

PERCEPÇÃO DO HIPERTENSO SOBRE O PROCESSO PATOLÓGICO E ADESÃO AO TRATAMENTO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA-PE

PERCEPTION OF THE HYPERTENSION ON THE PATHOLOGICAL PROCESS AND ADHERENCE TO THE TREATMENT IN A FAMILY HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY OF SERRA TALHADA-PE

Clécia Juliana Santana Souza Santos¹, Viviane de Souza Brandão Lima ¹

¹Faculdade de Integração do Sertão – FIS, Serra Talhada-PE, Brasil.

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma situação crônica. Uma vez diagnosticado, o tratamento é fundamental e contínuo. Descrever a percepção do hipertenso sobre o processo patológico e adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do IPSEP II e MUTIRÃO no município de Serra Talhada-PE. O instrumento de coleta foi um questionário que continha 18 questões objetivas. O estudo mostrou que 32,5% estavam na faixa de 60-69 anos; prevalência do sexo feminino com 65%; 50% destes eram pardos; 55% eram casados; e 66,25% possuíam o ensino fundamental incompleto. Quanto ao nível de conhecimento acerca da doença 45% consideram regular; 66,25% relataram que o diagnóstico aconteceu através de sinais e sintomas e em relação ao sentimento com o diagnóstico 31,25% afirmaram ter sentido medo. Quanto ao acompanhamento no HIPERDIA 57,5% dos hipertensos fazem de forma regular; 78,75% adquirem suas medicações através da USF; 55% tomam duas medicações por dia e 62,5% afirmaram que fazem uso do medicamento conforme a prescrição médica. Em relação aos efeitos colaterais da medicação 88,75% disseram nunca ter apresentado nenhum. Quando questionados, 87,5% afirmaram que deixam de tomar a medicação, quando a unidade de saúde deixa de fornecer. Em relação aos hábitos de vida e alimentação, 45% consumiam frituras; 60% disseram não fazer uso de álcool e/ou tabaco; 77,5% não realizam nenhuma atividade física. Para uma boa aceitação se faz necessário que o hipertenso tenha conhecimento do processo patológico e fatores de riscos associados a esta condição.

Palavras Chave: Conhecimento. Hipertensão Arterial. Tratamento.

Abstract

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is a chronic condition. Once diagnosed, treatment is fundamental and ongoing. The purpose of this study is to describe the perception of hypertensive patients about the pathological process and adherence to treatment in a Family Health Unit. This is a descriptive, cross-sectional, prospective study with a quantitative approach. The research was carried out in the Family Health Units of IPSEP II and MUTIRÃO in the municipality of Serra Talhada-PE. The collection instrument was a questionnaire containing 18 objective questions. The study showed that 32.5% were aged 60-69 years; prevalence of females with 65%; 50% of these were brown; 55% were married; and 66.25% had incomplete primary education. As for the level of knowledge about the disease, 45% consider it regular; 66.25% reported that the diagnosis happened through signs and symptoms and in relation to the feeling with the diagnosis, 31.25% said they felt afraid. As for follow-up at HIPERDIA, 57.5% of hypertensive patients do it regularly; 78.75% purchase their medications through the USF; 55% take two medications a day and 62.5% said they use the medication as prescribed by the doctor. Regarding medication side effects, 88.75% said they had never had any. When questioned, 87.5% said they stop taking the medication when the health unit stops providing it. Regarding lifestyle and eating habits, 45% consumed fried foods; 60% said they did not use alcohol and/or tobacco; 77.5% do not perform any physical activity. For a good acceptance, it is necessary that the hypertensive person has knowledge of the pathological process and risk factors associated with this condition.

Keywords: Knowledge. Arterial hypertension. Treatment..

Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) favorece outras situações de risco como cardiopatias, insuficiência renal, retinopatias e outras; quando associadas podem levar a complicações graves e até mesmo à morte precoce (SMELTZER, BARE, 2015).

Define-se como hipertensão arterial quando a pressão sistólica e/ou diastólica é diagnosticada acima dos padrões considerados normais em níveis sustentados. A urgência e emergência hipertensiva são situações que requerem ação iminente. A hipertensão primária não se sabe a etiologia; a secundária tem causa definida, ou seja, alguma patologia que está desencadeando podendo ser reversível se a causa for removida (SMELTZER, BARE, 2015).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma situação crônica, uma vez diagnosticada, o tratamento é fundamental e contínuo. Para estabelecer a pressão arterial dentro dos padrões normais são necessárias mudanças de hábito, dietas com restrição de sal, prática de exercício físico e adesão ao tratamento medicamentoso. A terapia farmacológica pode ser feita apenas com a monoterapia ou a junção de dois ou mais medicamentos de acordo com a prescrição médica. Entre os mais usados estão os Diuréticos Tiazídicos que geram perda de líquidos extracelulares e diminuem sódio por parte da diurese, redução da absorção de líquidos, diminuição do volume sanguíneo; Diuréticos de Alça contribuem na redução do débito cardíaco; Diuréticos poupadores de Potássio restringem a reabsorção de sódio; Bloqueadores de Receptor de Aldosterona promovem a inibição da ligação do hormônio aldosterona impedindo a retenção hídrica; Alfa² - Agonistas Centrais e outros mecanismos de ação central afetam a síntese e receptação da noradrenalina, facilitando uma menor resistência vascular (MALACHIAS, et al, 2016).

A hipertensão está relacionada com as duas maiores causas de morte que são Acidente Vascular Encefálico (AVE) e Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). Estudos afirmam

que 32,5% (36 milhões) de brasileiros, adolescentes e adultos de ambos o sexo são hipertensos, entretanto o alvo maior são os idosos, cerca de 60% afetados (MALACHIAS, 2016).

O diagnóstico é simples e de baixo custo, porém é necessário atenção, pois a hipertensão arterial não apresenta sintomas a não ser que tenha provocado lesões em órgãos-alvo (BRASIL, 2012). Este pode ser realizado no consultório, em medida casual, e da forma mais simples através de medições com aparelhos manuais em dias alternados. O diagnóstico da hipertensão também pode ser realizado com o uso de aparelhos que fazem aferições contínuas aproximadamente com medidas da pressão em 24 horas, facilitando o diagnóstico da hipertensão mascarada e a hipertensão do eventual branco (GERALDO, et al, 2010).

Portanto, para que ocorra a adesão do paciente ao tratamento é necessário que ele entenda a sua condição, bem como o processo patológico, os fatores de risco associados à hipertensão e a não adesão ao método farmacológico. Promover a reflexão sobre alguns hábitos e incentivar a uma mudança no estilo de vida é uma das estratégias para a adesão. As informações devem ser fornecidas de forma individual com uma linguagem viável ao entendimento do paciente reforçando sempre nas consultas ou quando necessário.

Diante disso, em análise prévia, é notório que maioria dos pacientes não conhece o processo patológico, não tem noção da gravidade da doença e não sabe qual é relação entre a hipertensão arterial e as alterações funcionais e metabólicas. Bem como não tem o conhecimento da real ação farmacológica e a sua importância, não aderindo, assim, ao tratamento. Portanto, objetivou-se com este estudo descrever a percepção do hipertenso sobre o processo patológico e adesão ao tratamento em uma Unidade de Saúde da Família no Município de Serra Talhada-PE.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, prospectivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada nas Unidades de Saúde da Família do IPSEP II e MUTIRÃO, localizadas na zona urbana do município de Serra Talhada-PE, na mesorregião do sertão, a 414 km de distância da capital, Recife, gerenciado pela XI Gerência Regional de Saúde (GERES).

A população desta pesquisa foi composta por 105 pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, em acompanhamento pelas USF do IPSEP II e MUTIRÃO, que foram selecionados pelo processo de amostragem aleatória simples, onde os critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos previamente e respeitados.

Foram inclusos neste estudo, 80 hipertensos maiores de dezoito anos que são acompanhados através de fichas e cadastros do programa de Hipertensão Arterial e Diabetes (HIPERDIA) nas USFs do IPSE II e MUTIRÃO.

Foram excluídos da pesquisa 25 indivíduos que, mesmo sendo das USF IPSEP II e MUTIRÃO, residiam em área rural e na ocasião estavam incapacitados de responder ao questionário, bem como os que responderam de forma incompleta.

As variáveis estudadas foram relacionadas ao sexo, a idade, escolaridade,

classe social, tabagismo, estilo de vida, formas de enfrentamento diante da hipertensão arterial sistêmica.

O instrumento de coleta foi um questionário que continha dezoito questões objetivas, relacionadas aos dados sociodemográficos, fatores de risco, alterações ocorridas após o diagnóstico e medidas de enfrentamento para estas. A coleta foi realizada no período de março a abril de 2019.

Os dados foram consolidados, analisados, interpretados e tabulados de forma manual utilizando-se de números relativos ou absolutos de forma descritiva, expresso em percentuais e representado por meio de tabelas que foram realizados por meio do Software Microsoft Office Excel 2010.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o pesquisador compromete-se a obedecer aos aspectos éticos de acordo com a Resolução N°466/2012 e N°510/2016 do Conselho Regional de Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. O trabalho foi encaminhado ao comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Integração do Sertão (FIS), sendo aprovado na sessão do dia 29 de março de 2019, através do parecer de número 3.232.751.

Resultados E Discussões

No desenvolvimento da pesquisa do total de 105 pacientes hipertensos da amostra, 80 foram selecionados para participar do estudo, tendo como critério de inclusão os pacientes portadores de HAS, maiores de 18 anos e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos 25 pacientes que responderam o questionário de forma incorreta, que estavam sem condição de responder e os que mesmo sendo acompanhados pelas USF do IPSEP II e MUTIRÃO residiam na zona rural.

A tabela 1 apresenta a distribuição sociodemográfica dos hipertensos das USF do IPSEP II e MUTIRÃO. Foi verificado que a

faixa etária predominante era a de 60 a 69 anos com 32,5% (26); em relação ao sexo a prevalência foi o feminino com 65% (52); quanto à raça 50% (40) se autodenominaram pardos e 31,25% (25) negros; quanto ao estado civil 55% (44) eram casados; e quanto à escolaridade 66,25% (53) possuíam o ensino fundamental incompleto.

Atualmente a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica entre as pessoas do sexo feminino e masculino é considerada igual. Mesmo havendo uma elevada taxa de homens de até 50 anos, mas a partir disso, esse número inverte-se para o sexo feminino, pois as mulheres se expõem a situações que por si só

TABELA 1 – Distribuição do percentual dos dados sociodemográficos dos hipertensos das USF do IPSEP II e MUTIRÃO, Serra Talhada-PE em 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
IDADE		
30-39	6	7,5
40-49	13	16,25
50-59	23	28,75
60-69	26	32,5
70-80	12	15
SEXO		
Feminino	52	65
Masculino	28	35
RAÇA		
Branca	10	12,5
Parda	40	50
Negro	25	31,25
Amarelo	5	6,25
ESTADO CIVIL		
Casado (a)	44	55
Solteiro (a)	8	10
Víuvo (a)	12	15
Separado (a)	9	11,25
União estável	7	8,75
ESCOLARIDADE		
Fundamental completo	8	10
Fundamental incompleto	53	66,25
Médio completo	10	12,5
Médio incompleto	4	5
Superior completo	2	2,5
Superior incompleto	3	3,75
TOTAL	80	100

contribuem para o início da HAS. Já em relação à raça alguns estudos mostraram que o predomínio da HAS foi duas vezes maiores em indivíduos da raça parda e negra o que corrobora com o estudo no município de Serra Talhada – PE (ALMEIDA et al, 2017).

Em uma pesquisa realizada por Rêgo et al (2018) no estado do Paraná, foi verificada verificando que em sua população estudada 64,4% possuíam idade acima de

60 anos; 67,8% eram do sexo feminino, 62,3% da cor branca; 61,1% possuíam o ensino fundamental incompleto e 59,6% moravam com companheiro e filhos, dados estes semelhantes ao que foi encontrado nas duas Unidades de estudo.

A tabela 2 corresponde ao nível de conhecimento da população estudada acerca da patologia. Quando questionados sobre o que seria a HAS, 50% (40) responderam que a hipertensão é a pressão

TABELA 2- Distribuição percentual do conhecimento dos hipertensos da USF IPSEP II e MUTIRÃO acerca da patologia, Serra Talhada-PE, 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
O QUE É HIPERTENSÃO		
Hipertensão é a condição em que a força do sangue contra a parede das artérias é muito grande.	7	8,75
Hipertensão é o bloqueio do fluxo sanguíneo para o músculo cardíaco.	33	41,25
Hipertensão é a pressão alta.	40	50
TOTAL	80	100
CONHECIMENTO DO PACIENTE		
Bom	12	15
Regular	36	45
Ruim	32	40

alta. Em relação ao seu conhecimento acerca da doença 45% (36) consideram regular e 40% (32) como ruim; este questionamento era de múltipla escolha.

Mesmo existindo meios eficazes para o controle da hipertensão, os índices de pacientes que não aderem ao tratamento são muito elevados. Essa falta de adesão pode estar relacionada ao não conhecimento do mecanismo de ação da patologia. A falta de compreensão unida ao fato que a hipertensão tende a não apresentar sintomas leva o paciente acreditar que sua condição é intermitente, assim não fazendo uso contínuo da medicação (BARRETO, RAINERS, MARCON, 2014).

Para Diaz (2015) a educação do paciente hipertenso é de extrema importância para que o mesmo mantenha o controle adequado dos níveis pressóricos, sendo assim, o paciente entendendo melhor a patologia, diminuem os riscos e consequências, levando assim a uma adesão adequada do tratamento e uma melhor qualidade de vida.

A tabela 3 mostra o percentual relacionado ao diagnóstico da hipertensão e os sentimentos dos pacientes com a descoberta da doença. 66,25% (53) relataram que o diagnóstico aconteceu através de sinais e sintomas apresentados e em relação ao sentimento com o diagnóstico 31,25% (25) afirmaram ter sentido medo enquanto que 30% (24) sentiram indiferença com a descoberta.

TABELA 3- Distribuição percentual em relação ao diagnóstico da hipertensão pelos pacientes da USF IPSEP II e MUTIRÃO, Serra Talhada-PE, 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
DIAGNÓSTICO		
Consulta de rotina	15	18,75
Sinais e sintomas	53	66,25
Outros	12	15
SENTIMENTOS		
Triste	8	10
Com medo	25	31,25
Indiferente	24	30
Ansioso (a)	8	10
Preocupado (a) 15	18,75	
TOTAL	80	100

TABELA 4- Distribuição percentual em relação aos medicamentos e ao acompanhamento dos hipertensos das USF do IPSEP II e MUTIRÃO, Serra Talhada-PE, 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
ACOMPANHAMENTO DE HIPERDIA REGULARMENTE		
Sim	46	57,5
Não	34	44,5
COMO ADQUIRE AS MEDICAÇÕES PARA HIPERTENSÃO		
Compro	17	21,25
Recebo no PSF	63	78,75
QUANTIDADE DE MEDICAÇÕES TOMADAS NO DIA		
Uma	24	30
Duas	44	55
Três	12	15
MEDICAÇÃO TOMADA CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA		
Sim	50	62,5
Não	30	37,5
TOTAL	80	100

O Ministério da Saúde preconiza que as equipes multiprofissionais que atuam na atenção básica sejam habilitadas para prevenir, diagnosticar e acompanhar o tratamento de hipertensos, em consultas no consultório e em visita domiciliar com avaliação integral. No decorrer das consultas na USF, o profissional deverá aferir a Pressão Arterial (PA) do paciente e anotar em prontuário para avaliação e acompanhamento posterior desta (BRASIL, 2014).

A investigação para diagnóstico de hipertensão pode ser realizada com medições da PA em consultório com intervalo de uma semana entre as medições, ou no domicílio com a Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). As medições podem ser realizadas pelo cliente ou familiar através dos aparelhos semiautomáticos. Os horários e a quantidade de medições são programados para avaliação posterior. A Monitorização Ambulatorial de Pressão Arterial (MAPA) possibilita o registro da pressão Arterial contínuo por 24 horas ou mais, durante o sono, repouso e em atividade, de acordo com as alterações observadas no rastreamento pode indicar

alterações cardiológicas. A MAPA e MRPA favorecem o diagnóstico de hipertensão (GERALDO, et al, 2010).

A tabela 4 mostra que 57,5% (46) dos hipertensos fazem acompanhamento da hipertensão através do programa HIPERDIA de forma regular; 78,75% (63) adquirem suas medicações através da USF; 55% (44) tomam duas medicações por dia e 62,5% (50) afirmaram que fazem uso do medicamento conforme a prescrição médica.

TABELA 5- Distribuição percentual quanto ao uso da medicação anti-hipertensiva pelos pacientes da USF IPSEP II e MUTIRÃO, Serra Talhada-PE, 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
EFEITO COLATERAL		
Sim	9	11,25
Não	71	88,75
DEIXA DE TOMAR A MEDICAÇÃO		
Sim	70	87,5
Não	10	12,5
MOTIVO		
Quando o PSF não fornece	48	60
Quando viajo	15	18,75
Quando estou me sentindo bem	17	21,25
TOTAL	80	100

O programa Hiperdia teve origem através do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica, esse programa visa o acompanhamento e tratamento de forma integral de pacientes hipertensos e diabéticos. Ocorre em nível primário de Atenção à Saúde em conjunto com os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FEITOZA, PIMENTEL, 2016).

Em uma pesquisa realizada por Silva *et al* (2015) foi verificado que um dos principais motivos para participação no Hiperdia é a aquisição de medicamentos e que segundo alguns entrevistados contribui para redução de custos, adquirem conhecimento sobre a importância do tratamento e recebem orientações quanto aos autocuidados.

A tabela 5 apresenta a distribuição do percentual quanto ao uso de medicação anti-hipertensiva pelos pacientes entrevistados. Em relação aos efeitos colaterais apresentados pela medicação 88,75% (71) disseram nunca terem apresentado nenhum. Quando questionados se já deixaram de tomar a medicação 87,5% (70) disseram que sim e que o principal motivo para isso é quando a unidade de saúde deixa de fornecer com 60% (48).

Apesar de estudos mostrarem a eficácia dos anti-hipertensivos, ainda há uma baixa adesão ao tratamento.

É comum a falta de adesão, mesmo sendo uma condição crônica que pode ser fatal e que na maioria dos casos é assintomático.

Algumas medicações podem desenvolver efeitos adversos levando o paciente questionar que a medicação está agravando a patologia, tendo em vista que anteriormente não sentia efeitos. O número de doses prescritas é outro fator que pode contribuir para a baixa adesão, pois o paciente precisa fazer uso de varias doses durante o dia, o que leva ao esquecimento ou então quando precisa se ausentar do domicilio (HORI; SILVA, 2016).

Em uma pesquisa realizada por Artioli (2018) em UBS no estado de São Paulo o autor verificou que da sua população estudada 53% deixaram de tomar a medicação em algum momento. Quanto ao fator que deixaram de tomar a medicação foram com 78% por esquecimento; 3,1% difícil acesso a unidade de saúde; 6,2% não tinham dinheiro para comprar, 3,1% não tinham no posto de saúde e 9,3% relaram que deixavam de tomar por achar que a pressão estava dentro dos valores normais.

A tabela 6 apresenta os hábitos de vida e alimentação da população hipertensa estudada. Foi verificado que 45% (36) consumiam frituras; 60% (48) disseram não fazer uso de álcool e/ou tabaco; 77,5% (62) não realizam nenhuma atividade física.

TABELA 6- Distribuição percentual em relação aos hábitos de vida dos hipertensos da USF do IPSEP II e MUTIRÃO, Serra Talhada-PE, 2019.

VARIÁVEL	Nº	%
ALIMENTOS CONSUMIDOS		
Embutidos	13	16,25
Frituras	36	<u>45</u>
Temperos prontos	24	30
Nenhum	7	8,75
CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA E TABACO		
Tabagista	17	21,25
Etilista	15	18,75
Nenhum	48	<u>60</u>
PRÁTICA ATIVIDADE FÍSICA		
Sim	18	22,5
Não	62	<u>77,5</u>
TOTAL	80	100

O consumo de alimentos ricos em gordura é um dos principais causadores de obesidade e sobrepeso, repercutindo assim como um fator de risco ou agravante da Hipertensão Arterial. Os principais alimentos gordurosos consumidos pelos hipertensos são o consumo diário de banha, margarina, frituras, carnes ricas em gordura. Além disso, o consumo é diferente entre os sexos feminino e masculino; a população masculina é maior consumidora desses tipos de alimentos (PIRES; SANTOS; PINHO, 2015).

Sabe-se que os hábitos de vida dos indivíduos influenciam no surgimento da HAS. Entretanto, a mudança no estilo de vida favorece positivamente no tratamento da hipertensão. Para que ocorra essa mudança o paciente precisa ser encorajado a adotar hábitos saudáveis. Diante disso é importante que essas orientações sejam fornecidas pela equipe de saúde da família (ESF) como médico, enfermeiro, nutricionista. As mudanças de hábitos envolvem o abandono de álcool, tabagismo, reduzir a ingestão diária de sal e praticar de exercício físico. (ROHRBACHER et al.; 2014).



Conclusão

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma situação crônica do aumento da pressão arterial, uma vez diagnosticada, o tratamento é fundamental para manter os níveis pressóricos dentro dos padrões normais. A mudança de hábito e a adesão ao tratamento medicamentoso são fundamentais para o controle desta doença. Entretanto, para uma boa aceitação se faz necessário que o hipertenso tenha conhecimento do processo patológico e fatores de riscos associados a esta condição. Assim como em outros estudos, este mostrou que o perfil destes pacientes é semelhante ao do perfil nacional, onde a maioria é de mulheres na faixa etária de 60 a 69 anos, com ensino fundamental incompleto, o que leva a pensar que, esta condição dificulta na aceitação e adesão ao tratamento.

Com este, foi verificado que a população deste estudo se diz ter pouco conhecimento sobre o que é a hipertensão arterial classificando-a como regular ou ruim. Mais, mesmo com esta percepção, foi possível identificar que a grande maioria fazem acompanhamento, seguem o tratamento como recomenda a prescrição médica. Talvez esta regularidade no acompanhamento seja fruto da distribuição da medicação na unidade, pois, a maioria referiu que o acesso à medicação é feita pela distribuição do PSF e que quando este não disponibiliza que eles deixam de tomar a medicação, daí a importância de políticas públicas mais efetivas e um olhar diferenciado dos gestores municipais.

Um dado muito importante que foi encontrado no estudo, foi a alta porcentagem de pacientes que não realizam nenhuma atividade física, visto que, esta ajuda na regularização da pressão e melhora a condição física e mental das pessoas. Por outro lado, foi importante a verificação que a grande maioria não fazem uso de álcool e fumo diminuindo um dos fatores de risco ao prejuízo a saúde destes. Portanto é importante que exista um elo entre os profissionais de saúde e os pacientes.

Que através das consultas de Hiperdia exista um dialogo, com uma linguagem de acordo com nível de compreensão de cada individuo, sempre respeitando suas individualidades. Mesmo que o profissional tenha um alto nível de conhecimento voltado ao tratamento e a fisiopatologia, se não houver uma compreensão dos riscos, por parte do paciente não haverá sucesso terapêutico.

Espera-se que este, contribua para a melhoria da assistência a estes pacientes por parte dos profissionais que fazem a atenção básica de saúde e o núcleo de apoio à saúde da família e ao entendimento do próprio paciente sobre sua condição, adesão ao tratamento e estilo de vida saudável.

Referências

ALMEIDA AS, MOURA JP, PIANTINO CB et al. Estilo de vida e perfil socioeconômico de pacientes hipertensos. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 11(12):4826-37, dec., 2017.

ARTIOLI, C A, CAMARGO, D C, THOMAZ, M C A. Fatores que levam o cliente hipertenso a não aderir o tratamento medicamentoso. **CENTRO UNIVERSITÁRIO AMPARENSE – UNIFIA**, São Paulo, 18p, 2018.

BARRETO MS, RAINERS AAO, MARCON SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** maio-jun.;22(3):484-90, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, Nº 37. 2014.

DIAZ, Marlenis de la Caridad Oliveira. Ação educativa sobre Hipertensão Arterial e seus fatores de risco em pacientes hipertensos na Unidade Básica de Saúde Fonseca Almeida. Município Comendador Levy Gasparian. **UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**. Especialização em Saúde da Família, Rio de Janeiro, 32 p, 2015.

FEITOSA IO, PIMENTEL, A. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém. **Rev. NUFEN [online]**, 8(1): 13-30, 2016.

GERALDO AM, FEITOSA E M, PONTES C, GIORGI DMA. et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de

Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** ; 95(1 supl.1): 1-51, 2010.

HORI ACP, SILVA VG. Adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo: abordagem, métodos de aferição e programas de obtenção de bons resultados. **Revista Brasileira de Hipertensão**. vol. 23(4):84-9, 2016.

MALACHIA MVB, SOUZA WKS, PLAVNIK FL, RODRIGUES CIS. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**; 107(3Sulp.3):1-83, 2016.

PIRES, Dayana de Souza; SANTOS, Késia Colares dos; PINHO, Lucinéia de. Hábitos alimentares dos hipertensos sob a ótica da enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, Recife, 9(Supl. 5):8453-60, jun., 2015.

RÊGO A S, LAQUI VS, TREVISAN FG. Fatores associados à pressão arterial inadequada de pessoas com hipertensão. **Cogitare Enferm.** (23)1:, 2018.

ROHRBACHER I, CORRÊA CJS, SCHMITZ GLP, RÔMULO MCB, GONÇALVES PCZ. Orientações de mudança de estilo de vida em pacientes hipertensos. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, 58 (1): 49-53, 2014.

SILVA JVM, MANTOVANI MF, KALINKE LP, ULBRICH EM. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**;68(4):626-32, 2015.

SMELTZER SC, BARE BG. Bruner e Suddarth. **Manual de enfermagem médico-cirúrgica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

Recebido em: 10/11/2019

Aprovado em: 20/12/2019