

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PROMOVENDO A SAÚDE AOS HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA ANTÔNIA CÂNDIDA**

**UBERABA/MINAS GERAIS**

**2011**

**LEONARDO PERES DA SILVA**

**PROMOVENDO A SAÚDE AOS HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMILIA ANTÔNIA CÂNDIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Sybelle de Souza Castro Miranzi

**UBERABA/MINAS GERAIS**

**2011**

**LEONARDO PERES DA SILVA**

**PROMOVENDO A SAÚDE AOS HIPERTENSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA ANTÔNIA CÂNDIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Sybelle de Souza Castro Miranzi

Banca Examinadora:

Sybelle de Souza Castro Miranzi

Edison José Corrêa

Aprovada em \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **RESUMO**

Este estudo tem como objetivo descrever as ações de saúde desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família (ESF) Antônia Cândida, com base no diagnóstico situacional da área e programa HIPERDIA. Para tanto, foi dividido em três etapas, iniciando com uma revisão de literatura. Em seguida, foi feita uma pesquisa de campo com a aplicação de questionário aos usuários hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA com finalidade de obter o diagnóstico situacional. Por último, descreveu-se a íntima e dinâmica interação entre o observador e o objeto em estudo, centrando na interpretação do significado das ações de saúde implementadas pela equipe. Propôs-se juntamente com a comunidade local, investir em uma proposta multidisciplinar de assistência a adultos e idosos hipertensos, com ênfase na educação para a saúde e promoção da qualidade de vida. Após diagnóstico ficou evidente a relevância da prática profissional na promoção da saúde e prevenção de doenças, observando cada vez mais a necessidade do vínculo e participação efetiva de todos os membros da ESF, por meio de uma convivência diária com os hipertensos, valorizando as atividades individuais e de grupo, construindo uma prática preventiva e educativa de saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Hipertensão. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

This study aims to describe the health actions undertaken by the Family Health team (ESF) Candida Antonia, based on situation analysis of the area and HIPERDIA. Therefore, it was divided into three stages, beginning with a literature review. Then we made a field survey with a questionnaire for hypertensive patients enrolled in the HIPERDIA with the purpose of obtaining situational diagnosis. Finally, he described the intimate and dynamic interaction between the observer and the object of study, focusing on the interpretation of the meaning of health measures implemented by the team. It was proposed together with the local community, investing in a proposed multi-disciplinary care for adults and elderly hypertensive patients, with emphasis on health education and promotion of quality of life. After diagnosis, made clear the relevance of professional practice in health promotion and disease prevention, noting the growing need for bonding and effective participation of all members of the ESF through a daily relationship with hypertension, valuing the individual activities and group building a practice preventive and educational health.

**Keywords:** Health promotion. Hypertension. Family Health.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVOS	11
4. MATERIAIS E MÉTODOS	12
5. REVISÃO DE LITERATURA	13
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	13
5.2 A Estratégia Saúde da Família	14
5.3 O Programa HIPERDIA	15
5.4 Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica	16
6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	18
7. AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE	23
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30
ANEXOS	33

## 1. INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas têm-se observado mudanças significativas na demanda por serviços de saúde, originadas pelo processo de transição demográfico-epidemiológica. Essa transição caracteriza-se por modificações na faixa etária da população, padrões de morbidade, invalidez e morte (PAIVA; WAJNMAN, 2005).

Marin *et al.* (2008) afirmam que as condições de vida da população brasileira não são adequadas aos padrões considerados ideais à saúde. Isso se deve às desigualdades sociais e a pobreza que atinge grande parte da população. Em consequência disso, o país vêm incorporando à sua população de idosos, indivíduos com saúde precária, comprometida, portadores de um maior número de doenças crônicas.

A prevalência estimada de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Brasil em 2004 era de 35% da população acima de 40 anos. Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004). Cerca de 75% dessas pessoas recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS) para receber atendimento na Atenção Básica.

Atualmente a HAS atinge 23,3% dos brasileiros, segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (MS). A proporção de brasileiros diagnosticados com a doença, de acordo com o levantamento de 2010, aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010 (BRASIL, 2011).

Para Picolo, Chaves e Azevedo (2009) isso implica num maior percentual de tratamentos permanentes e caros, onerando ainda mais o comprometido setor da saúde.

Para atender os portadores de HAS o Ministério da Saúde (MS) possui o Programa Nacional de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O programa compreende um conjunto de ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento dos agravos da HAS. O objetivo é reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, os gastos com tratamentos de complicações, aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular, com a conseqüente melhoria da qualidade de vida dos portadores (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

A HAS é definida como síndrome de origem multifatorial, caracterizada pelo aumento dos níveis pressóricos, ou seja, Pressão Arterial Diastólica (PAD) a partir de 135 mmHg e Pressão Arterial Sistólica (PAS) igual ou maior que 85 mmHg. Comumente relacionada a

modificações cardiovasculares e metabólicas e alterações estruturais de vários órgãos, em especial coração, cérebro, rins e vasos periféricos (SOARES, 1998)

De acordo com a SBH (2006) a HAS é um dos grandes problemas de Saúde Pública no Brasil, relacionado a 40% dos óbitos por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 25% das doenças coronarianas.

Apesar da HAS relacionar-se aos fatores constitucionais do indivíduo, idade, sexo, raça e histórico familiar, a sua prevenção ocorre por meio do controle dos fatores agravantes ambientais: sedentarismo, excesso de peso, hábitos alimentares insalubres, tabagismo, uso abusivo de álcool. Santos e Silva (2003) recomendam o estilo de vida saudável, a prática regular de exercício físico, controle do peso, alimentação saudável e gerenciamento do estresse.

A HAS surge de modo assintomático, considerada um dos maiores problemas médico-sociais dos países ricos e nações emergentes. Mesmo com os vários programas de prevenção e promoção de saúde pública está longe de ser controlada, representando um dos maiores desafios em saúde e um dos maiores gastos para o próprio hipertenso, a sociedade e o Estado (LOPES, 2010).

A não-adesão ao tratamento tem sido um grande desafio para os profissionais de saúde, e provavelmente, a grande responsável pelo aumento dos custos sociais com absenteísmo ao trabalho, licenças para tratamento de saúde, e aposentadorias por invalidez (REINERS, 2005).

Considerando a importância da inserção familiar na problemática da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), o tema educação popular em saúde nos reporta à importância dos pacientes serem ouvidos quanto aos seus saberes, possibilitando a maior adesão ao tratamento.

Segundo Santos & Lima (2008), a prevenção e promoção em saúde dependem de modificações no padrão cultural da população. Para o autor é necessária uma mudança na concepção dos conceitos e práticas de saúde, um novo aprendizado, acerca do que é ter saúde.

Os usuários não podem ser compreendidos apenas por parâmetros biológicos universais, e as necessidades de saúde específicas precisam ser conhecidas para serem incorporadas aos processos terapêuticos dos trabalhadores da saúde (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

O processo saúde/doença é influenciado pelo contexto social, hábitos de vida, trabalho e saúde, e pela subjetividade do indivíduo, suas percepções, crenças e valores. A

compreensão das necessidades de saúde da população auxilia na organização lógica de políticas, programas e serviços consoantes com os princípios do Sistema Único de Saúde (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

## **2. JUSTIFICATIVA**

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. De causa multifatorial, vários fatores de risco aumentam a probabilidade de sua ocorrência.

A HAS é considerada importante fator de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário em nível nacional.

Essa doença pode levar, com freqüência, à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade.

Quando diagnosticada e tratada precocemente, é possível reduzir consideravelmente as chances de complicações; quando não, retardam a progressão das já existentes.

Investir na prevenção é fator decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os conseqüentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

- Descrever as ações de saúde desenvolvidas pela ESF Antônia Cândida, com base no diagnóstico situacional da área e Programa HIPERDIA.

#### **Objetivos específicos**

- Caracterizar os pacientes hipertensos cadastrados na ESF Antônia Cândida, segundo as variáveis: idade, sexo, tabagismo, tipo de tratamento (medicamentoso ou não), a prática de atividade física regular, alimentação, como descobriu, antecedentes familiares, exercício atual de atividade profissional.
- Analisar as ações de prevenção e controle da HAS desenvolvidas na ESF Antônia Cândida e compará-las com a literatura científica atual

#### **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo é dividido em três etapas, sendo a primeira uma pesquisa descritiva, com revisão de literatura, por meio de busca em livros e base de dados como Lilacs e SciELO, usando as seguintes palavras chaves para pesquisa: Promoção da Saúde. Hipertensão. Saúde da Família.

No segundo momento é feita a pesquisa de campo, sendo aplicado um questionário (Anexo 1) utilizado como rotina a todos os usuários hipertensos cadastrados no Sistema HIPERDIA no ano de 2009 da Unidade de Saúde da Família estudada, através de sete Agentes Comunitários de Saúde em oito micro-áreas sob a abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) “Antônia Cândida”, Uberaba-MG.

A coleta de dados ocorreu no período entre agosto e setembro do ano de 2009; após as coletas, os dados foram analisados por meio de estatística descritiva.

No terceiro momento da pesquisa é feita a observação prolongada do objeto de estudo hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA, seguida pela produção de dados em condições discursivas e formas textualizadas, caracterizando-se pela íntima e dinâmica interação entre o observador e o objeto, e pelo status central dado à interpretação do significado das ações de saúde implementadas pela ESF Antônia Cândida. Esta última etapa foi composta por um relato de experiência, aqui entendido como um sistema de relações instituídas em torno de uma prática de saúde, que permitiu inferir propriedades gerais do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (BRASIL, 2001) na ESF Antônia Cândida.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1. Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) é um agravo de natureza multifatorial. É considerado hipertenso o indivíduo que apresenta média de pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg após repouso de 5 a 10 minutos em três aferições diferentes. A Pressão Arterial pode ser classificada em ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágios 1, 2 e 3 e hipertensão sistólica isolada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2006).

A classificação utilizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) é preconizada na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, descrita no Quadro 1.

**Quadro 1:** Classificação da Sociedade Brasileira de Cardiologia preconizada na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

Nível da Pressão Arterial	Classificação
< 120 sistólica e < 80 diastólica	<b>Ideal</b>
< 130 sistólica e < 85 diastólica	<b>Normal</b>
130~139 sistólica ou 86~89 diastólica	<b>Normal-alta</b>
140~159 sistólica ou 90~99 diastólica	<b>Hipertensão Estágio 1</b>
160~179 sistólica ou 100~109 diastólica	<b>Hipertensão Estágio 2</b>
> 110 sistólica e > 180 diastólica	<b>Hipertensão Estágio 3</b>
<b>Diastólica normal com sistólica &gt; 140</b>	<b>Hipertensão Sistólica Isolada</b>

Fonte: V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2006

A literatura aponta o estresse, o consumo de sal na dieta e o sobrepeso como fatores de risco para o desenvolvimento e agravo da HAS em indivíduos com predisposição genética. De acordo com Lopes e Gil (2008) fatores ambientais atuam como adjuvantes no processo que desencadeia a doença.

A HAS existe num contexto sindrômico, com alterações hemodinâmicas, tróficas e metabólicas, a hipertensão resulta de várias alterações estruturais do sistema cardiovascular que tanto amplificam o estímulo hipertensivo, quanto causam dano cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Os componentes da síndrome hipertensiva são muitas vezes fatores de risco cardiovascular independentes. Assim, apesar de um controle satisfatório da pressão arterial, outros fatores de risco potencialmente maiores podem se sobrepor, não melhorando a situação

clínica do paciente, fazendo com que o tratamento atual da hipertensão arterial sistêmica não possa resumir simplesmente à redução dos níveis pressóricos, mas do risco cardiovascular global (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

Sua característica crônica e silenciosa dificulta a percepção dos sujeitos portadores do problema. Torna-se assim “perversa” por sua invisibilidade, e acaba por comprometer a qualidade de vida. Traz, ainda, como consequências, internações e procedimentos técnicos de alta complexidade, levando ao absenteísmo no trabalho, óbitos e aposentadorias precoces, comprometendo a qualidade de vida dos grupos sociais mais vulneráveis (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007, p. 234).

A não-adesão ao tratamento e a ausência de sintomas está entre os fatores dificultadores do controle e tratamento da HAS. O diagnóstico, muitas vezes, é realizado quando apresenta alguma complicação, como infarto, aneurisma, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (PESSUTO; CARVALHO, 1999).

## 5.2 A Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), antes Programa Saúde da Família, foi elaborada com vista na assistência integral à saúde da população, com características estratégicas de mudança do padrão de atenção à saúde da população. A ESF tem como foco de trabalho a família, com ações de caráter preventivo sobre a demanda, avançando para além da simples intervenção médica e buscando a integração com a comunidade, numa atuação interdisciplinar dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. Pretende-se a melhoria na qualidade de vida, sendo esta alcançada se houver um comprometimento por parte de todos os envolvidos (BRASIL, 1997, 2003, 2004).

A visita domiciliar prevista pela ESF para a assistência domiciliar à saúde é um instrumento para os profissionais inserirem e conhecerem a realidade de vida da população, estabelecendo vínculos; visando atender as diferentes necessidades de saúde das pessoas, preocupando-se com a infra-estrutura existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (TÚLIO; STEFANELLI; CENTA, 2000).

Segundo Delaney (1986) *apud* Marcon e Elsen (1999, p. 23): “a família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, além de se constituir em um importante veículo de transmissão de cultura, onde se incluem os cuidados com a saúde”. Daí a importância de se

inserir a família como objeto de trabalho de enfermagem, além de ser agente do cuidado de seus membros.

Cada família tem sua forma de "enxergar" as relações, bem como de enfrentar situações das mais variadas possíveis, e de sentir e perceber cada uma delas com suas singularidades (PIRES, 2008).

Diante de uma doença crônica na família como é o caso da HAS, esta se comporta de acordo com sua representação do que seja saúde-doença, evidenciando saberes diversos acerca da cura, que pode, inclusive, contrapor-se aos saberes médicos (PIRES, 2008).

A HAS destaca-se no contexto familiar como uma experiência de difícil adaptação, pois seu controle requer mudanças de comportamento que vão desde os hábitos alimentares, até o estilo de vida não só da pessoa hipertensa, como de toda a família. Segundo Saraiva *et al.* (2007) a participação da família no tratamento é essencial para o sucesso no controle da doença.

Ainda para o autor a adaptação a nova realidade é o grande obstáculo ao tratamento. O controle terapêutico é um desafio para saúde pública, desse modo investimentos devem compreender o contexto social, o paciente e a família. (SARAIVA *et al.*, 2007).

Dentre as diversas ações desenvolvidas na ESF, incluem-se aquelas dirigidas principalmente aos pacientes hipertensos, definidas como ações prioritárias aos grupos de risco, determinadas na Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS) e que necessitam de acompanhamento rigoroso e assistência multiprofissional. Conta ainda com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), cujo método, permite registrar todos os dados referentes ao trabalho da equipe de saúde, suas atividades e assistência sobre a sua população adstrita, sendo possível obter relatórios finais de avaliação sobre o trabalho realizado (REINERS, 2005).

A educação em saúde é uma alternativa fundamental para conduzir as pessoas a mudanças no estilo de vida, através de hábitos e atitudes saudáveis. O grupo favorece aos usuários hipertensos a possibilidade de decisão sobre seus próprios destinos, e capacitação para atuarem na melhoria do seu nível de saúde (SANTOS; LIMA, 2008).

### 5.3 O Programa HIPERDIA

Dentre as ações na ESF está o HIPERDIA, que é um plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que permite cadastrar e acompanhar os

hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (COTTA, 2009).

A identificação precoce da HAS e o início do tratamento são elementos imprescindíveis para a prevenção de agravos. O vínculo entre portador e equipe de saúde no âmbito da atenção básica poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade devido a esses agravos (BRASIL, 2001).

Nos protocolos de atendimento aos usuários da atenção básica preconizados pelo Ministério da Saúde observa-se frequentemente a importância da abordagem multiprofissional. Uma vez que a hipertensão arterial é uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio dos profissionais em cuidado à saúde (BRASIL, 2003).

No tocante ao tratamento medicamentoso e à adesão, evidencia-se a influência do custo, dos efeitos indesejáveis, dos esquemas complexos (particularidades pessoais), além dos aspectos relativos à qualidade de vida. Este entendimento pode se dar por atividades educacionais voltadas para o autocuidado e o trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde pode ser útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimento de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes (MARIN *et al.*, 2008).

#### 5.4 Controle da Hipertensão Arterial na Atenção Básica

A Atenção Básica tem sido o termo adotado no Brasil, para designar Atenção Primária no âmbito do SUS orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2003).

O número de idosos no Brasil vem aumentando consideravelmente nas últimas décadas. Na década passada, o número de idosos era de 14,5 milhões (8% da população total). Em 2010, o censo brasileiro revelou um total de 18 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, o que já representa 12% da população brasileira (IBGE, 2011).

A Hipertensão Arterial é um importante fator de risco para doenças cardiovasculares e é altamente prevalente, sendo assim uma doença que apresenta elevado custo médico-social.

A identificação da doença hipertensiva na população exige mensuração da pressão arterial e informações a respeito do uso recente de medicação anti-hipertensiva. A Equipe de Saúde da Família (ESF) deve atuar de forma integrada, na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento a HAS.

Um dos grandes desafios ao controle da hipertensão são os múltiplos fatores envolvidos na adesão ao tratamento, tais como: idade, sexo, etnia, condições socioeconômicas, hábitos de vida, aspectos culturais, gestão do modelo assistencial e integração da equipe de saúde. Equipes interdisciplinares bem estruturadas conseguem melhores resultados no controle da hipertensão, por conseguirem maior adesão ao tratamento (LÓLIO, 1990).

A acessibilidade aos serviços de saúde deve ser facilitada por permitir a apropriação de conhecimentos imprescindíveis para o controle e a prevenção das morbidades e para fundamentar as mudanças necessárias no estilo de vida (PIRES, 2008).

É importante ressaltar que os usuários de saúde não são consumidores apenas, por exemplo, das orientações, dos grupos educativos, são, além disso, agentes/co-produtores de um processo educativo. Possuem uma dupla dimensão no processo: são ao mesmo tempo objetos de trabalho dos agentes educativos e sujeitos de sua própria educação. A construção de um cuidado aderente às necessidades dos grupos sociais incorpora essa dimensão educativa emancipatória (TOLEDO; RODRIGUES; CHIESA, 2007).

Neste contexto, as Políticas Públicas de Saúde deveriam atentar para as doenças crônicas considerando que o processo saúde-doença é socialmente determinado.

## 6. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

A ESF Antônia Cândida criada em 1º de fevereiro de 2007 foi a 42ª equipe a iniciar as suas atividades no município de Uberaba. Possui atualmente (08) microáreas, com (876) famílias cadastradas, sendo estimado um número médio de (410) pessoas por agente comunitário e população total de (3281) pessoas. Para fazer a caracterização da população estudada, foram levantados os seguintes dados: idade, sexo, tabagismo, dieta, tipo de tratamento, atividade física regular, realização do diagnóstico, antecedentes familiares e atividade profissional.

**Tabela 1** – Frequência e Distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe de Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo a faixa etária, 2009.

<b>Faixa etária</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
0 – 20 anos	02	0,56
21 – 40 anos	40	11,18
41 – 60 anos	190	53,07
61 – 80 anos	113	31,56
81 – 100 anos	13	3,63
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

A hipertensão arterial é uma doença altamente prevalente em indivíduos idosos, tornando-se fator determinante na elevação da morbidade e mortalidade dessa população.

As alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo essa a principal doença crônica nessa população.

**Tabela 2** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo o sexo, 2009.

<b>Sexo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Masculino	146	40,79
Feminino	212	59,21
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

A análise dos dados mostrou que do total e 358 indivíduos entrevistados, 212 (59,21%) eram do sexo feminino e 146 (40,79%) eram do sexo masculino (Tabela 2).

Este resultado pode estar relacionado ao fato que as mulheres procuram mais os serviços de saúde que os homens.

**Tabela 3** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo tabagismo, 2009.

<b>Tabagismo</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	104	29,10
Não	254	70,90
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

Segundo Pessuto & Carvalho (1998), outro fato a ser destacado é como a nicotina é prejudicial ao organismo, pois promove a liberação de catecolaminas, que aumentam a frequência cardíaca, a pressão arterial e a resistência periférica. Aumenta também a capacidade orgânica em formar coágulos e diminui sua função de destruí-los. Há redução de oxigênio nos glóbulos vermelhos em cerca de 15 a 20%, pois o monóxido de carbono que resulta da queima do fumo e do papel, se liga à hemoglobina. Este último também lesa a parede interna dos vasos, propiciando a deposição de gorduras.

O hábito do fumo, geralmente, é correlacionado positivamente com o risco de doenças cardiovasculares. Seu abandono é bastante útil na prevenção de doença cardiovascular. De todos os hipertensos pesquisados, 254 (70,90%) não possuem o hábito de tabagismo.

**Tabela 4** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo o tipo de tratamento, 2009.

<b>Tratamento</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Medicamentoso	327	91,34
Não medicamentoso	31	8,66
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

Considerando o tipo de tratamento, 91,34% dos hipertensos fazem uso do tratamento medicamentoso.

Os agentes anti-hipertensivos a serem utilizados no tratamento do paciente hipertenso devem permitir não somente a redução dos níveis tensionais, mas também a redução da taxa de eventos mórbidos cardiovasculares fatais e não-fatais. Os medicamentos anti-hipertensivos de uso corrente em nosso meio podem ser divididos em seis grupos: diuréticos, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, inibidores da enzima conversora

da angiotensina, antagonistas dos canais de cálcio, antagonistas do receptor da angiotensina II (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

O tratamento tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial, sendo elas: redução do peso corporal, da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas, prática de exercícios físicos com regularidade e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (PERES; MAGNA; VIANA, 2003).

**Tabela 5** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo atividade física, 2009.

<b>Atividade Física</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	61	17,04
Não	297	82,96
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

No que diz respeito à execução de atividade física, dos indivíduos que participaram do estudo, 82,96% não fazem exercício, como pode ser observado na Tabela 5.

Dentre as medidas não farmacológicas de tratamento para HAS a atividade tem sido amplamente recomendada. Diversos estudos têm verificado que o treinamento físico é capaz de diminuir a PA de indivíduos hipertensos (PESSUTO; CARVALHO, 1999; PERES; MAGNA; VIANA, 2003; SANTOS; LIMA, 2008).

As Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam que praticamente todos os adultos devam praticar atividade física regular de intensidade moderada a intensa, por, no mínimo, 30 minutos, na maior parte dos dias da semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

**Tabela 6** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família SF “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo dieta, 2009.

<b>Dieta</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	177	49,44
Não	181	50,56
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

Dieta: utilização de sal e gordura na alimentação.

Em relação à dieta saudável, 50,56% dos entrevistados relatam se preocupar com a alimentação a fim de evitar complicações cardiovasculares.

A dieta saudável caracteriza-se por ser pobre em sal, já que o mesmo é o desencadeante ambiental mais importante de hipertensão arterial, rica em potássio e com grande quantidade de frutas, verduras e produtos lácteos e menor proporção de gorduras saturadas (LOPES, 2008).

**Tabela 7** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo realização do diagnóstico, 2009.

<b>Diagnóstico</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Consulta de rotina	192	53,63
Internação e/ou consulta por outros motivos	32	8,94
Gestação	19	5,31
Sintomas	100	27,93
AVC	12	3,35
IAM	03	0,84
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

Quanto à realização do diagnóstico, 53,63% descobriram ser hipertensos durante consulta de rotina, 5,31% descobriram em consulta pré-natal durante a gestação e alguns apenas descobriram ser hipertensos após complicação, como AVC e IAM (Infarto Agudo do Miocárdio), 3,35% e 0,84%, respectivamente.

**Tabela 8** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo antecedentes familiares, 2009.

<b>Antecedentes familiares</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	201	56,15
Não	78	21,78
Ignoram saber	79	22,07
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

Sabendo que antecedência familiar é um fator de risco para doença cardiovascular, 56,15% dos entrevistados possuem antecedentes, considerando pais e irmãos, o que nos mostra sua associação significativa com a HAS.

**Tabela 9** – Frequência e distribuição proporcional dos hipertensos cadastrados na equipe Saúde da Família “Antônia Cândida” no município de Uberaba/MG, segundo atividade profissional, 2009.

<b>Atividade profissional</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Sim	156	43,58

Não	96	26,81
Não, aposentado	106	29,61
<b>Total</b>	<b>358</b>	<b>100%</b>

Fonte: ESF “Antônia Cândida” – Uberaba/MG, 2009.

A ocupação atribuída a cada indivíduo se refere à do momento da entrevista, 43,58% exercem atividade profissional. A categoria “não” 26,81% é formada em sua maior parte por donas de casa que jamais ingressaram no mercado formal de trabalho e 29,61% são aposentados, apresentaram-se inativos.

Ao término da análise dos dados colhidos e através da análise dos resultados encontrados, pode-se concluir que a caracterização desse grupo de indivíduos pesquisados na Estratégia Saúde da Família “Antônia Cândida” em Uberaba – MG vem a confirmar a importância da prática profissional na promoção da saúde e prevenção de doenças, observando cada vez mais a necessidade do vínculo podendo ser praticado dentro de diferenciadas áreas da clínica ampliada. O questionário permitiu traçar um perfil dos hipertensos para a equipe traçar estratégias de prevenção e promoção à saúde adequadas ao público alvo.

## 7. AÇÕES DE PREVENÇÃO E CONTROLE

A experiência aqui descrita foi construída a partir da observação prolongada de práticas de saúde realizadas na ESF Antônia Cândida. Essa equipe propôs-se a, juntamente com a comunidade local, investir em uma proposta multidisciplinar de assistência a adultos e idosos hipertensos, com ênfase na educação para a saúde e promoção da qualidade de vida.

Inicialmente, foi estudada uma linha assistencial em conformidade com as características da população a ser atendida, com base no diagnóstico situacional – item 5.2. Um investimento preventivo de mudança do referencial de práticas assistenciais de caráter meramente curativo.

No centro das intenções está a necessidade da adoção de uma visão integral dos sujeitos atendidos, e de um trabalho complementar entre diferentes profissionais, propondo abordagens no plano individual e coletivo.

Conforme o Ministério da Saúde o programa HIPERDIA deve ser entendido como campo de conhecimento e de prática em saúde, que viabiliza e estabelece uma maior sobrevida aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

A Estratégia de Saúde da Família, de uma maneira geral, tem como desafios não só a ampliação do acesso aos serviços, mas também a ampla abordagem da saúde fundamentada na integralidade da atenção, na promoção, no enfoque familiar, no desenvolvimento de corresponsabilidades, na humanização da assistência, e na formação do vínculo entre os profissionais e a população territorializada (ALVES, 2005).

A ESF Antônia Cândida, em observação as orientações do Ministério da Saúde, desenvolve um grande número de ações no âmbito individual e coletivo, de caráter preventivo e de promoção. Destaca-se entre as principais intervenções o programa HIPERDIA, definido como base de planejamento de ações em saúde para grande parte da população, portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2001).

O plano assistencial para o portador de HAS utiliza-se da coleta de dados, informações e conhecimentos originados pela população. A ESF Antônia Cândida gera essas informações por intermédio dos sistemas informatizados como o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o programa HIPERDIA. Essas são armazenadas para os gerentes locais das Unidades de Saúde da Família, e encaminhadas para gestores da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), Secretaria Estadual da Saúde (SES) e Ministério da Saúde.

Esses sistemas permitem o cadastramento dos usuários do SUS, o seu acompanhamento, perfil epidemiológico, e a conseqüente formulação de estratégias de saúde pública que visam à melhoria da qualidade de vida e redução do custo social preventivo para saúde.

Foi observada a todo o momento a prática sistemática do cuidado acerca do objetivo proposto, articulando-se ações planejadas de saúde, voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas dos portadores de HAS.

Evidenciou-se na experiência do autor que a assistência aos portadores de HAS, envolve mais que a simples consulta e correta prescrição do medicamento. Conforme Barroso *et al.* (2003), o componente assistencial da atenção ao portador de HAS constitui um determinante de sua qualidade de vida, que em sua maior parte, se expressa na oferta do serviço, com enfoque na prevenção e promoção da sua saúde.

O programa HIPERDIA permite a formação de vínculo entre profissionais e pacientes, facilitando a relação de prevenção e promoção da saúde. Essa aproximação com a realidade social ocorre no dia-a-dia dos integrantes da equipe, objetivando a construção do conhecimento e a visão crítica sobre o estado de saúde geral e individual do grupo, estimulando o indivíduo ao autocuidado, motivando a sua atuação como agente co-responsável pela própria saúde.

Na ESF Antônia Cândida, as consultas de acompanhamento médico ao portador de HAS têm periodicidade mensal, ocasião em que é aferida a pressão arterial e a glicemia capilar em jejum; verificado as medidas antropométricas; realizado consultas de enfermagem, distribuídos os medicamentos e ofertadas as orientações de saúde.

Percebe-se a constante preocupação com o paciente. Segundo o Ministério da Saúde, o programa HIPERDIA deve servir como via de acesso aos serviços de saúde privilegiando a assistência primária e a igualdade livre de preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (BRASIL, 2004).

Considerando os princípios do SUS, e apoiando-se nas práticas vivenciadas, observamos que é possível a prática de ações e serviços acessíveis a todos, sem qualquer distinção, respeitando as peculiaridades e complexidades de cada caso, inclusive no tocante das ações destinadas ao desenvolvimento do programa HIPERDIA.

Durante as consultas médicas e de enfermagem são abordados temas relevantes às condições de saúde do paciente, como o cuidado com a alimentação, manutenção do peso, uso

correto de medicamentos, prática de exercícios físicos e a relação da doença com o estresse, alcoolismo e tabagismo.

Utilizam-se para as consultas médicas e de enfermagem, informações dos agentes comunitários de saúde, pois estes são conhecedores fiéis da atual condição social e de saúde da comunidade, importantes fatores para o planejamento das ações.

Ainda que o medicamento seja peça fundamental no controle da HAS, isolada, a terapia medicamentosa é insuficiente para garantir uma adesão permanente do paciente aos cuidados oferecidos pela unidade de saúde.

Conforme Veras (2003) a saúde de um povo é determinada pelos seus espaços sociais e suas respectivas necessidades. As ações em saúde e demandas por serviços colocam o serviço da ESF inserido no projeto de reconstrução histórica, de mudança de paradigmas para uma qualidade de vida permanente e merecida por todos.

Para Senna (2002) a saúde da família tem sido considerada, por vezes, como resultado das condições individuais de saúde de seus membros, ou das condições de vida dos sujeitos em seu espaço social.

A mudança favorável das condições de saúde depende da superação das iniquidades, determinadas por uma população passiva e reduzida à condição de mero objeto receptor de serviços, sem ação, expectativa ou vontade própria. Faz-se necessária nesse contexto sócio-político a inserção de aspectos de natureza cultural e antropológica que possibilitem melhor compreensão sobre a do indivíduo (REINERS, 2005).

A população passiva neste contexto representa a parcela sem espaço e sem informação suficiente que possibilite a decisão sobre o melhor tratamento para seu caso. O conhecimento sobre os aspectos relevantes de saúde conservar-se distante da população geral, permanece ainda uma técnica bastante específica de domínio apenas profissional e científico.

Nesse sentido, é imprescindível identificar as dificuldades com vistas a uma melhor adesão ao tratamento da HAS, bem como das doenças crônicas associadas, o que reforça a necessidade de se informar e discutir as condições observadas por todos os membros da equipe de saúde (PERES, 2003).

No âmbito da educação em saúde, destaque-se a habilidade dos profissionais de nível superior, em orientar os pacientes. Contudo, observa-se a dificuldade potencial em desenvolver certos temas pelo desconhecimento de características da população. É importante nesse momento que os palestrantes conheçam bem o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, e também os hábitos de vida individuais do grupo. Segundo Chiesa &

Verissimo (2001) para que esta ação seja bem sucedida é preciso que o profissional desprenda-se de seus estereótipos, analise criticamente suas concepções, valores e atitudes, buscando a compreensão do outro, inserido em seu contexto histórico e sócio-cultural.

É possível sensibilizar o indivíduo para participar do cuidado, tornando-o sujeito ativo na decisão de mudança. Para isso, é necessário que a equipe conheça o contexto sócio-cultural e histórico, costumes e dinâmica das relações familiares, eliminando a postura de superioridade ou de autoritarismo, o que seria apenas a reprodução do modelo tecnocêntrico no espaço da saúde da família. Como qualquer outra atividade de saúde, a assistência ao portador de Hipertensão deve ser planejada de forma sistemática, para que se concretize seu valor e plano de ações (LESSA, 2001).

Outro obstáculo encontrado durante a pesquisa, foi a dificuldade para o acompanhamento dos adultos, quase sempre ocupados com o trabalho e outros afazeres da vida moderna. Como medida de ajuste, os agentes comunitários de Saúde participam do agendamento de consultas em horários acessíveis, fazem busca ativa de grupos prioritários, e orientam quanto à importância do retorno para o acompanhamento médico e de enfermagem.

E, entre os idosos, o maior desafio foi a administração da medicação nos horários prescritos. E quanto a essa dificuldade, os profissionais da ESF buscam soluções criativas para o uso correto de medicamentos, confeccionando caixinhas com desenhos que indicam os horários de uso, figuras ilustrativas que representam de forma simples os períodos corretos a ser administrada a medicação: manhã, meio dia, tarde e noite.

Em detrimento de sua condição de saúde, e a dependência que o idoso tem de um responsável para administrar a medicação, alguns idosos precisam ter acompanhamento diferenciado no início do tratamento. Dessa forma cabe ao agente comunitário buscar ajuda de familiares e vizinhos com o intuito de garantir o uso do medicamento correto, tanto em relação ao horário prescrito, medicamento correto e dose recomendada.

Todos na equipe têm um papel importante e bem definido, de acordo com suas habilidades técnicas. Cabe ao médico a realização das consultas ambulatoriais, visitas domiciliares, pedido de exames, prescrição de medicamentos, adequação do tratamento, encaminhamento e reavaliação do paciente. O enfermeiro fica responsável pelo agendamento de consultas e retornos, visitas domiciliares, acompanhamento e coordenação das atividades dos agentes comunitários. Aos agentes comunitários, cabe a importante tarefa de cadastramento e acompanhamento da saúde e condições de vida da população.

Outro ponto a destacar, é a visita domiciliar como método dispendioso que se apresenta, visto que, exige a disposição de recursos humanos especializados e locomoção destes para os locais designados. Além desses já citados, ocorre em algumas vezes a chegada do profissional na hora dos afazeres domésticos, em outras ocasiões, os moradores não se encontram em casa no horário da visita. Outro fator limitante para a realização das visitas domiciliares relaciona-se ao pouco tempo disponível para esta atividade. Ocorre também, um sentimento de frustração e impotência, após a aproximação e envolvimento dos profissionais com a realidade familiar, diante de um quadro muitas vezes complexo e desfavorável às mudanças.

Muitas vezes, o agendamento de visitas ocorre de acordo com a necessidade, comprometendo o caráter preventivo do programa. Conforme Verri (2007), ao focalizar-se nas situações “problemáticas”, a visita domiciliar dos profissionais de nível superior perdem seu caráter preventivo.

Para Túlio, Stefanelli & Centa (2000) a visita domiciliar é instrumento básico de assistência à saúde na Estratégia Saúde da Família (ESF) e deve ser realizada por todos os elementos da equipe: médico, dentista, enfermeiro, técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários.

O atendimento domiciliar é fator positivo para se desenvolver a educação em saúde; sendo que, o conhecimento das condições e práticas familiares proporciona o momento ideal para a reconstrução de hábitos e valores. Além disso, constitui-se um forte elemento no estabelecimento de vínculos entre as equipes e a população adscrita.

O maior contato e entrosamento da equipe favorecem a partilha de informações sobre a saúde da população, desse modo favorece o planejamento de rotinas de atendimento, priorizando o caráter preventivo, individual ou em grupo, na unidade e no âmbito domiciliar.

Os agentes comunitários de saúde da ESF Antônia Cândido detêm não apenas um amplo conhecimento do cenário social em que vivem, mas também reconhecem a importância desse para a realização das ações de saúde da Equipe. Desse modo, todos devem ser incluídos no planejamento estratégico de saúde.

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para implementar uma estratégia assistencial de atenção ao indivíduo, é preciso conhecer seu modo de vida, a comunidade em que vive, sua cultura, crenças e padrões de comportamento. Torna-se de grande valor os aspectos relacionados a seu território, onde as famílias estão inseridas, seu modo de vida.

Neste estudo, portanto, valorizou-se o conhecimento das representações sociais dos portadores de HAS. O estudo e conhecimento do perfil sócio-demográfico foram imprescindíveis para o planejamento preventivo e de controle da HAS, seja nas ações praticadas na unidade de Saúde da Família, âmbito domiciliar ou demais espaços de intervenção.

Essas ações devem privilegiar ações educativas, para que as medidas de controle da doença sejam desenvolvidas contemplando as reais necessidades do portador de HAS, considerando que cada um situa-se socialmente, como produtores de conhecimentos e práticas que originam sentido a sua realidade.

Igualmente, ressalta-se que as ações não devem ser propostas sem considerar as diferenças existentes entre os grupos sociais, levando-se em conta o conhecimento produzido pela coleta de dados e informações de bancos de dados como o SIAB e o HIPERDIA.

Também se deve ressaltar a importância da educação em grupo, como suporte às questões comuns, auxiliando na superação das dificuldades encontradas no tratamento. Torna-se essencial a participação efetiva de todos os membros da equipe de saúde em todas as atividades propostas, para construção de uma prática preventiva sólida com o esclarecimento sobre os cuidados com a saúde e tratamento das enfermidades.

Como obstáculos destacam-se a desvalorização do conhecimento das condições de vida dos usuários e suas repercussões no tratamento representaram entraves para a adequada abordagem dos agravos controlados pelo HIPERDIA.

Conforme observado a prevenção e controle das doenças crônicas pressupõem uma longa convivência entre doente e profissional de saúde. Desse modo, o tipo de atendimento a ser prestado deve se orientar para o seguimento longitudinal de um tratamento individualizado.

A vivência durante o período de observação e pesquisa construiu uma percepção acerca da importância do diagnóstico situacional, tão necessário para o planejamento e

definição das estratégias em saúde, sendo de extrema importância para atuação da equipe conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde.

## REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic. Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, fev.2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. Acesso em: 12 maio 2011.

BARROSO W. K. S. *et al.* Hipertenso diabético. Diretrizes de atuação e suas dificuldades. **Arq Bras Cardiol**, volume 81 (nº 2), 137-42, 2003.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. (2007). **Rev. Bras. Hipertens.** 14: 84-88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 6, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica.** Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica: Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão. Dia Nacional de combate e prevenção da hipertensão arterial.** Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36868&janela=1). Acesso em: 12 maio 2011.

COTTA, R. M. M. *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. 2009, vol. 14, n.4, pp. 1251-1260.

DELANEY, L. (1986) apud MARCON, S.S. ELSÉN, I. A enfermagem com um novo olhar. A necessidade de enxergar a família. **Fam. Saúde Desenv., Curitiba**, v.1, n.1/2, p.21-26, jan./dez. 1999.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2003. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da População do Brasil. IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=1272](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=1272)>. Acesso em: 14 jun. 2011.
- LESSA, I. **Não adesão ao tratamento da hipertensão arterial – conseqüências econômicas para o indivíduo e para a sociedade.** In: NOBRE, F.; PURIN, AMG; MION JR D. Adesão ao tratamento – o grande desafio da hipertensão. São Paulo: Lemos; 2001. P.86-106
- LOLIO, C. A. de. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Rev. Saúde Pública**, Out, 1990, vol. 24, nº05, p.425-432.
- LOPES, H.F.; GIL, J. O papel do sal no controle da pressão arterial: qual a quantidade ideal. **Hipertensão**. v. 11. n. 2, 2008.
- MARIN, M. J. S.; CECÍLIO, L.C.O.; PEREZ, A.E.W.U.F.; SANTELLA, F.; SILVA, C.B.A. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, July 2008.
- MOTA, J. A. C. *et al.* Oficina 24 – **O cuidado domiciliar em saúde: implicações para o ensino e para o serviço.** VI congresso nacional da rede unida; I Mostra de Produção de Saúde da Família de Minas Gerais; II Fórum Nacional de Redes em Saúde. Reunião de Pólos de Educação Permanente em Saúde, Belo Horizonte, 2 a 5 de julho de 2005.
- PAIVA, P.T.A.; WAJNMAN, S. Das causas às conseqüências econômicas da transição demográfica no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 303-322, jul./dez. 2005.
- PERES, S.D.; MAGNA, J..M.; VIANA, L.A. Portador de hipertensão arterial- atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista Saúde Pública**. 2003; 37(5): 635-642
- PESSUTO, J.; CARVALHO, E.C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. **Revista latino-americana enfermagem**. Ribeirão Preto, v.6, nº1, p-33-39. Janeiro, 1999.
- PICOLO, G.D.; CHAVES, L.D.P.; AZEVEDO, A.L.C.S. A produção científica sobre avaliação em serviços de internação hospitalar no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009;11(2):395-402.
- PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde coletiva**, Dez 2008, vol. 13, suppl.2, pp. 2257-2267.
- REINERS, A.A.O. **Interação profissional de saúde e usuário hipertensão: contribuição para não adesão ao regime terapêutico.** [tese]. São Paulo (SP): USP/EERP. Programa de Pós Graduação em Enfermagem; 2005.
- SANTOS, Z. M. S. A.; [FROTA, M. A.](#); [CRUZ, D. M.](#); [HOLANDA, S. D. O.](#) Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto contexto - enferm**. 2005, vol.14, n.3, pp. 332-340.
- SANTOS, Z.M.S.A.; LIMA, H.P. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 Jan-Mar; 17(1): 90-7

SARAIVA, K. R. O.; SANTOS, Z. M. S. A.; LANDIM, F. L. P.; TEIXEIRA, A. C. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. **Texto contexto - enferm.** 2007, vol.16, n.2, pp. 263-270.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2006; 95(1 supl.1): 1-51.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p.203-211, 2002.

SOARES, A.M. **Geriatría para o neurologista: hipertensão arterial.** In: XVIII Congresso Brasileiro de Neurologia – Academia Brasileira de Neurologia, 1998, 2-31. 17-22

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. de C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto contexto - enferm.** 2007, vol.16, n.2, pp. 233-238. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a04v16n2.pdf>

TÚLIO, E. C.; STEFANELLI, M. C.; CENTA, M. de L. Vivenciando a visita domiciliar apesar de tudo. **Fam. Saúde Desenv**, Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul./dez. 2000.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão de literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p.706. maio/jun. 2003.

VERRI, B. H. de M. A. **A visita domiciliar no programa de saúde da familiar: entre a norma e o cuidado.** Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas Nível: Tese (doutorado) UNICAMP: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2007.

## ANEXO

### Questionário aplicado aos Pacientes hipertensos das micro-áreas da equipe de Saúde da Família Antônia Cândida

1) Idade:

- 0 a 20 anos                       21 a 40 anos                       41 a 60 anos  
 61 a 80 anos                       81 a 100 anos

2) Sexo:

- Feminino                       Masculino

3) Tabagismo:

- Sim                       Não

4) Dieta:

- Sim                       Não

5) Uso de medicamento hipertensivo:

- Sim                       Não

6) Atividade física regular:

- Sim                       Não

7) Como descobriu que é hipertenso:

- consulta de rotina                       pré-natal                       AVC                       Sintomas  
 Internação e/ou consulta por outro motivo                       IAM

8) Antecedentes familiares (Pais e/ou irmãos):

- Sim                       Não                       Desconhece

9) Atividade profissional:

Sim

Não

Aposentado