

ARTIGO DE REVISÃO

Atenção primária e os desafios à promoção da qualidade de vida de hipertensos

Primary attention and challenges to improving the quality of life of hypertensive

Caroline Brand¹, Laísa Xavier Schuh¹, Anelise Reis Gaya¹

¹Universidade de Santa Cruz do Sul (Unisc), Santa Cruz do Sul, RS, Brasil.

Recebido em: setembro 2013 / Aceito em: janeiro 2013

carolbrand@hotmail.com.br

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, de natureza multifatorial que afeta diretamente a qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, O Ministério da Saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial sistêmica. **Objetivo:** abordar, a partir da literatura, a atuação da atenção básica, na prevenção e tratamento da Hipertensão arterial sistêmica - HAS e sua relação com fatores de risco e a qualidade de vida. **Método:** consistiu de pesquisas na literatura, a localização das fontes ocorreu em biblioteca convencional e em sistemas de busca na internet, como LILACS e SciELO. Foram definidas as seguintes palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, unidade básica de saúde, qualidade de vida. **Resultados e considerações finais:** os estudos acessados, indicam que a hipertensão arterial sistêmica é causada por inúmeros fatores genéticos, obesidade e aspectos do estilo de vida como: dieta inadequada, sedentarismo, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica. Destacando-se que a população necessita ampliar seu conhecimento a esse respeito e a intermediação neste processo deve ser feita predominantemente pela educação em saúde. Ressalta-se ainda que o Ministério da Saúde tem promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, sendo essas fundamentais para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Contudo, tais questões não são efetivamente postas em ação, existindo a necessidade de estabelecer na atenção básica um atendimento integral do paciente hipertenso, que leve em

conta os diferentes aspectos de sua saúde.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica; Fatores de Risco; Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

The systemic hypertension is a chronic disease, from multifactorial nature that affects the quality of life of patients. In this context, the Ministry of Health has recommended and promoted actions in multidisciplinary primary health care, such as combating systemic hypertension. Objective: approach, from literature, role of primary care in the prevention and treatment of systemic hypertension and its relation to risk factors and quality of life. Method: consisted of literature searches, the location of the sources occurred in conventional library systems and web search, as LILACS and SciELO. It was defined the following keywords: systemic hypertension, risk factors, basic health unit, quality of life. Results and final considerations: The accessed Studies indicate that systemic hypertension is caused by innumerable factors; obesity and aspects of life style like: inadequate diet, sedentary, smoking and ingest of alcohol drink. Standing out that the Ministry of Health has promoted multidisciplinary actions in primary health care, these being fundamental to improving the quality of life of patients. However, such issues are not effectively put into action, there is a need to establish in primary comprehensive care of the hypertensive patient, taking into account the different aspects of his health.

Keywords: Hypertension; Risk Factors; Basic Health Unit.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial associada a alterações metabólicas e funcionais/estruturais dos órgãos-alvos (coração, rins e vasos sanguíneos), caracterizada pela manutenção do nível pressórico sistólico ≥ 140 mmHg e/ou do nível pressórico diastólico ≥ 90 mmHg.¹ Essa patologia é considerada um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil, em virtude de sua alta prevalência, baixos índices de controle e detecção tardia.² Além disso, representa um dos principais fatores de risco, para as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.³

Essa doença é caracterizada por ser multifatorial e resulta da interação de diferentes fatores comportamentais, como dieta inadequada, ingestão excessiva de bebida alcoólica, baixo nível de atividade física, além de determinantes sociais, como urbanização, renda e envelhecimento.⁴ Portanto, cabe destacar que modificações no estilo de vida, incluindo aumento nos níveis de atividade física, vem sendo recomendadas pelas diretrizes nacionais e internacionais para a prevenção e tratamento da HAS.^{5,6}

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão,¹ existem dois tipos de HAS, a hipertensão idiopática, também conhecida como primária ou essencial, que está presente em 95% dos pacientes e resulta da interação entre fatores genéticos e de estilo de vida e a hipertensão secundária, com prevalência de 3 a 5% que está relacionada a disfunções renais, renovasculares e adrenais.⁷ Existe ainda, a hipertensão maligna que é uma forma fulminante da doença, podendo se desenvolver nos dois tipos.⁸

Ressalta-se ainda, que a prevalência de casos de HAS é elevada no estado do Rio Grande do Sul, havendo especulação de que cerca de 30% da população adulta seja acometida,⁹ assim como no restante do país, cujos inquéritos populacionais, realizados nos últimos 20 anos, também apontam para uma prevalência acima de 30%.^{10,11}

Dessa forma, torna-se clara a importância de investir em políticas de promoção e proteção à saúde. Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária, como combate à HAS, por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), considerando que dos mais de 15 milhões de brasileiros hipertensos, aproximadamente 12 milhões são usuários do Sistema Único de Saúde, ainda assim mais de 1/3 desconhecem a patologia e menos de 1/3 dos hipertensos com diagnóstico exibem níveis adequados de pressão arterial com tratamento proposto.^{12,1}

Portanto, o tratamento e a prevenção dessa patologia devem ser focados em diversos aspectos, que vão desde às terapias medicamentosas até modificações no estilo de vida, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida daqueles que convivem com a doença, já que estudos indicam que esses pacientes apresentam pior qualidade de vida, quando comparados com a população em geral.^{13,14}

Dessa forma, o presente estudo buscou como objetivo abordar a atuação da atenção básica na prevenção e tratamento da HAS e sua relação com fatores de risco e a qualidade de vida.

MÉTODO

A metodologia adotada consistiu de pesquisas na literatura; a localização das fontes ocorreu em biblioteca

convencional e em sistemas de busca na internet, como Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de junho a agosto de 2013. Foram definidas as seguintes palavras-chave: hipertensão arterial sistêmica, fatores de risco, qualidade de vida e unidade básica de saúde. As obras pesquisadas foram de 2000 a 2013.

Hipertensão arterial sistêmica e fatores de risco

A hipertensão arterial é uma síndrome multifatorial, multicausal e multisistêmica. Cerca de 10% da população adulta tem sua expectativa de vida diminuída devido à hipertensão. Estudos mostram que existem alguns fatores, considerados como fatores de risco, associados entre si e a outras condições, que favorecem a manifestação da HAS, sendo eles o estilo de vida inadequado, idade, sexo, raça, sedentarismo, estresse, tabagismo, alcoolismo e obesidade.^{3,15}

A hipertensão primária não tem cura, porém o tratamento adequado previne as suas complicações. Deve ser estimulada, em todos os pacientes hipertensos, durante toda a vida, a mudança no estilo de vida. Há eficácia comprovada dos hábitos saudáveis na queda de valores pressóricos e na diminuição do risco para eventos cardiovasculares.¹⁶

Vários trabalhos ponderam a idade, como fator de risco importante que colabora para o aparecimento da HAS, devido às alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos em decorrência do processo de envelhecimento.¹⁵ A hipertensão ocorre com maior constância no sexo masculino, porém, devido às mudanças de hábitos das mulheres, essa frequência tem diminuído. Mulheres com mais de 30 anos, que fumam e fazem uso de anticoncepcional, são as mais atingidas. No homem, ela aparece depois dos 30 anos e na mulher, após a menopausa. Em ambos os sexos, a hipertensão cresce com o aumento da idade, sendo que os jovens do sexo masculino têm sua pressão arterial mais elevada que as mulheres, porém após a meia idade este quadro se reverte.¹⁵ As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão¹⁷ consideram que os homens são mais afetados pela doença até os 50 anos de idade e as mulheres, ao não mais produzirem hormônios femininos, que são fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta, a partir da sexta década de vida.¹⁸

Em relação à raça, a etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, principalmente, na faixa etária entre os 35 e 44 anos.¹⁵ Os negros têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão, além de terem mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e as patologias associadas. Contudo, deve-se ponderar a miscigenação da população brasileira, que dificulta a classificação genérica da mesma.¹⁸

É importante o papel da atividade física na redução da HAS, redução da obesidade e da morbimortalidade cardiovascular.¹⁵ Vários são os mecanismos envolvidos no treinamento hipotensor da atividade física, o que torna mais evidente, a partir da décima semana de treinamento com rendimentos subsequentes.¹⁹

Fatores psicossociais, econômicos, educacionais e o estresse emocional colaboram com o desencadeamen-

to e a manutenção da hipertensão e podem funcionar como barreiras para a adesão ao tratamento e mudança de hábitos.²⁰ Mecanismos mal adaptados como manter a raiva reprimida, contribuem para elevação da pressão sanguínea diastólica, sendo que técnicas de relaxamento podem favorecer para redução dos efeitos estressantes.¹⁵

O tabagismo aumenta o risco de complicações cardiovasculares em pacientes portadores de hipertensão arterial.¹⁶ A nicotina, prejudicial ao organismo, promove a liberação de catecolaminas, o que aumenta a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica.¹⁵ Outro fator que contribui para o agravamento da patologia é o álcool. O aumento das porcentagens de álcool no sangue eleva a pressão arterial lenta e progressivamente, na proporção de 2 mmHg para cada 30 ml de álcool etílico ingeridos diariamente. A diminuição da ingestão de bebida alcoólica pode diminuir a pressão arterial sistólica em 2 a 4 mmHg.^{15,16} Hipertensos com excesso de peso devem emagrecer. O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre pessoas fisicamente ativas, o aumento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A perda de 10 kg pode diminuir a pressão arterial sistólica em 5 a 20 mmHg, sendo o tratamento não-medicamentoso de melhor resultado.^{17,16}

A promoção da saúde adequada para os indivíduos, principalmente os mais vulneráveis à HAS, focada para prevenção e o tratamento da hipertensão arterial, apresenta resultados clínicos importantes, podendo reduzir ou até mesmo extinguir a necessidade de medicamentos anti-hipertensivos, evitando, assim, efeitos do tratamento farmacológico e reduzindo os custos para as instituições de saúde e para o paciente. A população necessita ampliar o conhecimento sobre os fatores de risco da hipertensão e a intermediação neste processo deve ser feita predominantemente pela educação em saúde, por sua capacidade de transformar indivíduos, tornando-os mais autônomos para tomar as suas decisões sobre o próprio corpo.^{3,16}

Hipertensão arterial sistêmica e qualidade de vida

Nos últimos anos, a discussão sobre qualidade de vida vem ganhando relevância, considerando, principalmente, que a sobrevida dos pacientes com doenças crônicas vem aumentando.⁶ Este é um conceito amplo, subjetivo e polissêmico, que tem motivado diversos estudos na área da saúde, nesse contexto está inserido a concepção da qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), que engloba questões como, percepção da saúde, funções sociais, psicológicas e físicas assim como os dados a elas relacionados.²¹

Dessa forma, está crescendo o interesse em avaliar a qualidade de vida em pacientes com hipertensão, já que esta condição é um fator de risco para doença cardiovascular e, portanto, tem um impacto significativo sobre dimensões físicas, sociais e mentais do paciente, determinando o seu bem estar.²² Entretanto, ainda existe um grande desafio que consiste em conhecer o impacto da doença e de seu tratamento sobre a qualidade de vida dos pacientes.

Sabe-se que a necessidade da mudança no estilo de vida e os efeitos colaterais do tratamento medicamentoso influenciam, de maneira negativa, a qualidade de vida dos pacientes hipertensos, diminuindo assim sua aderência ao tratamento.¹ Portanto, investigar a qualidade de vida

e intervir nos problemas detectados pode aumentar o número de pacientes que buscam tratamento e consequentemente atingir uma melhora nos níveis de pressão arterial dessa população.^{13,22} Diversos estudos vem surgindo nessa perspectiva e os resultados apontam que os indivíduos hipertensos, quando comparados à população em geral, normalmente reportam pontuações mais baixas na maioria das dimensões que compõem o questionário SF(36) que avalia a qualidade de vida, como por exemplo nos domínios capacidade física e vitalidade.^{13,14} Estudo que utilizou o mesmo instrumento, comparou a qualidade de vida de indivíduos hipertensos com a população em geral e demonstrou que os indivíduos portadores dessa patologia apresentam pior qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS).²² Ainda, de acordo como o mesmo autor, os hipertensos do sexo masculino, os mais jovens, aqueles com maior renda e escolaridade e que tinham companhia apresentaram melhor QVRS, demonstrando assim, que algumas variáveis exercem influência sobre esse aspecto.

Nesse sentido, foi constatado que nos hipertensos alguns fatores podem causar maior impacto na QVRS, como presença de comorbidades, danos em órgão alvo, excesso de peso e idade avançada.^{13,14,23} Além disso, vários estudos indicam que o controle da pressão arterial é preditor de melhor qualidade e vida, demonstrando que esse parâmetro é influenciado pela hipertensão.^{13,24,23} Por outro lado, o estudo de Banegas²⁵ demonstrou que o diagnóstico de hipertensão e o tratamento medicamentoso não estão relacionados com a QVRS da população idosa. Ainda assim, o mesmo estudo indicou que a consciência da doença pode ser um indicador de menor QVRS, especialmente entre as mulheres.

De acordo com os dados apresentados, ressalta-se que o controle da pressão arterial é um preditor fundamental para a manutenção ou melhora da qualidade de vida. Dentro dessa perspectiva, cabe ressaltar o papel do exercício físico através do estudo de Martin et al.,²⁶ que explorou o efeito da atividade física na qualidade de vida e indicaram que as melhoras, nos aspectos físicos e mentais, eram maiores nos indivíduos fisicamente ativos do que nos sedentários. Outro estudo recente realizado com indivíduos hipertensos corrobora com esses achados, indicando que o treinamento com exercícios físicos pode substituir a terapia farmacológica e melhorar a percepção da qualidade de vida.²⁷

De acordo com os resultados encontrados na literatura, pode-se confirmar que a prática de exercícios físicos regulares e orientados, melhora a qualidade de vida dos indivíduos em geral, assim como em indivíduos com HAS. Considerando esses aspectos, os profissionais de saúde devem dar maior atenção à QV dos pacientes hipertensos, já que a avaliação dos fatores a ela relacionados fornece subsídios para a elaboração de estratégias de prevenção e tratamentos eficazes, sendo a prática de exercícios físicos de extrema relevância nesse contexto. Deve ser levado em conta ainda, que essa patologia representa um grave problema de saúde pública, em virtude de sua alta prevalência e baixa aderência ao tratamento, sendo seu controle de extrema importância.

A importância da atenção primária para o tratamento e prevenção da hipertensão

Uma das preocupações da assistência à saúde, em

nível mundial e no contexto atual do capitalismo, são as doenças crônicas não transmissíveis.²⁸ O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse toar insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia de Saúde Familiar (ESF), uma estratégia criada pelo Governo Federal, em 1994, para implementar a atenção básica e contribuir para a qualidade de vida da população.^{29,30}

A atenção primária é fundamental para que os cuidados em saúde alcancem grande parte da população; considerada como a “porta de entrada” de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde e fundamental para organização da referência e contra referência para os diferentes níveis do sistema.²⁹ As equipes atuantes são compostas por profissional médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, profissionais de saúde bucal e cirurgião-dentista. Cada equipe de saúde é capacitada para identificar a realidade das famílias, pelas quais é responsável e, juntamente com a comunidade, elaborarem um plano que vise enfrentar os principais fatores categóricos no processo saúde/doença.³¹ Esse modelo remete à importância da integralidade, isto é, ao atendimento das necessidades, que vão desde a promoção da saúde da comunidade até ações de reabilitação.²⁸

A dificuldade de comunicação entre profissionais da área da saúde e hipertensos ainda é perceptível, pois, na maioria das vezes, não há um acordo entre eles sobre o tratamento, influenciando fortemente adesão dos pacientes.²⁸ A falta de aderência ao tratamento terapêutico da HAS é o principal obstáculo para o controle da patologia, principalmente, a interrupção dos medicamentos pelo paciente. As razões alegadas para suspensão do tratamento medicamentoso são a normalização da pressão arterial, desconhecimento da necessidade de continuação ao tratamento, receio de misturar com álcool, efeitos colaterais da medicação, esquecimento do uso, custo do tratamento, medo de misturar com outras drogas, intoxicação e hipotensão.¹⁹

Pode-se dizer que um dos maiores desafios para equipe de saúde pública é conscientizar seus pacientes hipertensos de que sua patologia é crônica e que, apesar da falta de sintomas, esta é um fator de risco para diferentes co-morbidades que podem afetar seu estilo de vida.³² O relacionamento entre os sujeitos, envolvidos neste processo, influencia fortemente no seguimento terapêutico e a maior adesão está relacionada com uma aproximação sistemática, culminando com a prevenção e o domínio da pressão arterial.²⁸

Dessa forma, os portadores de hipertensão arterial necessitam de um acompanhamento contínuo e cuidadoso, pois podem evoluir para complicações crônicas conseqüentes da doença, gerando transtorno à sociedade em geral, não apenas pelo aspecto financeiro do tratamento, mas principalmente pela redução da qualidade de vida e produtividade deste indivíduo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os aspectos mencionados, torna-se claro que a hipertensão arterial sistêmica é uma condição clínica causada por múltiplos fatores que afetam diretamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos pela

doença, fatores genéticos, obesidade e aspecto do estilo de vida como: dieta inadequada, sedentarismo, ingestão de bebida alcoólica e tabagismo. Sendo assim, é de extrema relevância a atuação interdisciplinar dos profissionais da área da saúde, objetivando otimizar seu tratamento e prevenção. Assim, através da atuação conjunta dos diferentes profissionais da área da saúde é possível prestar atendimento de qualidade aos pacientes hipertensos.

Contudo, na prática tais questões não são efetivamente postas em ação e a falta de comunicação entre as diferentes áreas faz com que não ocorra um acordo sobre qual o tratamento ideal para cada paciente, dificultando sua adesão à terapêutica. Dessa forma, existe a necessidade de estabelecer, na atenção básica, um atendimento integral do paciente hipertenso, que leve em conta os diferentes aspectos de sua saúde. Com isso, será possível melhorar a qualidade de vida daqueles que vivem com a doença e conscientizá-los da importância do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Hipertensão. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 95(1)1-41, 2010.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr. et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report. Hypertens 42, 1206-1252, 2003.
3. Santos ZMSA. Hipertensão arterial: um problema de saúde pública. Rev Bras Prom Saúde, 24(4), 285-286, 2011.
4. World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: Published by the World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization, 2011.
5. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook JV et al. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. J Hypertens 24(2), 215-233, 2006.
6. World Health Organization. A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Geneva: World Health Organization, 2013.
7. Fagard RH. Exercise Therapy in Hypertensive Cardiovascular Disease. Prog Cardiovasc Dis 53, 404-411, 2011.
8. Boundy J. et al. Enfermagem Médico-Cirúrgica. vol. 3. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2004. p. 508.
9. Dória EL, Lotufo PA. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. Hipertens 7(3), 86-89, 2004.
10. Cesarino CB, Claudia B, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Cardiol 91(1), 31-35, 2008.
11. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Cardiol 93(6), 672-678, 2009.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
13. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: an epidemiological study in Sweden. J Clin Epidemiol 54(2), 172-181, 2001.

14. rslantas D, Ayranci U, Unsal A, Tozun M. Prevalence of hypertension among individuals aged 50 years and over and its impact on health related quality of life in a semi-rural area of western Turkey. *Chin Med J* 121(16), 1524-1531, 2008.
15. Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de Risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev. latino-am. Enfermagem* 6(1), 33-39, 1998.
16. Lopes HF, Barreto JAS, Riccio GMG. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. *Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo* 13(1), 148-155, 2003.
17. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 95(1),1-51, 2010.
18. Machado MC, Pires CGS, Lobão WM. Concepções dos hipertensos sobre os fatores de risco para a doença. *Ciênc. Saúde Coletiva* 17(5), 2012.
19. Barroso WKS, Jardim PCBV, Vitorino PV, Bittencourt A, Miquetichuc F. Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. *Rev Assoc Med Bras* 54(4), 328-33, 2008.
20. Sociedade Brasileira de Hipertensão. In: V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. São Paulo: Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2006.
21. Gianchello AL. Health outcomes research in Hispaniccs/Latinos. *J Med Syst* 21(5), 235-254, 2000.
22. Carvalho MV, Siqueira LB, Sousa ALM, Jardim PCBV. Influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arq Bras Cardiol* 100(2), 164-174, 2013.
23. Wang R, Zhao Y, He X, Ma X, Yan X, Sun Y et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. *Public Health* 123(8), 534-539, 2009.
24. Brito DM, Araujo TL, Galvão MT, Moreira TM, Lopes MV. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública* 24(4), 933-940, 2008.
25. Banegas JR, López-García E, Graciani A, Guallar-Castillón P, Gutierrez-Fisac JL, Alonso J et al. Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 14(3), 456-462, 2007.
26. Martin CK, Church TS, Thompson AM, Earnest CP, Blair SN et al. Exercise dose and quality of life: Results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 169(3), 269-278, 2009.
27. Bundchen DC, Schenkel IC, Santos RZ, Carvalho T. Exercício físico controla pressão arterial e melhora a qualidade de vida. *Rev Bras Med Esporte* 19(2), 90-95, 2013.
28. Borges JWP, Pinheiro NMG, Souza ACC. Hipertensão comunicada e hipertensão compreendida: saberes e práticas de enfermagem em um Programa de Saúde da Família de Fortaleza, Ceará. *Ciência e Saúde Coletiva* 17 (1),179-189, 2012.
29. Ministério da Saúde, Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Brasília (DF), 2008.
30. Araújo JC, Guimarães AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública* 41(3), 368-74, 2007.
31. Figueiredo EN. A estratégia saúde da família na atenção básica do SUS. Universidade Federal de São Paulo-UNESPE, 2012.
32. Halfoun VLRC. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de saúde. *Rev APS*, 15(1): 14-20, 2012.