



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**



**FREDERICO AFONSO BORGES**

**QUANTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÃO DA  
POPULAÇÃO HIPERTENSA DE BARREIRA DOS CAMPOS-PARÁ**

**BELÉM – PA**

**2020**

FREDERICO AFONSO BORGES

**QUANTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÃO DA  
POPULAÇÃO HIPERTENSA DE BARREIRA DOS CAMPOS-PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: MSc Grace Fernanda Severino Nunes

BELÉM – PA

2020

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD**  
**Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará**  
**Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

---

B732q BORGES, FREDERICO AFONSO  
QUANTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÃO  
DA POPULAÇÃO HIPERTENSA DE BARREIRA DOS  
CAMPOS-PARÁ / FREDERICO AFONSO BORGES. — 2020.  
22 f.

Orientador (a): Profª. MSc. Grace Fernanda Severino Nunes  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -  
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências da  
Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Hipertensão arterial. 2. Educação em saúde. 3. Adesão ao  
tratamento. I. Título.

CDD 616.132

---

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

FREDERICO AFONSO BORGES

### **QUANTIFICAÇÃO, MONITORAMENTO E ORIENTAÇÃO DA POPULAÇÃO HIPERTENSA DE BARREIRA DOS CAMPOS-PARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: \_\_\_\_\_  
Aprovado em: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. MSc Grace Fernanda Severino Nunes  
Orientadora

---

Prof. Dr. José Guilherme Wady Santos  
Membro

Dedico este trabalho a população de Barreira dos Campos PA que me acolheu bem e me respaldou para a realização deste TCC.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Supervisão do Programa Mais Médicos, na pessoa do Dr. Alexandre Telles, à Monitoria do Curso de Especialização em Saúde da Família na pessoa de Regiane Padilha dos Santos, à Orientação do TCC do Curso de Especialização em Saúde da Família, na pessoa de Me Grace Fernanda Severino Nunes, à Tutoria do Curso de Especialização em Saúde da Família na pessoa de Lidiane Assunção de Vasconcelos e à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, na pessoa de Maria do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos. Agradeço pelas suas imensuráveis paciências, tolerância e solicitude. Agradeço finalmente à Universidade do Pará por me fornecer material didático para que eu terminasse o curso.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

Albert Einstein

## RESUMO

O presente estudo objetivou estabelecer políticas públicas de promoção de saúde a população hipertensa assistida sobre os principais aspectos das causas e quadro clínico assim, como as consequências inerentes de Hipertensão Arterial Sistólica (HAS) e a necessidade da adesão ao tratamento farmacológico assim como a adoção de práticas de vida saudáveis. O método utilizado por nossa equipe diante da precariedade de nossos recursos técnicos se resumiu a questionários, levantamentos estatísticos, aconselhamento, monitoramento de pressão arterial da população hipertensa assistida e reuniões mensais com nossos hipertensos. Diante de uma população restrita de aproximadamente 2500 habitantes foram detectados 215 casos de HAS. Esses casos foram monitorados, de maio de 2020 a setembro de 2020. Observou-se que o tratamento se resumia a prescrição farmacológico anti-hipertensivo, muitas das vezes irregular, de difícil posologia, acarretando à baixa adesão ao tratamento pertinente. Assim, diante do universo de hipertensos catalogados, depois de iniciado o programa houve a adesão de grande parte dos hipertensos no que se refere ao seu tratamento.

**Palavras-chave:** Hipertensão arterial; educação em saúde; adesão ao tratamento.

## ABSTRACT

The present study aimed to establish public health promotion policies for the assisted hypertensive population on the main aspects of the causes and clinical condition, as well as the inherent consequences of Systolic Arterial Hypertension (SAH) and the need for adherence to pharmacological treatment as well as the adoption of practices healthy lifestyles. The method used by our team in view of the precariousness of our technical resources was limited to questionnaires, statistical surveys, counseling, blood pressure monitoring of the assisted hypertensive population and monthly meetings with our hypertensive patients. In view of a restricted population of approximately 2500 inhabitants, 215 cases of SAH were detected. These cases were monitored, from May 2020 to September 2020, It was observed that the treatment was limited to the antihypertensive pharmacological prescription, often irregular, of difficult dosage, resulting in low adherence to the relevant treatment. Thus, in the face of the cataloged hypertensive population, after starting the program, there was a large number of hypertensive patients adhering to their treatment.

**Keywords:** Arterial hypertension; health education; treatment adherence.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 Objetivo Geral.....</b>	<b>13</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos.....</b>	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Implicações Éticas.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Delineamento do Estudo.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 População do Estudo.....</b>	<b>14</b>
<b>3.4 Variáveis do Estudo.....</b>	<b>14</b>
<b>3.5 Análise Estatística dos Dados.....</b>	<b>15</b>
<b>4. RESULTADOS.....</b>	<b>16</b>
<b>5. DISCUSSÃO.....</b>	<b>18</b>
<b>6. CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>7. REFERÊNCIAS.....</b>	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O cenário onde se desenvolveu o projeto ocorreu no distrito de Barreira dos Campos município de Santana do Araguaia- PA. O município possui uma população assistida de mais ou menos 2500 habitantes com um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0, 602(IPEA, 2010) Os principais riscos de saúde são exatamente Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), diabetes mellitus, afecções respiratórias como asma brônquica, bronquite, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e traumas ocasionais devido a nossa população residir em área soberanamente ribeirinha; como por exemplo, acidentes de motocicleta, o principal meio de transporte da comunidade, com seus usuários trafegando sem uso de capacetes, o que redundava em grande número de acidentes graves e óbitos.

A estrutura de saúde é pobre, precária e restrita, contudo, a equipe é muito dedicada. O fornecimento de medicação anti-hipertensiva fica a cargo da provisão da Secretaria Municipal de Saúde, subsidiada pelo Governo Federal. A equipe de saúde se resume a cinco agente comunitário de saúde (ACS), uma enfermeira, quatro técnicas de enfermagem e funcionárias da área administrativa e de manutenção, uma odontóloga, um auxiliar de serviços dentários e dois motoristas. A equipe da unidade básica de saúde (UBS) distrito de Barreira dos Campos município de Santana do Araguaia- PA dispõe de uma recepção, da sala de atendimento médico, da sala da enfermeira, de uma farmácia, de uma sala de vacina, de uma sala de espera, de três banheiros, uma sala de reuniões, uma copa, uma sala de emergência, um consultório odontológico, uma dispensa. O serviço dispõe também de uma ambulância onde se revezam semanalmente dois motoristas para referenciamento de casos mais complexos.

A comunidade apresenta-se com baixíssimas condições socioeconômicas principalmente advindas da pescaria o que mantém a seus componentes a baixa confiança e esperança para o seu futuro devido ao pequeno acesso à educação, a uma melhor renda familiar e de recursos para que essa situação se reverta. As moradias são também precárias e, em sua maioria sem revestimento. Não raro existem muitos casos em que coexistem pessoas em número muito acima do que a área física de suas moradias permitiria. Muitas das vezes também, essas moradias não dispõem de um banheiro convencional, digo aceitável, dispoendo apenas de “fossas”. A diversão de nossa comunidade ocorre principalmente aos finais de semana no cais do Rio Araguaia e se resume basicamente a ingestão de bebidas alcoólicas movidas a música regional.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) com alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

No Brasil estima-se que haja 30 milhões de hipertensos, 30% da população adulta, e apenas 30% estão controlados. Em 2002, ocorreram 85.599 óbitos referentes a doenças cardiovasculares, correspondendo a um terço da mortalidade total do país. A hipertensão arterial acomete especialmente indivíduos com os maiores fatores de risco e pessoas com mais de 60 anos estima-se que 60% têm hipertensão arterial, especialmente na região Sul e Sudeste brasileiro com tendências superiores a 25% (GUSMÃO, 2009).

Os riscos comuns para HAS são o excesso de peso, a idade principalmente acima de 50 anos, indivíduos não brancos, sedentarismo, a ingestão aumentada de sal e álcool além dos fatores socioeconômicos e genéticos (REINERS, 2009).

Devem ser considerados o tempo e tratamento prévio da hipertensão, fatores de risco, indícios de hipertensão secundária e de lesões em órgãos-alvo, aspectos socioeconômicos e características do estilo de vida do paciente e ao consumo pregresso ou atual de medicamentos ou drogas que podem interferir no seu tratamento (antiinflamatórios, anorexígenos, descongestionantes nasais etc.) (REINERS, 2009).

### **1.1 Justificativa**

De acordo com os quase dois anos que atuo junto a essa comunidade tenho observado que sua fração hipertensa mantém níveis pressóricos elevados, seja pela irregularidade da administração de anti-hipertensivos ou da associação de anti-hipertensivos. Observa-se ainda que há uma relutância da população assistida em adquirir hábitos de vida saudáveis, abandono do tabagismo, respeito à posologia e à regularidade da administração dos medicamentos pertinentes, assim como o desconhecimento das possíveis conseqüências que advém do curso de uma hipertensão arterial sistêmica mal conduzida, assim também como a ingestão de uma dieta saudável, hipossódica e hipocalórica e também de hábitos de vida igualmente saudáveis, assim como o abandono do sedentarismo. A intervenção de nossa equipe de saúde se reside justamente na orientação adequada da população hipertensa e também aquelas pessoas pertencentes aos fatores de risco e às de prevalência aumentada, assim como a monitoração da pressão arterial da população hipertensa assistida.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Aprimorar a gestão de educação em saúde à HAS, junto à população assistida pela equipe de saúde da UBS Distrito de Barreira dos Campos município de Santana do Araguaia- PA

### **2.2 Objetivos Específicos**

Quantificar a população hipertensa assistida por nossa equipe;

Orientar quanto à necessidade da adesão farmacológica anti-hipertensiva;

Orientar pacientes na adoção de hábitos de vida saudáveis;

Monitoração da pressão arterial da população assistida;

Implantar atividade física regular.

### **3 METODOLOGIA**

#### **3.1 Implicações Éticas**

No que se refere aos aspectos éticos o presente projeto de intervenção não será submetido a avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPA, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). No entanto, todas as normas éticas estabelecidas são respeitadas no que tange a zelar pela legitimidade, privacidade e sigilo das informações quando necessário tornando o resultado da pesquisa pública. Os pacientes da ESF receberam informações necessárias sobre o projeto, sua importância e benefícios e foi solicitado o consentimento do termo livre e esclarecido reiterando sobre quaisquer métodos ou ações feitas durante a execução deste projeto.

#### **3.2 Delineamento do Estudo**

Após catalogar e identificar toda a população hipertensa assistida, através da intervenção e da equipe de saúde, todos são insistentemente convidados à nossa reunião mensal onde foi orientado sobre educação em saúde sobre a HAS e medidas de prevenção. Os pacientes foram orientados mensalmente sobre a HAS, fatores de risco e assistidos por nutricionista assim como houve a implementação de atividade física.

#### **3.3 População de Estudo**

Foram notificados 355 hipertensos nas 05 áreas de atuação das ACS. Não houve critérios utilizados para definir a amostra e selecionar os indivíduos. Outros critérios foram considerados como insuficiência cardíaca e outras cardiopatias, diabetes mellitus e renais crônicos entre outros. A população habita zona urbana, rural, ribeirinha e indígena. Dos 355 casos de HAS na nossa comunidade apenas 215 casos aderiram ao nosso programa na sua totalidade.

#### **3.4 Variáveis do Estudo**

Os instrumentos e técnicas utilizados para coleta de dados foram o questionário, entrevista padronizada, avaliação clínica, observação, roda de conversa, grupo focal. Foram analisadas a idade, fatores de risco, medições de pressões arteriais e medicamentos.

### **3.5 Análise Estatística dos Dados**

Os métodos estatísticos utilizados para realizar um estudo quantitativo se baseiam simplesmente na quantificação, monitoramento e aconselhamento da população hipertensa assistida.

#### 4 RESULTADOS

O nível de escolaridade da nossa comunidade revelou-se com ensino médio completo 370 pessoas, ensino fundamental completo 120 pessoas, ensino fundamental de 1º ao 4º ano 125 pessoas, ensino fundamental de 5º ao 9º ano 210 pessoas, classe alfabetizada 60 pessoas, 60 pessoas, ensino fundamental EJA de 1º ao 4º ano 35 pessoas, ensino fundamental EJA supletivo de 5º a 9º ano 50 pessoas, superior 75 pessoas.

Diante do levantamento quantitativo, verificamos que diante de uma população de aproximadamente 2500 habitantes, e dos 355 pacientes convidados para o programa houve a adesão de aproximadamente 60,5% dos pacientes hipertensos (215 pacientes); seja na adesão ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo, no interesse em conhecer detalhes sobre sua doença ou na presença das reuniões mensais, onde são mencionados os itens anteriores além das consequências da HAS mal tratada ou não tratada, na necessidade do monitoramento da pressão arterial e adoção de hábitos de vida saudáveis. Assim, detectamos aproximadamente 355 pacientes hipertensos que perfazem 14,2% de hipertensos. Apesar do nosso esforço, considerando também que este trabalho esteja sendo desenvolvido desde maio de 2020 existe ainda uma pequena faixa da população hipertensa assistida em aderir à farmacoterapia pertinente a HAS.

Dos 215 hipertensos que aderiram ao programa, cerca de 148 já faziam uso regular de medicação anti-hipertensiva. Assim, através da nossa intervenção mais 67 pacientes passaram a utilizar a farmacologia anti-hipertensiva regular.

Houve neste percurso adequação posológica, uma associação de anti-hipertensivos mais racional e acessível. A presença regular as reuniões mensais permeavam 50%. Percebi junto com a minha equipe de saúde um maior interesse em saber mais sobre a sua patologia e as consequências do seu não tratamento. Conseguimos também alertar o público – alvo a necessidade de uma alimentação salutar, hipossódica e hipocalórica, adoção de uma vida menos sedentária, assim como um peso corporal o mais próximo possível do índice de massa corporal sugerida.

Depois de várias reuniões com o grupo de hipertensos observamos melhora dos níveis pressóricos da população assistida, da necessidade do uso regular da medicação anti-hipertensiva, do envolvimento de toda a equipe de saúde para que se alcançasse o objetivo almejado. Assistimos a uma população pequena, de precários recursos financeiros e ao que parece um desinteresse por parte de nossas autoridades para que essa situação se reverta.

Desconheço o interesse e a forma de obtenção de recursos necessários para a implantação do projeto de intervenção.

Conseguimos também através do apoio de um nutricionista gentilmente cedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Santana do Araguaia PA que esclareceu uma dieta saudável e adequada aos casos de hipertensão arterial sistêmica. Procuramos implantar e conseguimos efetivamente promover a caminhada semanal da comunidade hipertensa, mas também das pessoas normotensas.

## 5 DISCUSSÃO

Nosso estudo visou quantificar com seriedade e coerência de dados a população hipertensa em contraposição à sua prevalência e aprimorar a gestão de educação em saúde na hipertensão arterial sistêmica junto à população assistida por nossa equipe. Embora a literatura de referência aponte para uma prevalência acima de 30% no levantamento feito por nossa equipe de saúde apontou uma prevalência discrepante de 14,2%, embora a prevalência entre os gêneros acompanhe dados epidemiológicos de casos de hipertensão já divulgados em cidades brasileiras (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Segundo nossos dados colhidos pelo estudo a prevalência de casos de HAS na nossa comunidade acompanha também os números da referência bibliográfica de acordo com a faixa etária. A prevalência entre os gêneros acompanha a tendência mundial de 37,8% no masculino e 32,1% no feminino (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010). Segundo dados na literatura, ela nos favorece estatisticamente a prevalência da HAS entre homens e mulheres da Amazônia legal, que na verdade retratam em menor número o que ocorre na nossa comunidade.

Segundo o verificado no corrente estudo foram catalogados 355 casos de HAS na nossa comunidade assistida. Destes 355 casos apenas 215 aderiram ao nosso trabalho o que reflete uma tendência mundial de alta prevalência e baixa taxa de controle apesar do nosso esforço. Destes 215 casos houve melhora relevante dos níveis tensionais embora os casos refratários à nossa ajuda estes ainda permanecem altos e sem controle já que a monitoração dos mesmos não seja feita de maneira adequada.

No que tange às complicações principais da HAS (AVE- acidente vascular encefálico e DIC- doença isquêmica do coração tivemos dificuldades em quantificá-las porque o nosso quadro de ACS foi totalmente alterado e disponível apenas dados das atuais ACS. Assim temos em nosso levantamento catalogados 5 casos de AVE que resultaram em óbito, 20 casos de AVE com sequelas, 5 casos de DIC que resultaram em óbito e 10 casos que DIC confirmados que não resultaram em óbito. Podemos afirmar que a maioria dos sequelados de AVE não fazem tratamento fisioterápico adequado, assim como os casos de DIC geralmente não são referenciados para o cateterismo cardíaco. Houve de minha parte e da minha equipe de saúde a insistência que tais medidas fossem tomadas sem, contudo, obter resultados concretos. Nem de longe a DCV em nossa comunidade é a principal causa de morte. A nossa principal causa de morte se refere a acidentes de motocicletas, incongruente com a literatura de referência (ROSÁRIO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009).

Nossos casos de DCV refletem a prevalência da patologia em país de baixo desenvolvimento econômico, assim como o nosso e também a prevalência em indivíduos entre 45 a 69 anos. Embora os dados mundiais revelem que a DCV é a causa mais comum de morte, na nossa comunidade isso não ocorre; sendo a causa natural de morte por acidentes automobilísticos e de moto a mais comum por nossa equipe observada. Nossos números categoricamente catalogados e acompanhados não diferem muito no que se refere a mortes por doenças do aparelho circulatório se comparados a aquelas por doença cardiovascular.

A prevalência de nossos casos de HAS aponta uma prevalência de mais ou menos 14,2% apesar de um trabalho exaustivo, regular e compromissado por parte de toda a equipe na triagem do público-alvo assim como aqueles portadores de fatores de risco (ROSÁRIO et al., 2009; PEREIRA et al., 2009).

A prevalência dos casos de hipertensão arterial sistêmica em nossa comunidade também segue a literatura tradicional e incide mais ou menos parecido em ambos os sexos, sendo mais comum em homens acima de 50 anos, invertendo esta relação nas décadas subsequentes, conforme autores supracitados.

Considerando-se valores de PA maior ou igual a 140/90 mmHg, encontramos prevalência média de 30%, 40% entre 60 e 69 anos 70% acima de 70 anos. Na nossa comunidade em congruência com a literatura mundial revela também uma prevalência no gênero masculino com relação ao feminino. Na nossa comunidade, pacientes que convivem com uma PA menor ou igual a 140/90 mmHg, revelam baixos níveis de controle da PA (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Houve casos segundo relato das agentes comunitárias de saúde que assumiram a equipe antes de mim que houve casos de DCV (AVC e IAM) que ora evoluíram para óbito ou seqüelas, embora essas taxas incidiram em menor proporção que na tendência da população mundial segundo referências da literatura tradicional (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Verificaram-se desde o início, dificuldades de adesão a prescrições e posologias farmacológicas complexas. Apesar de nossos esforços ainda existe pouco conhecimento sobre a doença, apesar deste último esteja sendo aprimorado. Não reconheço insatisfação com o serviço de saúde, no que se refere a dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso anti-hipertensivo. Dos 355 casos de hipertensão apenas 215 aderiram ao nosso programa.

As medidas não farmacológicas, assim como as principais recomendações para prevenção primária da HAS foram realizadas nas reuniões mensais e geridos assuntos como a alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. O tratamento não medicamentoso consiste em seguir as seguintes

orientações que estarão aprofundadas no texto das Diretrizes de Hipertensão Arterial (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).

Implantamos a caminhada semanal da comunidade hipertensa, mas também das pessoas normotensas, mas incluídas nos fatores de risco da literatura tradicional, assim como nos prevalentes. A prática da atividade física regular exerce um importante papel terapêutico na prevenção e controle da HAS. Sabe-se também que a redução do sobrepeso e obesidade e melhora da resistência insulínica associados às práticas regulares do exercício físico, exercem influência na manutenção e controle da normotensão. A terapia medicamentosa é necessária em casos graves, porém os exercícios associados às modificações dietéticas e a perda de peso devidamente orientados, minimizam essa necessidade em pacientes com HAS moderada (BIFANO, 2008)

## 6 CONCLUSÃO

Antes que nossa equipe de saúde interviesse no tratamento da HAS da população local assistida, o seu tratamento se resumia ao tratamento farmacológico anti-hipertensivo, muitas das vezes irregular, de difícil posologia, de associações bizarras o que levava à baixa adesão ao tratamento pertinente.

Assim, podemos concluir que diante do universo de hipertensos catalogados, depois de iniciado o programa houve a adesão de grande parte dos hipertensos no que se refere ao seu tratamento.

Considero ainda que parte dos hipertensos desenvolveu uma boa assiduidade nas nossas reuniões mensais, o que nos parece um resultado satisfatório. Considero ainda que nosso trabalho é dinâmico e procuraremos aperfeiçoar o que foi iniciado.

## 7 REFERÊNCIAS

- BANCO MUNDIAL Brasil novo desafio à saúde do adulto. Washington, 1991. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardio-vasculares. Controle da hipertensão arterial: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro, CDCV/NUTES, 1993. 1.
- Dosse C, Cesarino, CB, Martin JFV, Castedo MCA. Factors associated to patients' non-compliance with hypertension treatment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(2):201-6. 8.
- Guirado EA, Ribera EP, Huergo VP, Borrás JM. Knowledge and adherence to antihypertensive therapy in primary care: results of a randomized trial. *Gac Sanit*. 2011;25(1):62-7. 6.
- Gusmão JL, Ginani GF, Silva GV, Ortega KC, Mion-Junior D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. *RevBrasHipertens*. 2009;16(1):38-43. 4.
- IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2010.
- Moraes AAL, Avezum Junior A. O Impacto da Hipertensão Arterial no Mundo. In: Brandão AA, Amodeo C, Nobre F. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012. p. 11-19. Moreira JPL, Moraes JR, Luiz RR. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica autorreferida nos ambientes urbano e rural do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(1): 62-72.
- Morgado M, Rolo S, Macedo AF, Pereira L, CasteloBranco M. Predictors of uncontrolled hypertension and antihypertensive medication nonadherence. *J CardiovascDis Res*. 2010;(4):196-202. 7.
- Reiners AAO, Nogueira MS. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009;17(1):59-65. 3.
- Santa-Helena ET, Nemes MIB, Eluf-Neto J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com antihipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *CadSaude Pública*. 2010; 26(12):2389-98. 5.
- Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodrigues SM, Machado CJ, Dias CA. “Tô sentindo nada”: percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: RevSaúdeColetiva*. 2013;23(1):227-42. 2.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *ArqBrasCardiol*. 2010;95 Supl1:1-51.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *ArqBrasCardiol* 2010; 95(1Suppl 1):1-51.
- Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion-Junior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da hipertensão arterial. *ArqBrasCardiol*. 2003;81(4):43-8. 9.