

O DÉFICIT NO AUTO CUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS

Alinne Nascimento Maia¹

Milena Carla Queiroz da Silva²

RESUMO

Introdução. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica e o sucesso do tratamento depende da adesão do paciente e da participação dos profissionais de saúde, através de atividades voltadas para educação e orientações sobre o auto cuidado. **Objetivo.** Mostrar a existência de um descaso do próprio paciente com sua doença e seu auto cuidado. **Metodologia.** Trata-se de um estudo de caso, desenvolvido a partir de 12 visitas domiciliares realizadas entre 2006 e 2007 a uma família residente na área de abrangência do PSF Nossa Senhora de Fátima em Paracatu-MG, um dos requisitos da disciplina de Interação Comunitária. Foram utilizados prontuários da família citada, diários de bordo, roteiros de visita domiciliar, estetoscópio e esfigmomanômetro. **Resultados.** A mulher da família, M.A., o foco do estudo, aceitou nossas sugestões, porém não procurou segui-las, não tendo assim, mudança significativa no seu estilo de vida em relação ao auto cuidado. **Conclusão.** As atividades de autocuidado dependem de ser iniciadas e desempenhadas pessoalmente para o benefício próprio constituindo uma contribuição pessoal e contínua. A tentativa de intervenção na família não obteve sucesso, em decorrência do pouco seguimento das orientações passadas. Portanto, conclui-se que sem a participação ativa do paciente no

¹ Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu-MG.

² Professora do curso de Medicina da Faculdade Atenas, Paracatu-MG.

controle de sua pressão não se alcançarão melhoras em sua qualidade de vida, causando a patologia danos cada vez mais severos.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial. Auto cuidado. Qualidade de vida.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estado da arte

“As doenças cardiovasculares constituem um grande problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte da população adulta dos países desenvolvidos” (TRINDADE, 1998). “A hipertensão arterial ou hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia que é caracterizada por um aumento da pressão arterial, tendo diversas causas, como por exemplo a hereditariedade, a obesidade, o sedentarismo, o alcoolismo, o estresse e outras” (KUMAR & ABBAS, 2005). “A sua incidência aumenta com a idade. No Brasil, estima-se que um em cada cinco habitantes seja portador dessa patologia” (MION, 2004).

A hipertensão é uma doença crônico-degenerativa do sistema cardiovascular e o seu controle tem constituído um desafio para os profissionais de saúde, pois seu tratamento envolve a participação ativa dos hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica (LOPES *et al.*, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitidos são: 120x80mmHg, na qual a pressão arterial é tida como ótima, e 130x85mmHg sendo considerada limítrofe. Valores pressóricos superiores a 140x90mmHg, são considerados de Hipertensão, já conforme a IV Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial da Sociedade Brasileira de Cardiologia, compreende em estágios: 1 (leve - 140x90mmHg e 159x99mmHg), 2 (moderada - 160x100mmHg e 179x109mmHg) e 3 (grave - acima de 180x110mmHg). (MION, 2004).

Na teoria do autocuidado, há a descrição da possibilidade de prevenção dos diversos fatores de risco para doenças como a própria HAS através de ações diversas de saúde, as quais são atividades executadas por indivíduos, os quais são orientados pelos profissionais de saúde em seu próprio benefício para manutenção da vida, saúde e bem estar, nessa teoria os pacientes julgam se a ação de autocuidado é benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as orientações internas e/ou externas, que, por sua vez, são moldadas pela cultura em que os indivíduos vivem (CADE, 2001).

“O postulado da Teoria do Déficit de Autocuidado é a incapacidade da pessoa em cuidar dela própria para atingir saúde e/ou bem-estar, e esse déficit ocorre quando há um desequilíbrio entre a capacidade para o autocuidado e a demanda terapêutica de autocuidado” (HARTWEG, 1991).

Os déficits de autocuidado identificados nos portadores de hipertensão estão relacionados à alimentação, ingestão hídrica, ao sono e repouso, à atividade física, à atividade profissional e ao uso de medicação. Assim sendo, o autocuidado deve ser convertido em medidas educativas junto aos pacientes como aconselhamento para

redução de peso corpóreo, redução de sódio, realização de atividade física, dentre outras (BASTOS & BORENSTEIN, 2004).

“É reforçado que quanto maior o conhecimento da pessoa sobre sua situação, maior é a chance de sucesso no tratamento e que isso se reflete diretamente em um comprometimento efetivo rumo ao autocuidado e mudanças para uma melhor qualidade de vida”. (JARDIM, 2001).

Os pacientes de hipertensão passam por períodos de instabilidade e de auto depreciação, no qual o processo de adaptação é lento, longo, e gradual, dependendo do tipo de doença, do grau de incapacidade e da personalidade de cada um, pois a pessoa trava internamente uma luta consigo mesma, para aceitar ou negar o diagnóstico, o que implicará em enfrentamento, fuga ou morte. Cada pessoa utiliza determinados mecanismos que ajudam na adaptação da doença (CASTRO E CAR, 2000).

1.2 Contextualização

M. A. F., 55 anos, sexo feminino, é o foco do estudo. Ela vive em uma casa alugada com mais duas pessoas (esposo e filha adotiva) no bairro Nossa Senhora de Fátima em Paracatu-MG. A residência é feita em madeira, telha de amianto, chão de cimento batido e possui apenas três cômodos, sendo uma sala, uma cozinha e mais um banheiro. Possui saneamento básico e energia elétrica. A residência da família está sempre com o chão sujo, a pia e o fogão, cheios de panelas sujas.

A alimentação é qualitativamente e quantitativamente desequilibrada. Os hábitos higiênicos são precários, tanto em relação à casa quanto aos moradores. Não há pratica de exercício físico e nem meios de lazer. Sem vaidade nenhuma com ela mesma e nem com a filha deficiente, M. A., não se preocupa com vestuário e com o zelo da filha, que por ser deficiente não tem condições de se cuidar sozinha, estando sempre descalço, com os cabelos

sem pentear e sem escovar os dentes. A relação entre mãe e filha é boa, porém entre marido e mulher é conflituosa.

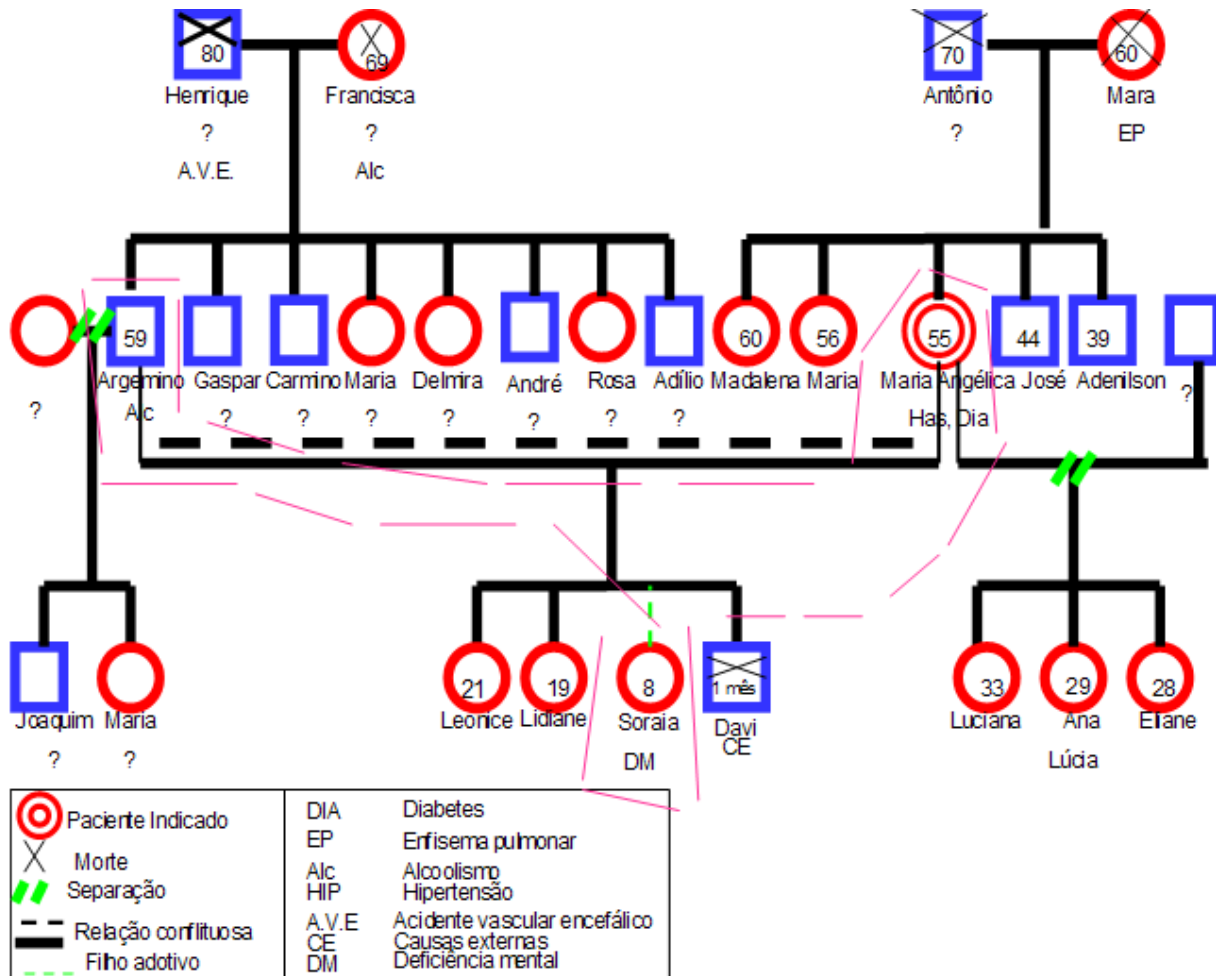
Os hábitos construtivos estão ausentes entre os moradores. M. A. possui diabetes, hipertensão e às vezes problemas asmáticos. Dentre outros problemas encontrados na família estão a carência de vestuários e o alcoolismo do marido A., 60 anos. Todos na casa vivem com a pensão da filha deficiente.

M. A., 55 anos, de pai e mãe falecidos, de nomes M. M. F., sexo feminino, e A. R. F. S., sexo masculino, 60 e 70 anos respectivamente. De irmãos, M.M., sexo feminino, 60 anos, M. O., sexo feminino, 54 anos, J. A, sexo masculino, 44 anos e J. A., sexo masculino, 39 anos. Seu marido A. P. S., sexo masculino, 59 anos, alcoólatra, é filho de H. F. S., sexo masculino, 80, e F. S., sexo feminino, 69, ambos falecidos. De irmãos G, sexo masculino, C, sexo masculino, A, sexo masculino, A, sexo masculino, M, sexo feminino, D, sexo feminino, e R, sexo feminino. A idade dos cunhados M. A. não se recorda.

M.A. e A. tiveram três filhos: L., sexo feminino, 21 anos, L., sexo feminino, 19 anos, D., sexo masculino, falecido com um mês e quatro dias e a filha adotiva S., sexo feminino, 8 anos, a qual é deficiente mental, necessitando portanto de uma atenção redobrada de M. A.

M. A. ainda teve três filhas fora do casamento: L, 33 anos, A. L., 29 anos, E., 28 anos.

A. também teve: J., sexo masculino e M. da P., sexo feminino. A relação entre A. e M. A. não é muito próxima, pois ele já tentou abusar sexualmente de L. Eis a seguir o genograma da família.



1.3 Justificativa

A justificativa para o estudo surgiu em decorrência das visitas domiciliares praticadas a essa família cadastrada no PSF Nossa Senhora de Fátima, em resultado de uma minuciosa observação das condições de vida. Visto que é um estudo de grande relevância, pois mostra a realidade de inúmeros brasileiros que não tem o devido autocuidado e por isso muitas vezes agravam seus problemas de saúde, como obesidade, hipertensão, entre outros, deteriorando a qualidade de vida.

As visitas domiciliares praticadas por alunos do curso de medicina constituem campo essencial para o incentivo da prática ao autocuidado e por meio delas, com simples mudanças

nos hábitos alimentares e de medicamentos, pode-se auxiliar a pessoa no alcance do autocuidado satisfatório à sua condição de vida, já que a prática deste deve ser individualizada, ou seja, posta de maneira que seja provável de êxito levando sempre em conta as condições financeiras, de moradia, até mesmo cognitivas para que haja absorção das orientações feitas.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo Geral

Mostrar a existência de um descaso do próprio paciente com sua doença, pois não é necessário apenas um esforço dos profissionais da saúde e incentivo ao auto tratamento e cuidado, mas também a vontade própria de mudança nos pacientes hipertensos, para que haja futuramente a estabilização do caso, evitando para si danos posteriores.

1.4.2 Objetivos específicos

Descrever o estilo de vida de uma paciente portadora de hipertensão, que possui um déficit em seu auto cuidado, gerando assim complicações no tratamento médico de sua patologia.

2 METODOLOGIA

2.1 Tipo de estudo

O trabalho é um estudo de caso, pois está baseado em analisar e identificar os problemas de uma questão social e pessoal, que se justifica ao deparar-se com uma intervenção ainda em curso.

2.2 Área de estudo

A área de estudo é a área de abrangência do PSF Nossa Senhora de Fátima em Paracatu-MG. A residência não é própria, feita em madeira, telha de amianto, chão de cimento batido e possui três cômodos, sendo uma sala, uma cozinha e um banheiro, saneamento básico e energia elétrica. Os cuidados em higiene são precários, tanto pessoais quanto da casa em que moram.

2.3 Coleta de dados

A coleta dos dados foi feita durante as visitas domiciliares a uma família no decorrer do curso de Interação Comunitária I a IV, com o uso de entrevistas voltadas para o entendimento de como esta funcionava, com a grande finalidade de intervir. Foram feitas 12 visitas, nas respectivas datas 17/03/06, 31/03/06, 02/06/06, 23/06/06, 11/08/2006, 24/11/06, 01/03/07, 10/05/07, 16/06/2007, 27/08/07, 20/09/07, 25/10/07, sendo então todas realizadas durante o período que vai do 1º semestre do ano de 2006 ao 2º semestre do ano de 2007.

2.4 População de estudo

A população de estudo é uma família de três componentes moradores do bairro Nossa senhora de Fátima, na qual a mulher é portadora de hipertensão, a filha é deficiente mental e o marido é alcoólatra.

2.5 Amostra e Amostragem

O tipo de estudo não possui qualquer amostragem.

2.6 Critério de seleção de sujeitos

A indicação das famílias foi feita por agentes comunitários de saúde que designaram diversas famílias da área de abrangência do PSF Nossa Senhora de Fátima aos alunos de medicina da Faculdade Atenas para que eles as acompanhassem e pudessem intervir sobre elas.

2.7 Instrumentos e Técnicas utilizadas

Nas famílias foi usada a metodologia do arco de Maguerez, onde primeiramente vivenciamos os problemas da família, selecionamos os pontos-chaves, depois fizemos a teorização do principal problema, elaborando as hipóteses de solução, para que por fim pudéssemos voltar a realidade da família e intervir no problema a fim de resolvê-lo, chegando a um final onde passaríamos para o próximo problema e assim por diante, até que todos os problemas da família fossem resolvidos. Para a completa observação desta família e posterior coleta de problemas foram feitas visitas quinzenais no período que vai de maio de 2006 a novembro de 2007. Os instrumentos utilizados foram os prontuários da família citada que encontravam-se no PSF Nossa Senhora de Fátima, diários de bordo, roteiros de visita domiciliar entregue pelo professor da disciplina com um questionário para coleta dos dados (identificação, aspectos socioeconômicos, antecedentes sociais e familiares relacionados à doença, hábitos de vida, historia sanitária da família, doenças que tiveram na infância, como é a higiene pessoal e do lar, medicina preventiva e perguntas sobre o medico local), utilizados

durante o período das disciplinas de Interação Comunitária. Os acadêmicos utilizaram vestimenta adequada (no caso jaleco), crachá de identificação junto ao nome da faculdade Atenas para facilitar a adesão na visita, estetoscópio e esfigmomanômetro para a aferição da pressão arterial de M.A., durante as visitas domiciliares, após decorrer um tempo de nossa chegada evitando fatores que pudessem influenciar em sua correta pressão, como pratica de exercícios físicos minutos antes, ansiedade, entre outros.

2.8 Análise dos dados e tratamento estatístico

Neste trabalho por ser um estudo de caso não houve trabalho estatístico com os dados colhidos.

3 RESULTADOS

3.1 Descrição:

Durante essas 12 visitas praticadas a esta família, estabelecemos um vínculo forte com a mesma sem maiores dificuldades, pois os integrantes desta família, principalmente M.A., sempre foram receptivos, dispostos a responder nossas perguntas e a ouvir nossos conselhos. Através da construção do genograma da família e da observação da realidade, notamos uma família onde a baixa renda, o analfabetismo, a falta de auto cuidado de M.A., o qual envolve alimentação desequilibrada, falta da prática de exercício físico, falta de lazer, e controle do uso da medicação, eram fatores que interferiam diretamente sobre a qualidade de vida. Partindo disso, foram trabalhadas algumas prioridades como a informação, para que se fossem feitas orientações e estímulo ao autocuidado.

Durante as visitas aferimos a pressão arterial anotando os resultados, tal aferição era feita após algum tempo que já estávamos na casa para que o fato de nossa chegada não alterasse os resultados. Enquanto isso averiguávamos as condições da casa e de seus moradores, conversávamos com Sr. A., quando este se encontrava, pois muitas vezes estava ausente. Ao notarmos sua acalmia fazíamos a aferição da pressão e anotação dos resultados, que normalmente eram alterados, aconselhávamos sua ida ao médico, adesão ao tratamento, prática de exercícios físicos, lazer, dieta alimentar, explicávamos a importância da medicação e a fisiopatologia da doença. Porém ao fazer novas visitas e novas aferições a irregularidade permanecia, e as condições precárias de auto cuidado também. Chegamos a fazer um acordo

com a paciente de ir ao PSF uma vez por semana para aferir sua pressão e fazer seu controle, no entanto M.A. optou por seguir este acordo pouquíssimas vezes.

3.2 Tabelas e quadros

Data da visita	Número da visita	Pressão arterial em mmHg
17/03/2006	1ª Visita	180 X 120
31/03/06	2ª visita	140 X 100
02/06/06	3ª visita	140 X 130
23/06/06	4ª visita	160 X 140
11/08/06	5ª visita	160 X 120
24/11/06	6ª visita	140 X 120
01/03/07	7ª visita	200 X 120
10/05/07	8ª visita	140 X 100
16/06/07	9ª visita	180 X 130
27/08/07	10ª visita	180 X 110
20/09/07	11ª visita	220 X 150
25/10/07	12ª visita	180 X 140

3.3 Gráficos

Não foi realizado nenhum tipo de gráfico com relação ao estudo do artigo.

3.4 Mapas

Não foi montado nenhum mapa.

4 DISCUSSÃO

4.1 Interpretação dos resultados

No período de acompanhamento que ocorreu desde 2006 até o fim de 2007, M.A., o alvo desse estudo, pode obter poucas melhoras em seu estado de saúde, mostrando que as intervenções não foram alcançadas totalmente. Durante este período conversamos bastante a respeito da doença com a M.A. para que ela pudesse se conscientizar e assim ter um maior estímulo para cuidar de sua saúde e seguir nossas orientações adequadamente, porém com a não participação ativa da paciente nem todos os objetivos foram alcançados.

A Sra. M. A. teve um problema de evolução gradativa durante o nosso acompanhamento, pois a média dos resultados de pressão arterial medida por nos variou gradativamente, devido a uma oscilação no descuido ao tratamento por parte da mesma e ao não seguimento constante das informações passadas pela equipe. Ao iniciarmos as visitas sua pressão estava em alta 180 X 120 mmHg, após nossos primeiros conselhos houve uma queda significativa e com o passar do tempo as medidas voltaram a aumentar, devido a um novo desleixo por parte da paciente. Em nossa 7ª visita verificamos sua pressão muito aumentada, 200 X 120 mmHg então recomendamos que fosse ao médico do PSF para que este averiguasse a dosagem de sua medicação, devido a ter seguido nosso conselho na visita seguinte a aferição nos deu valores bem mais baixos de 140 X 100 mmHg. Contudo os resultados finais não nos mostra nenhuma mudança significativa no estilo de vida da paciente com relação ao auto cuidado com a saúde, pois esta apenas se apegava a seguir instruções quando a patologia interferia em suas atividades.

4.2 Comparação com outros estudos

O déficit de autocuidado (AC) refere-se principalmente ao desconhecimento e a não adesão às formas de tratamento, sendo que a participação familiar é importante para auxiliar na solução desta dificuldade (DUPAS, 1994).

O processo do AC objetiva possibilitar os indivíduos, famílias e comunidades, a tomar iniciativas e assumir responsabilidades, bem como empenhar na busca de seu próprio caminho, e da melhoria da qualidade de vida, saúde e bem-estar. O objetivo primordial do AC é atingir a saúde. Este, quando adequadamente praticado, contribui para a integridade estrutural, funcionamento e desenvolvimento do ser humano (CAMPEDELLI, 1989).

A teoria do autocuidado enfoca a competência para desenvolver a capacidade de aprender, de realizar ações e a capacidade mental para se auto direcionar no seu ambiente, permitindo ao portador de hipertensão realizar ações voltadas ao seu autocuidado (BASTOS & BORENSTEIN, 2004).

De acordo com dados do Ministério da Saúde a hipertensão afeta em torno de 11 a 20% da população adulta brasileira com mais de 20 anos e se caracteriza como a principal causa de morbimortalidade (BRASIL, 2002).

Dos indivíduos acometidos por acidente vascular encefálico 85% são hipertensos e das vítimas de infarto agudo do miocárdio, 40% apresentam hipertensão arterial associada (BASTOS E BORENSTEIN, 2004).

4.3 Dificuldades e limitações

Houve dificuldade de diálogo com a paciente devido as diferenças intelectuais e de assimilação das informações recebidas. Ainda os aspectos sociais e as crenças de saúde da paciente interferem no conhecimento que esta tem sobre a doença hipertensiva e importância da prática do auto cuidado. Faltava muito estímulo por parte dos familiares e até mesmo força de vontade da Sra. M. A. para mudar.

5 CONCLUSÃO

5.1 Síntese dos principais resultados

Conforme dados apresentados obtidos com a família e o estudo em foco, a Sra. M.A. é acometida por hipertensão arterial, sendo uma doença crônico-degenerativa do sistema cardiovascular e seu controle envolve a participação ativa do hipertensos no sentido de modificar alguns comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e assimilar outros que beneficiem sua condição clínica.

O estudo foi feito desde a escolha das famílias até a tentativa de intervenção na mesma, a qual foi realizada sem sucesso, pois as informações absorvidas pela paciente eram aceitas apenas por alguns momentos, sendo seguida da não realização do auto cuidado necessário. Tal fato leva a falta de controle da hipertensão causando cada vez mais danos à sua saúde.

Portanto, esforços devem ser reunidos no sentido de aperfeiçoar os recursos e estratégias, com a cooperação do hipertenso e a manutenção da qualidade de vida, objetivando diminuir ou evitar essa problemática tão freqüente.

5.2 Sugestão de novas pesquisas

Sugiro pesquisas sobre a importância dada pelos profissionais da saúde ao estímulo ao auto cuidado, fazendo uma pesquisa de campo com os funcionários dos PSFs de Paracatu-MG.

5.3 Proposição e recomendação de intervenção

Recomendamos a pesar das dificuldades sociais e financeiras da família uma mudança dos hábitos de vida. Para isso seria necessário o apoio de toda a equipe interdisciplinar do PSF, abrangendo médicos com tratamento medicamentoso, enfermeiros com acompanhamentos, Agentes Comunitário de Saúde com fiscalizações em domicílios e Psicólogos para incentivar a mudança completa do estilo de vida.

RECONHECIMENTOS OU AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu pai, Belchior Maia, por todas as vezes que abriste mão das tuas vontades para realizar meus caprichos, por ter me ensinado a sua honestidade, por estar tão presente em minha vida e por ser minha luz nas horas das minhas dúvidas. Agradeço a minha mãe, Mariza Maia, por seu otimismo, pela confiança depositada em mim, por ter me ensinado a me importar com as pessoas, a perceber seus sentimentos e compreender seus problemas.

Agradeço a Deus por ser um bom pai pra mim, por me propiciar a realização do sonho de fazer medicina, por me proporcionar o alcance dos meus objetivos e por todas as coisas boas da vida.

Agradeço ao professor Helvécio Bueno por ter contribuído efetivamente com meu aprendizado e também a tutora de Interação Comunitária Roberta Rabello.

THE DEFICIT IN SELF CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS

ABSTRACT

Introduction. The hypertension is a chronic disease and successful treatment depends on the patient's adherence and participation of health professionals, through activities aimed at education and directions on the self care.

Objective. Show that there is a neglect of the patient with his illness and his self care.**Methodology.** This is a case study, developed from 12 home visits conducted between 2006 and 2007 to a family resident in the area of coverage of PSF Our Lady of Fatima in Paracatu-MG, one of the requirements of discipline, Community Interaction. We used records of the family said, logbooks, roadmaps of home visits, stethoscope and sphygmomanometer.

Results. The woman's family, MA, the focus of the study, accepted our suggestions but did not seek follow them and thus did not, significant change in their lifestyle in relação to self care.**Conclusion.** The activities of self depend to be initiated and carried out personally for the benefit itself constitutes a personal contribution and continuous. The attempt to intervene in the family not succeeded, due to little follow the guidelines issued. So it appears that without the active participation of the patient in control of their pressure did not achieve improvements in their quality of life, causing a condition increasingly severe damage.

Keywords: Hypertension. Self care. Quality of life.

REFERÊNCIAS

BASTOS, Danira Schweigett; BORENSTEIN, Miriam Susskind. Identificando os déficits de autocuidado de clientes hipertensos de um centro municipal de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 92-99, jan./mar. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes e hipertensão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

CADE, Nágela Valadão. A teoria do deficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensos **Rev. Latino-Am. Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 June 2008.

CAMPEDELLI, Maria Coeli (Org.). **Processo de Enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989. p. 31-50.

DUPAS, G. Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paulista Enfermagem**. v. 7, n. 1, p. 19-26,1994.

FORTES, Allyne Nóbrega; LOPES, Marcos Venícios de Oliveira. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 1, p. 26-35, jan./mar. 2004.

HARTWEG, DL. Dorothea Orem. **Self-care deficit theory**. California: Sage; 1991.

JARDIM, Paulo César B. Veiga. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: modelos de estudo. In: NOBRE, Fernando; PIERIN, Angela M.G.; MION JR. Décio. **Adesão ao tratamento: o grande desafio da hipertensão**. São Paulo: Lemos Editorial, p.57-68, 2001.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; FAUSTO, Nelson. **Robbins e Cotram as Bases patológicas das doenças**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LOPES, Mislaine Casagrande de Lima *et al.* O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Revista eletrônica de enfermagem**. v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>>. Acesso em 02 jul. 2008.

MION Jr. D, Gomes MAM, Nobre F, Amodeo C, Kohlmann Jr. O, Praxedes JN, et al. IV diretrizes brasileiras de hipertensão arterial. *Arq Bras Cardiol* 2004; 82 Suppl 4:7-14

TRINDADE, Ibsen S. et al . Prevalência da hipertensão arterial sistêmica na população urbana de Passo Fundo (RS). **Arq. Bras. Cardiol.** , São Paulo, v. 71, n. 2, 1998 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X1998000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Junho 2008