

## Artigo original

# Perfil epidemiológico de usuários hipertensos cadastrados no programa HiperDia

Aldaíza Ferreira Antunes Fortes, M.Sc.\*, Ana Maria Nassar Cintra Soane, M.Sc.\*\*,  
Karla Karollyne Ferreira Vieira Ramos, Poliana Aparecida Gomes Ferreira

*\*Docente do Estágio Supervisionado e Responsável pelo Setor de Pesquisa da EEWB, \*\*Coordenadora do Departamento de Ensino e Pesquisa da EEWB, \*\*\*Enfermeira Graduada pela EEWB Extraído do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB) intitulado "Perfil epidemiológico e informações sobre hipertensão arterial emergentes de usuários cadastrados no programa HiperDia"*

### Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil epidemiológico dos pacientes hipertensos cadastrados no programa HiperDia. Participaram 230 hipertensos de cinco Unidades Básicas de Saúde de Itajubá-MG. Utilizou-se a abordagem quantitativa, do tipo transversal, descritiva e exploratória. O instrumento para coleta de dados foi um formulário com questões fechadas realizadas oralmente no formato face a face, sendo subdividido em: caracterização dos dados demográficos, econômicos e relacionados à saúde. Os dados foram tabulados manualmente, com cálculo das porcentagens, frequências, médias e desvio-padrão por meio do programa Microsoft Office Excel 2007. Chegou-se aos seguintes resultados: a maioria era mulheres (69,13%), idosos (63,14 anos), ensino fundamental incompleto (67,39%), brancos e católicos (75,21%), casados (51,30%), família nuclear (49,13%), com filhos (87,82%), aposentados (40,86%), recebendo um salário mínimo (53,91%). Nunca fumaram (60%), nunca beberam (84,78%), acima do peso (60,86%), portador de Hipertensão Arterial (HA) há 13,83 anos, sendo que nesse período 55,21% mantiveram níveis pressóricos normais, acreditavam que a HA tem cura (50%), sem outra patologia associada (53,91%), visitas médicas semestrais (29,56%) e realizavam duas opções para o tratamento de HA (47,82%). É necessário que a equipe de saúde seja qualificada para assistir aos clientes de acordo com suas especificidades, visando o biopsicossocial de cada indivíduo que está inserido na comunidade.

**Palavras-chave:** hipertensão, perfil de saúde, programa HiperDia.

### Abstract

#### *Epidemiological profile of hypertensive patients enrolled in HiperDia program*

The aim of this study was to identify the epidemiological profile of hypertensive patients enrolled in the HiperDia program. 230 hypertensive patients participated in five Basic Health Units of Itajubá-MG. A cross-sectional descriptive and exploratory research with quantitative approached was conducted. The instrument used for data collection was a form with closed questions administered as a face to face oral interview, and subdivided into: demographic, economic and health-related characteristics. Data were manually tabulated, calculating percentages, frequencies, means and standard deviation using the Microsoft Office Excel 2007 program. We arrived at the following results: the majority were women (69.13%), elderly (63.14 years),

Recebido em 21 de julho de 2010; aceito em 12 de janeiro de 2011.

**Endereço para correspondência:** Poliana Aparecida Gomes Ferreira, Rua João Antônio Grilo, 19, Cruzeiro 37500-204 Itajubá MG, Tel: (35) 3622-1585, E-mail: polianaferreira\_25@yahoo.com.br

elementary education not concluded (67.39%), white Catholics (75.21%), married (51, 30%), nuclear family (49.13%) with children (87.82%), retired (40.86%), receiving a minimum wage (53.91%). Never smoked (60%), never drank (84.78%), overweight (60.86%), hypertensive 13.83 years, during this period 55.21% maintained normal blood pressure levels, and believed that hypertension is a curable disease (50%), with no other associated pathology (53.91%), visited doctor every six months (29.56%) and two treatment options were used for hypertension treatment (47.82%). There is a need for qualified health staff to assist customers according to their specificity; aiming the biopsychosocial side of each individual inserted in the community.

**Key-words:** hypertension, health profile, HiperDia program.

## Resumen

### *Perfil epidemiológico de usuarios hipertensos registrados en el programa HiperDia*

El objetivo de este trabajo fue identificar el perfil epidemiológico de pacientes hipertensos registrados en el programa HiperDia. Participaron 230 hipertensos de cinco Unidades Básicas de Salud de Irajubá – MG. Se realizó una investigación de tipo transversal, descriptiva, de abordaje cuantitativo. El instrumento para coleccionar los datos fue un impreso con preguntas objetivas realizadas oralmente frente a frente, siendo subdividido en: características de datos demográficos, económicos y relacionados con la salud. Los datos fueron tabulados manualmente, con cálculo de porcentaje, frecuencia, promedio y desviación estándar a través del programa Microsoft Office Excel 2007. Tras el análisis de los datos se llega a los siguientes resultados: la mayoría eran mujeres (69,13%), personas mayores (63,14%), enseñanza primaria incompleta (67,39%), blancos y católicos (75,21%), casados (51,30%), familia nuclear (49,13%), con hijos (87,82%), jubilados (40,86%), recibiendo un sueldo mínimo (53,91%), nunca habían fumado (60%), nunca habían bebido alcohol (84,78%), tenían exceso de peso (60,86%), portadores de Hipertensión Arterial (HA) hace 13,83 años, siendo que en ese periodo 55,21 mantuvieron valores de presión normal, creían que HA tiene cura (50%), sin otra patología asociada (53,91%), visitas médicas semestrales (29,56%) y dos opciones de tratamiento eran utilizadas para el control de la HA (47,82%). Es necesario que el equipo de salud sea calificada para asistir a los clientes de acuerdo con sus especificidades, teniendo como objetivo el ámbito biopsicosocial de cada individuo que está integrado a la comunidad.

**Palabras-clave:** hipertensión, perfil de salud, HiperDía.

## Introdução

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica ocorridas no século passado determinaram um perfil de risco em que doenças crônicas como o Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial (HA) assumiram ônus crescente e preocupante [1].

Há algumas décadas as doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte no Brasil, sendo que no ano de 2000 corresponderam a mais de 27% do total de óbitos [2].

Nesta perspectiva desenvolveu-se o programa governamental HiperDia. Esse é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HA e ao DM, realizado em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde [3].

De acordo com o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), de janeiro a março de 2006 houve 2.768.540 internações, sendo 9,9% por doença cardiovascular e 10,5% causadas diretamente pela HA. Das demais internações por problemas cardiovasculares, 80% estavam relacionadas à HA como principal fator de risco. Atualmente, o SUS disponibiliza R\$1.644,42 para uma internação por infarto do miocárdio, R\$622,48 por acidente vascular encefálico, R\$745,74 por insuficiência cardíaca e R\$216,33 para crise hipertensiva, entre outros gastos, para a recuperação de quadro agudo por complicação da pressão arterial não controlada [4].

Diante das evidências estatísticas, torna-se imprescindível a adesão do hipertenso ao tratamento farmacológico e não farmacológico, já que a HA é uma doença crônica grave e que deixa sequelas irreversíveis nos indivíduos que não mantêm os seus níveis pressóricos em taxas adequadas.

Castro, Rolim e Maurício [5] refletem sobre a decisão terapêutica, em que se deve considerar que

o nível e a variabilidade da pressão arterial são fortemente influenciados por fatores genéticos associados a fatores ambientais.

Prevenir e tratar a HA envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, na necessidade de introdução de mudança de hábitos de vida. Para o emprego isolado do tratamento não medicamentoso ou associado ao tratamento medicamentoso como estratégia terapêutica, deve-se considerar a meta da pressão arterial a ser atingida, que em geral é determinada pelo grau de risco cardiovascular [6].

A ação do enfermeiro no contato direto com o paciente é fator que abre nova perspectiva para esse grupo de profissionais de saúde, retomando em parte a prática de assistência direta, que é a própria essência da profissão [7].

Pierin *et al.* [8] afirmam que a descontinuidade do tratamento é um problema observado na maioria das doenças crônicas que requerem tratamento a longo prazo ou por toda vida. Diversos fatores determinantes, isoladamente ou associados, atuam na problemática da adesão.

Estudos que têm examinado os elementos intervenientes na adesão ao tratamento enfocam as características pessoais e demográficas dos hipertensos; seus conhecimentos; valores, crenças; experiências vividas e expectativas; influências sociais, como suporte familiar; barreiras encontradas, como a falta de recursos; e dificuldades para seguir o tratamento. A complexidade do regime terapêutico e efeitos indesejáveis das drogas tendem a dificultar, enquanto que o bom relacionamento do hipertenso com o médico e demais membros da equipe de saúde pode beneficiar o processo de adesão ao tratamento [8].

Portanto, o estudo teve como objetivo identificar o perfil epidemiológico dos pacientes portadores de HA cadastrados no programa HiperDia do município de Itajubá-MG.

## Material e métodos

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, descritivo e exploratório.

A delimitação espacial do estudo é o município de Itajubá-MG, sendo que a pesquisa foi realizada em cinco bairros, em suas respectivas Unidades Básicas de Saúde (UBS), a saber: Novo Horizonte, Santa Rosa, Cruzeiro, Rebourgeon e São Vicente.

O estudo teve como sujeitos portadores de HA cadastrados no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos – programa HiperDia, sendo esse o cenário da pesquisa.

Participaram da pesquisa 230 sujeitos, sendo que a amostragem foi do tipo não probabilística por conveniência. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário estruturado com questões fechadas subdividido em três categorias: caracterização dos dados demográficos, econômicos e relacionados à saúde.

Os dados foram tabulados manualmente, com cálculo das porcentagens, frequências, médias e desvio-padrão com o auxílio do programa Microsoft Office Excel 2007.

O presente estudo esteve de acordo com os preceitos estabelecidos pela Resolução número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 10 de outubro de 1996 no que diz respeito às diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

## Resultados

Em relação ao gênero dos entrevistados, 69,13% pertenciam ao gênero feminino. A média de idade foi de 63,14 anos; 67,39% possuíam o ensino fundamental incompleto; 75,21% eram brancos e de religião católica.

Quanto ao estado conjugal, 51,30% eram casados, sendo 49,13% de família nuclear; 87,82% tinham filhos, com uma média de 4,27 filhos.

Quanto à situação de trabalho, 40,86% eram aposentados e não desenvolviam nenhuma outra atividade, sendo que 53,91% recebiam até um salário mínimo.

Com relação ao estado de saúde, 50,86% referiam estar boa; quando comparada ao último ano e com a saúde de outras pessoas da mesma idade, para ambas as situações, a opção escolhida foi melhor (39,13% e 55,65%, respectivamente).

Em relação aos fatores de risco, tabagismo, etilismo e obesidade, 60% nunca haviam fumado; 84,78% nunca haviam ingerido bebida alcoólica e 36,52% estavam com peso normal, com média de peso de 71,51kg e 1,61m de altura.

Quanto ao tempo sendo portador de HA, a média foi de 13,83 anos, sendo que para 55,21% dos entrevistados os níveis pressóricos mantiveram-se dentro dos limites normais. Identificou-se entre os

sujeitos da pesquisa que 50% acreditavam que a HA tem cura; 53,91% não tinham patologia associada; 29,56% visitavam o médico semestralmente e para 47,82%, realizavam duas opções para o tratamento da HA, dentre uso de medicamentos, exercícios físicos e dieta, sendo que 96,52% afirmaram uso de medicamento.

Quanto à presença de outra patologia associada à HA, 34,90% responderam ser cardiopatias, 15,09% apresentavam hipercolesterolemia e 13,20% tinham varizes.

Em relação à quantidade de doença por sujeito entrevistado, 76,41% possuíam apenas uma patologia, 18,86% duas e 4,71% três ou mais.

A informação sobre o tratamento medicamentoso, 35,13% utilizavam apenas um medicamento, 38,73% consumiam dois e 26,12% três.

## Discussão

No final da década de 1970 foram publicados os primeiros estudos brasileiros sobre epidemiologia da HA no Brasil. A partir de então, até os dias atuais, vários trabalhos foram apresentados sem que os autores tivessem preocupação em divulgar seus resultados [9]. Esta afirmação nos remete a pensar que a maior parte desses estudos tornou-se limitada a partir do momento em que não foi possível ter acesso à análise realizada pelos pesquisadores.

A identificação de vários fatores de risco para HA, tais como idade, gênero, grupo étnico, nível de escolaridade, status socioeconômico, obesidade, etilismo e tabagismo colaboraram para os avanços na epidemiologia cardiovascular e, conseqüentemente, nas medidas preventivas e terapêuticas dos altos índices pressóricos [10].

No que tange a nossa pesquisa, em relação ao gênero, o resultado encontrado é que as mulheres apresentaram maior prevalência de HA que os homens. Elas geralmente têm maior percepção das doenças, apresentam maior tendência para o autocuidado e buscam mais assistência médica, o que tenderia a aumentar a probabilidade de se ter a HA diagnosticada. Este resultado é semelhante ao estudo de Zaitune [10].

Segundo Fuchs *et al.* [11], a hipertensão é mais prevalente em mulheres afrodescendentes com excesso de risco de hipertensão de até 130% em relação às mulheres brancas. Esse dado está em discordância com a amostra do nosso estudo, considerando que 75,21% eram brancos. Entretanto, essa proporção

foi provavelmente superestimada pela tendência de classificar como brancos os indivíduos de cor mista.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão [6], a pressão arterial aumenta linearmente com a idade.

Outros trabalhos consideram a variável idade como um fator de risco importante que contribui para o aparecimento da HA, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos, como consequência do processo de envelhecimento [12]. Essa afirmação foi comprovada em nossa pesquisa, pois a maioria dos entrevistados era idosa.

Em relação às religiões, predominou a católica. Esse dado confirma um levantamento feito pelo IBGE (2002), em que a maior parte da população brasileira era católica [13]. Dessa forma, a falta de engajamento, a busca de resolutividade no controle da hipertensão perpassa pelo que a religião representa para cada um [14].

Referindo-se ao nível de escolaridade, observou-se que grande parte dos sujeitos apresenta os menores índices, sendo que prevaleceu o ensino fundamental incompleto. Esta inferência pode estar relacionada ao menor acesso a informação ou a educação específica em saúde referente ao tema HA.

Alves *et al.* [15] correlacionam também esse dado com a faixa etária. Ou seja, quanto maior a faixa etária, menor o índice de escolaridade. A associação inversa também é verdadeira. Esses resultados corroboram os dados do IBGE (1997), apontando que no Brasil, na faixa etária dos 45 aos 59 anos, o índice de analfabetismo é significativamente maior quando comparado ao dos jovens.

Outro dado considerável foi a condição socioeconômica, pois é um fator que pode influenciar na gênese e no tratamento da HA. Comprovamos que a grande maioria dos sujeitos do estudo era de pessoas aposentadas e não desenvolvia nenhuma outra atividade, com renda familiar média de até um salário mínimo.

Como afirmam Pierin *et al.* [16] a falta de recursos financeiros está aliada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao cumprimento do tratamento, por exemplo, na aquisição dos medicamentos.

Ao informar sobre o estado conjugal e o tipo de família, predominou sujeitos casados, com filhos, vivendo em família do tipo nuclear.

A família, no entender de Lopes e Marcon [17], além de um espaço em que se proporciona proteção e no qual seus membros se sentem pertencentes a

um grupo unido por laços de amor e afeto, também tem sido definida como um sistema de saúde para os seus integrantes. Quando se sente fragilizada por uma situação de doença, a família utiliza dos conhecimentos culturais e valores, das crenças e práticas para guiar suas ações tendo em vista a manutenção do bem estar dos seus componentes. Inserir a família na problemática da HA reporta-nos à importância de capacitá-la para investir na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento [18].

Identificamos que a maioria dos participantes do estudo nunca havia sido tabagista e nem etilista, dado esse que veio contrapor o que diz a Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial [6] sobre os fatores de risco para a HA.

Ao analisarmos o índice de massa corporal dos sujeitos da pesquisa, classificando em cinco categorias (abaixo do peso, peso normal, sobrepeso, obeso e obeso mórbido), vistos separadamente, dá-nos a ideia de que a maioria encontrava-se com peso normal. Entretanto, esta é uma falsa conclusão, já que 60,86% dos entrevistados estavam acima do peso.

Péres, Magna e Viana [19] observaram que dentre os comportamentos adotados pelos pacientes logo após o descobrimento da doença, nota-se uma valorização do atendimento médico e do uso da medicação em detrimento de outras práticas. Isso pode ser justificado, considerando que o remédio é a forma de cura mais difundida e frequente, o que indica uma fé no saber médico. Esse é um dado importante, haja vista que em nossa pesquisa, 50% das pessoas acreditavam que a HA tem cura e 96,52% faziam uso de medicamento. Em relação à percepção do estado de saúde, 50,86% referiam estar boa. Esta percepção deve-se ao fato de que a hipertensão arterial sistêmica é uma doença assintomática e de evolução silenciosa, podendo levar indivíduos aparentemente saudáveis a descobertas inesperadas como ressaltam Magro, Silva e Riccio [20].

Ao ser mensurado o domínio *evolução do estado de saúde*, observou-se que os pacientes percebem seu estado de saúde como melhor em comparação ao ano anterior e às outras pessoas da mesma idade. Como provável explicação para essa manifestação pode-se aventar a ideia de que estar inscrito em um programa de tratamento, no qual recebe atenção da equipe de saúde e medicamentos, torna a qualidade de vida do portador de HA melhor do que antes [21].

Podemos refletir, ainda, em relação a este domínio, que a adesão ao tratamento e a consciên-

tização do paciente acerca da doença se deve, muito provavelmente, ao desempenho dos profissionais que o atendem.

Ao avaliar a quanto tempo os sujeitos entrevistados haviam recebido o diagnóstico de HA, a média foi de 13,83 anos, sendo que para a maioria os níveis pressóricos se mantiveram dentro dos limites de normalidade. Este dado contradiz o resultado encontrado por Jadelson [22] ao afirmar que, em uma população dos EUA, 54% das pessoas que sabiam ser hipertensas e recebiam tratamento para essa condição, apenas 27% tinham a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados.

O risco que a elevação da pressão arterial representa para o sistema cardiovascular e outros órgãos são citados por vários autores. O estresse hemodinâmico decorrente com a HA origina cardiopatia, nefrologia e retinopatia hipertensivas, além de se constituir em um dos principais fatores de risco para as doenças aterotrombóticas [11].

Os entrevistados ao serem questionados a respeito de patologias associadas a HA, uma maioria não significativa (53,91%) negou ser portador de outra doença. No entanto, dentre as doenças citadas pela minoria, inclui-se cardiopatia, hipercolesterolemia, varizes, seqüela de AVE, problemas visuais, nefropatia e trombose venosa profunda (TVP), em ordem decrescente de frequência.

Busnello *et al.* [23] relatam que níveis de pressão sustentadamente elevados estão relacionados a uma maior incidência de eventos morbidos, associados principalmente a aterosclerose e manifestados por cardiopatia isquêmica, acidente cerebrovascular e doenças vasculares renal e periférica.

Coelho *et al.* [24], em sua pesquisa, constataram que a assiduidade dos entrevistados às consultas agendadas era elevada. Esse comportamento demonstra que os pacientes têm a percepção de serem portadores de uma condição de saúde que inspira cuidados médicos, desejando se tratar. Esse dado corrobora com o encontrado em nossa pesquisa, já que a maioria dos entrevistados comparecia às consultas médicas semestralmente. Aliado a isso, para controlar a HA, realizavam pelo menos duas opções, dentre uso de medicamentos, exercícios físicos e dieta.

De acordo com o Ministério da Saúde [25], o tratamento medicamentoso da HA pode ser realizado com uso de diuréticos, inibidores simpáticos, betabloqueadores, vasodilatadores diretos e inibidores da enzima conversora de angiotensina.

Esta afirmação foi comprovada na pesquisa, pois as drogas mais citadas foram Captopril, Hidroclorotiazida, Propanolol e Alfametildopa.

Um dos maiores desafios no controle da HA é conseguir adesão dos hipertensos para garantir o sucesso do tratamento a longo prazo. Estudos têm evidenciado vários fatores que podem influenciar na adesão ao tratamento destacando-se dentre eles as características biossociais e o conhecimento sobre a doença e seu tratamento [16].

Portanto, considera-se de suma importância que para a implementação da assistência aos hipertensos devam-se conhecer as características inerentes ao paciente que possam influenciar na vivência com a doença e com o tratamento.

## Conclusão

Na tentativa de traçar um perfil epidemiológico de usuários hipertensos cadastrados no programa HiperDia, e segundo os objetivos da presente pesquisa, foi possível estabelecer as seguintes conclusões referentes aos portadores de HA:

Em relação ao gênero dos entrevistados, 69,13% pertenciam ao gênero feminino. A média de idade foi de 63,14 anos; 67,39% possuíam o ensino fundamental incompleto; 75,21% eram brancos e de religião católica. Quanto ao estado conjugal, 51,30% eram casados, sendo 49,13% de família nuclear; 87,82% tinham filhos, com uma média de 4,27 filhos.

Quanto à situação de trabalho, 40,86% eram aposentados e não desenvolviam nenhuma outra atividade, sendo que 53,91% recebiam até um salário mínimo.

Com relação ao estado de saúde, 50,86% referiam estar boa; quando comparada ao último ano e com a saúde de outras pessoas da mesma idade, para ambas as situações, a opção escolhida foi melhor (39,13% e 55,65%, respectivamente). Em relação aos fatores de risco tabagismo, etilismo e obesidade, 60% nunca haviam fumado; 84,78% nunca haviam ingerido bebida alcoólica e 36,52% estavam com peso normal, com média de peso de 71,51kg e 1,61m de altura. Quanto ao tempo sendo portador de HA, a média foi de 13,83 anos, sendo que para 55,21% dos entrevistados os níveis pressóricos mantiveram-se dentro dos limites normais. Identificou-se entre os sujeitos da pesquisa que 50% acreditavam que a HA tem cura; 53,91% não tinham patologia associada; 29,56% visitavam

o médico semestralmente e para 47,82%, realizam duas opções para o tratamento da HA, dentre uso de medicamentos, exercícios físicos e dieta, sendo que 96,52% afirmaram uso de medicamento.

Quanto à presença de outra patologia associada à HA, 34,90% responderam ser cardiopatas, 15,09% apresentavam hipercolesterolemia e 13,20% tinham varizes. Em relação à quantidade de doença por sujeito entrevistado, 76,41% possuíam apenas uma patologia, 18,86% duas e 4,71% três ou mais.

Em relação ao tratamento medicamentoso, 35,13% utilizavam apenas um medicamento, 38,73% consumiam dois e 26,12% três.

Para que a saúde seja promovida, o profissional não deve ser apenas possuidor de uma visão curativa, o mesmo necessita agir de acordo com o princípio da integralidade. Assim sendo, diante dos resultados acima citados, recomendamos que a equipe de saúde seja qualificada para assistir aos clientes de acordo com suas especificidades, visando o biopsicossocial de cada indivíduo que está inserido na comunidade.

## Referências

1. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004;9:885-95.
2. Ministério da Saúde. Sistema de Vigilância em Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade [online]; 2008. [citado 2008 Nov 2]. Disponível em URL: <http://tabnet.datasus.gov.br>
3. Ministério da Saúde. HiperDia – Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos [online]; 2008. [citado 2008 Nov 12]. Disponível em URL: <http://hiperdia.datasus.gov.br>
4. Rolim LMC, Amaral SL, Monteiro HL. Hipertensão e exercícios: custos do tratamento ambulatorial, antes e após a adoção da prática regular e orientada de condicionamento físico. *Hipertensão* 2007;10:54-61.
5. Castro ME, Rolim MO, Maurício TF. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. *Acta Paul Enfermagem* 2005;18:184-9.
6. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Hipertensão* 2006; 9:126-57.
7. Souza ALL, Jardim, PCBV. A Enfermagem e o paciente hipertenso em uma abordagem multiprofissional – relato de experiência. *Rev Latinoamericana de Enfermagem* 1994;2:5-18.
8. Pierin AMG, Mion Júnior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enfermagem USP* 2001;35:11-18.
9. Lessa I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Rev Bras Hipertens* 2001;8:383-92.

10. Zaitune MPA, Barros MBA, Cesar CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006;22:285-94.
11. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de Base Populacional. *Arq Bras Cardiol* 1994;63:473-9.
12. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev Latinoam Enfermagem* 2002;10(3):415-22.
13. Antoniazzi A. As religiões no Brasil segundo censo de 2002. *Revista de Estudos da Religião* 2003; 2:75-80.
14. Bastos, DS. Cuidando de pessoas portadoras de hipertensão arterial: contribuindo para a superação dos déficits de autocuidado [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
15. Alves LMM, Nogueira MS, Godoy S, Hayashida M, Cárnio EV. Prevalência de hipertensão do avental branco na atenção primária de saúde. *Arq Bras Cardiol* 2007;89:28-35.
16. Pierin AMG, Mion Júnior D, Fukushima JT, Pinto AR, Kaminaga, MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enfermagem USP* 2001;35:11-18.
17. Lopes MCLL, Marcon SS. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. *Rev Esc Enfermagem USP* 2009;43(2).
18. Saraiva KRO. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem* 2007;16:263-70.
19. Péres DS, Magna JM, Viana, LA. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. *Rev Saúde Pública* 2003;37:635-42.
20. Magro MCS, Silva EV, Riccio GMG. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação a sua doença. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 1999;9(1):1-10.
21. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG, Moreira TMM, Lopes MVO. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cad Saúde Pública* 2008;24:933-40.
22. Jadelson PA. Aspectos epidemiológicos da aderência ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol* 2002;79:375-9.
23. Busnelo RG, Melchior R, Faccin C, Vettori D, Petter J, Moreira LB, et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. *Arq Bras Cardiol* 2001;76:349-51.
24. Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MCM, Geleilate TJM, Nobre F. Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. *Arq Bras Cardiol* 2005;85(3):157-61.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2002;1-102.