidade de vida dos mesmos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

4.5 Fatores que influenciam na adesão do tratamento da hipertensão arterial

São identificados vários fatores que influenciam na adesão correta ao tratamento da hipertensão arterial como: baixa escolaridade, raça/etnia, sedentarismo, a falta de exercícios físicos, não realização de dieta indicada, alcoolismo e tabagismo.

A baixa escolaridade está associada ao nível socioeconômico mais baixo, sendo assim nesta classe da sociedade, observa-se uma maior prevalência de hipertensão arterial e de fatores de risco para elevação da pressão arterial, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares, devido a condição de menor acesso aos cuidados de saúde e pouco esclarecimento sobre auto-cuidado (PICKERING *et al*, 2005).

Com relação a medicação, as justificativas apresentadas pelos pacientes para a irregularidade na ingestão dos medicamentos incluem a falta de dinheiro para a compra; a falha na distribuição gratuita pelo serviço de saúde; as dificuldades de adaptação na tomada

das medicações (dose, quantidade e horários) e a presença de efeitos colaterais indesejáveis (CASTRO, 2000).

A questão da raça é um fator determinante na prevalência da hipertensão arterial. Os indivíduos afrodescendentes apresentam maior frequência e gravidade da hipertensão relacionada a fatores étnicos e/ou socioeconômicos, conseqüentemente com maior número de indivíduos com essa patologia, ocorre também maior taxa de não adesão ao tratamento (SOUZA; SOUZA; SCOCHI, 2006).

Já o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. Os exercícios aeróbicos apresentam efeito hipotensor maior em indivíduos hipertensos que normotensos. A prática regular de exercícios físicos é recomendada para todos os hipertensos, inclusive aqueles sob tratamento medicamentoso, porque reduz a pressão arterial sistólica/diastólica (FAGARD, 2005).

Para prevenção primária ou secundária de doenças cardiovasculares, os exercícios físicos devem ser constituídos por atividades aeróbicas, porém, essas atividades físicas devem ser iniciadas em pacientes com hipertensão arterial após avaliação clínica médica (MINAS GERAIS, 2006).

Danielski K; Schneider F, Rozza GS. (2008), relatam que a literatura indica que o treinamento aeróbio envolvendo indivíduos hipertensos parece resultar em reduções nas pressões sistólica e diastólica. Mesmo indivíduos hipertensos, uma vez fisicamente ativos, parecem ter taxas de mortalidade menores que as dos sedentários.

Outro fator muito importante da não adesão correta é falta de uma dieta equilibrada. A dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approachs to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo, portanto, fortemente recomendada para hipertensos (CORNELISSEN; FAGARD, 2005).

Um fator muito importante também que interfere no tratamento, é uso de bebidas alcoólicas. O consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados aumenta a pressão arterial. O efeito varia com o gênero, e a magnitude está associada à quantidade de etanol e à frequência de ingestão (VERDECCHIA *et al.*, 2005).

Outro hábito que prejudica a progressão do tratamento é o tabagismo que deve ser agressivamente combatido e eliminado. Hipertensos podem usar com segurança terapias reposicionais com nicotina para abandono do tabagismo (BOMBELLI *et al.*, 2005).

Para Araújo *et al.* (2003, p.5) “os danos provocados pelo cigarro também são inúmeros e predis põem o idoso ao câncer de pulmão, bronquites, enfisemas entre outras patologias.

Outro fator complicador para não adesão correta do tratamento medicamentoso é a incapacidade física ou presença de alguma deficiência, Este é um grande fator dificultador relatado pelos idosos, pois alguns além de terem alguma incapacidade física ou deficiência, moram sozinhos impedindo-os de fazerem o uso correto da medicação e tratamento (MARQUEZ; VEGAZO; CLAROS, 2005).

Os fatores psicossociais, econômicos, educacionais, estresse emocional podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudanças de hábitos (FONSECA; COELHO; SILVA, 2009).

Para ter mudanças, o idoso deve conscientizar-se dessa importância, daí entra o profissional da enfermagem.

Assim, o profissional da Enfermagem tem um papel importante como facilitador desse processo, transmitindo confiança, informações e contribuindo para o aumento da adesão dos números de idosos ao tratamento.

A prioridade na atenção à saúde dos idosos é voltada para estratégias que possibilitem a vida mais saudável. Dentre as ações que podem contribuir para um envelhecimento mais ativo e saudável, pode-se apontar o diagnóstico situacional das condições de vida dos idosos.

Neste contexto a participação de outros profissionais é muito importante. O trabalho em equipe é imprescindível no atendimento do idoso hipertenso.

Conhecer os idosos, seu modo de vida é de fundamental importância para elaborar um plano de assistência individualizado para facilitar o monitoramento do uso dos medicamentos.

Os idosos hipertensos precisam de tratamento e controle da pressão arterial constantemente, neste sentido a participação efetiva da equipe e da família é imprescindível.

O trabalho interdisciplinar através das ações educativas proporciona ao paciente uma visão mais ampla sobre a patologia e a importância do uso regular do medicamento, motivando-os a incorporação de atitudes saudáveis dos hábitos de vida e a total adesão ao tratamento, evitando assim, o risco cardiovascular.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na revisão de literatura, percebe-se que há um crescimento acelerado no número de idosos no mundo. Isso tem causado grande preocupação por parte da saúde pública, pois na mesma medida de crescimento dessa parcela da população, também aparecem os problemas de saúde que cercam esses indivíduos, por exemplo, o aumento de procura de serviços especializados, aumento de internações por doenças crônicas não tratadas corretamente, entre elas a hipertensão arterial. Por se tratar de uma patologia de início silencioso e representar um fator de risco para a doença cardiovascular, a prevenção da hipertensão arterial e seu tratamento envolve uma equipe interdisciplinar que irá abordar os pacientes através de grupos operativos e ações educativas temas relacionadas a doença, suas complicações e a necessidade da mudança nos hábitos de vida, adesão ao tratamento medicamentoso e dieta assim como a inclusão da atividade física do na vida diária.

Muitos pacientes deixam de aderir ao tratamento principalmente por falta de informação adequada sobre a doença, dificuldade de mudança de hábitos, que é fundamental para o sucesso do tratamento, muitos até iniciam corretamente o tratamento, todavia desistem ou o fazem pela metade, e não conforme o recomendado por não sentirem nenhum sintoma e desconhecem a gravidade da doença.

Muitos idosos atualmente moram sozinhos e alguns têm grande dificuldade em tomarem a quantidade de medicamentos na hora e dosagem certas, devido ao esquecimento e até mesmo a. limitação do entendimento na leitura das prescrições médicas.

Pode-se considerar pelos resultados encontrados que a grande dificuldade dos idosos aderirem corretamente ao tratamento da hipertensão arterial na sua totalidade está relacionada com a escolaridade, idosos que moram sozinhos, poder aquisitivo para adquirir os medicamentos, efeitos colaterais causados pela medicação, sedentarismo, falta de dieta equilibrada, etilismo, tabagismo, fatores emocionais, deficiências físicas e mentais, abandono familiar.

Os profissionais de saúde devem compreender as limitações e os aspectos incapacitantes enfrentados pelos idosos, que impedem o tratamento adequado da hipertensão arterial e criar estratégias para amenizar ou sanar estas dificuldades como por exemplo facilitar o acesso do idoso a medicação, ate mesmo levando a medicação no próprio domicilio; separar caixas coloridas para cada tipo de medicação, anotando os horários na frente de cada uma e a dosagem; e para os idosos analfabetos desenhar através de figuras o horário de tomada da medicação.

Tudo isso é um desafio para os profissionais de saúde na atualidade, que devem estar capacitados para acolherem estes idosos através de orientações frequentes, grupos educativos e acompanhamento domiciliar para melhorar a adesão ao tratamento destes indivíduos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. *et al.* A hipertensão arterial. **Manual de atenção à saúde do adulto- Hipertensão e diabetes**. 2.ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007, p.17-65; 151-162.

ARAÚJO, G.B.S & GARCIA, T.R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Rev. Eletr. Enf.** 2006; 8(2): 259-72. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a11.htm>

ARAÚJO, M.A.S.; *et. al.* Perfil do idoso atendido por um programa de saúde da família em aparecida de Goiânia – GO. **Revista da UFG**, v.5, n.2, dez. 2003. Disponível em: www.proec.ufg.br/revista_ufg/.../perfil.html. Acesso em: 15 dez. 2010.

BARRETO-FILHO, J. A. S; KRIEGER, J. E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo**, v.13, n.1, p. 46-55, 2003.

BARBOSA, B.G.R & LIMA, C.K.N. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertens** v.13, n.1, p.35-38, 2006. Disponível em:< <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/09-indices-de-adesao.pdf>>.

BLOCH, K.V *et al.* Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.12 p. 2979-2984, dez, 2008.

BOMBELLI M, SEGA R, FACCHETTI R, *et al.* Prevalence and clinical significance of a greater ambulatory versus office blood pressure («reversed white coat» condition) in a general population. **J Hypertens** 2005;

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Caderno de Atenção Básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: 2006.

BUSNELLO, R. G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Porto Alegre, vol. 76, n.5, p.349-351, 2001

CAMARGO JÚNIOR, Alvacir. **Análise do Comportamento da pressão arterial sob duas intensidades de exercício aeróbio em hipertensos**. Florianópolis, 2001.

CORNELISSEN, V. A. e FAGARD, R. H. Effect of resistance training on resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. **J Hypertens**, v. 23, 2005.

COSTARDI, CA. Atenção ao doente crônico- um sistema teórico instrumental em ressignificação. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole. 2004.

DANIELSKI K, SCHNEIDER F, ROZZA GS. Promoção da saúde: implementação do grupo de caminhada no Programa de Saúde da Família – PSF. Saúde Coletiva- 5 Anos. 26 Ed. 2008. São Paulo: Editora Bolina. CD.

FAGARD RH. Physical activity, physical fitness and te4h incidence of hypertension. **J Hypertension** 2005.

FONSECA, F.C.A; COELHO, R.Z; MALLOY-DINIZ, R; SILVA FILHO, H.C. A influência de fatores emocionais sobre a hipertensão arterial. **J. Bras. Psiquiatr.** 2009, p.128–134.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. **Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2006**. Rio de Janeiro: IBGE.

FUNG V, HAUNG J, BRAND R, NEWHOUSE JP, HSU J. Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. **Clin Ther.** 2007.

GIACOMIN KC, UCHÔA E, FIRMO JOA, LIMA-COSTA MF. Projeto Bambuí: um estudo de base populacional da prevalência e dos fatores associados à necessidade de cuidador entre idosos. **Cad Saúde Pública**, 2005

GIROTTI, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família**, Londrina, PR, 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000129935>.

GUSMAO JL. **Avaliação da qualidade de vida e controle da pressão arterial em hipertensos complicados e não complicados** [doutorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.

IRIGOYEN, M.C.; LACCHINI, S.; De ANGELIS, K.; CICHELINI, L.C. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo. v.13, n.1, p.20-45, 2003.

JARDIM, R.A. *et al.* A Importância de Uma Assistência Diferenciada ao Cliente Hipertenso Visando à Adesão ao Tratamento Proposto. **Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG**. Belo Horizonte, 2005.

JARDIM , P.C.B.V. & JARDIM, T. S.V. Modelos de estudos de adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev Bras Hipertens** v.13(1): 26-29, 2006.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos**. São Paulo: Atlas, 2001.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na Saúde**. 2. ed. rev. e atual. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002. 290p.

LESSA, I. **Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil**. **Rev. Bras. De Hipertensão**, 2001, n. 8, p.383-392.

LIMA, J.A.C. & NUSSBACHER, A. **O coração da mulher é diferente?** 1996. Disponível em: [HTTP://www.socesp.org.br](http://www.socesp.org.br). Acesso em 26 jan. 2011.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, 19(3): 2003

LOPES, R. D; GUIMARÃES, H. P. Avaliação Clínica do Paciente Hipertenso. **SBM-Seminários Brasileiros em Medicina**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 10-13, 2006.

MARQUEZ CE, VEGAZO GO, CLAROS NM, *et al.* Efficacy of telephone and mail intervention in patient compliance with antihypertensive drugs in hypertension. ETECUM-HTA study. **Blood Press**. 2005.

MENDES R, Barata JLT. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med Port*. 2008; 21(2):193-98.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do idoso**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 186 p.

MINAYO, M.C. de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003

MION Jr. D, (org). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, **Sociedade Brasileira de Cardiologia**, **Sociedade Brasileira de Nefrologia**, 2006.

MOCHEL, E. G. et al. Avaliação do Tratamento e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica em Pacientes da Rede Pública em São Luís (MA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. 7, Salvador, Jan/Jun, 2007

PASSOS, V.M.A.; ASSIS, T.D.; BARRETO, S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços da Saúde*, v.15, n.1, p.35-45,2006

PERES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções e práticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 1- 12, out. 2003. Disponível em: <[http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 05 jul. 2011.

PICKERING, T. G. et al. Recommendations for blood pressure measurement in humans and experimental animals. Part 1: Blood pressure measurement in humans. A statement for professionals from the subcommittee of professional and public education of the American Heart Association Council on High Blood Pressure Research. **Hypertension**, Dallas, v.45, n.1, p. 142-161, 2005

PRADO JC Jr, KUPEK E, MION D Jr. Validity of four indirect methods to measure adherence in primary care hypertensives. **J Human Hypertens**. 2007.

RIBEIRO, Robespierre da Costa, LOTUFO, Paulo A. **Hipertensão Arterial Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo: Sarvier, 2005.

REINERS, AAO. **Interação profissional de saúde e usuário hipertensão: contribuição para não adesão ao regime terapêutico** [tese]. São Paulo (SP): USP/EERP/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2005.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.** v.20 n.2 São Paulo Apr./June. 2007. – Disponível em www.scielo.br/scielo.php .

SCHROETER, G; TROMBETA, T; FAGGIANI, F.T; GOULART, P.V; CREUTZBERG, M; VIEGAS, K; *et al.* Terapia anti-hipertensiva utilizada pela população idosa de Porto Alegre. RS, Brasil. **Scientia Medica**, v. 17, n. 1, p. 14-19, 2007.

SILVA, Jorge Luís Lima; SOUZA, Solange Lourdes de. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.3, 2004. Disponível em: www.fen.ufg.br. Acesso em: 05 fev. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiologia**. São Paulo. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** 2006. São Paulo. Disponível em: <<http://itpack31.itarget.com.br/uploads/sbh/arquivos/14.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2010.

UNGER T, PARATI G. Acute stress and long-lasting blood pressure elevation: a possible cause of established hypertension? **J Hypertens** 2005.

VALENTE, Orsine. Tratamento Não Farmacológico da Hipertensão Arterial. **SBM-Seminários Brasileiros em Medicina**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 14-15, 2006

VERDECCHIA P, REBOLDI GP, ANGELI F, SCHILLACI G, SCHWARTZ JE, PICKERING TG, IMAI Y, OHKUBO T, KARIO K. Short and long term incidence of stroke in white-coat hypertension. **Hypertens.** 2005.

ZAITUNE M.P.A.; BARROS M.B.A.; CESAR C.L.G.; CARANDIN A.L.; GOLDBAU M. M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados, e prática de controle no município de campinas, São Paulo, Brasil. **CAD Saúde Pública.** 2006.

WOODS, S.; SIJARAM, E.; MOTZER, S. **Enfermagem em Cardiologia.** Barueri: Manole, 2005.