

Práticas de Controle e Prevenção de Danos Adotados por Portadores de Hipertensão Arterial de Corumbataí do Sul, Paraná, 2010

Control Prevention Measures Taken by Hypertension People from Corumbataí do Sul, Paraná, 2010

Vanessa Daniele Zambon Valério Pelizzari^{a*}; Elenita de Cácia Menoci Mortean^b;
Ana Carolina Muller Conti^b; Fernanda de Freitas Mendonça^b

^aPós Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade Integrado de Campo Mourão, PR, Brasil

^bDepartamento de Enfermagem. Faculdade Integrado de Campo Mourão, PR, Brasil

*E-mail: vdzvalerio@hotmail.com

Recebido: 23 de março de 2011; Aceito: 02 de junho de 2011.

Resumo

Reuniões e grupos são práticas cotidianas nas equipes de estratégia de saúde da família (ESF). No entanto, a maioria das ESF se apresenta incipiente na avaliação deste processo. Neste contexto o presente estudo objetivou verificar as práticas de controle e prevenção de danos adotadas por portadores de hipertensão arterial participantes de grupos de hipertensos. A pesquisa foi realizada com hipertensos da zona urbana do município de Corumbataí do Sul, no Paraná, que frequentam o grupo de Hipertensos deste município. Os dados coletados foram analisados com auxílio do software Bioestat 5.0. As práticas mais usadas para o controle da hipertensão arterial foram o uso de medicamentos, redução de sal e gordura e aumento do consumo de verduras na alimentação. Foi verificada associação entre o conhecimento de medidas preventivas e sua prática para controle da pressão arterial sistólica ($p=0,0314$) e diastólica ($p=0,0019$). Diferença significativa também foi encontrada quando os indivíduos consideram a doença grave ($p = 0.0408$) e sem cura ($p=0,0025$). Não houve significância entre o conhecimento das complicações da hipertensão arterial ($p = 0.3708$) e do IMC ($p = 0, 1852$) para o uso de medidas preventivas, entre renda familiar ($p = 0.0981$) e do número de integrantes na família ($p = 0.5054$), em relação ao uso de medidas preventivas para hipertensão. Destaca-se a importância das reuniões de grupos para o apoderamento de conhecimentos do usuário sobre o processo de saúde/doença e sua influência para o comportamento preventivo e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção primária.

Palavras-chave: Prevenção de Doenças. Hipertensão. Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde.

Abstract

Meetings and groups are daily measures attended by teams of family health strategy (FHS). However, most of the FHS is incipient concerning the evaluation of this process. In this context, this study aims to assess the control prevention measures adopted by members of a hypertensive group. The survey was carried out with the hypertensive people from Corumbataí do Sul urban area, who attended the group of hypertensive patients in this county. Weight, height and blood pressure and information about preventive measures, were collected from homes. The data was analyzed using BioStat 5.0 software. The most common measures in the control of hypertension were the use of medicines, the reduction of salt and fat and the increase of vegetables consumption in the diet. Association was found between knowledge of preventive measures and practice to control systolic blood pressure ($p = 0.0314$) and diastolic ($p = 0.0019$). Significant difference was also found when individuals consider the severe disease ($p = 0.0408$) and no cure ($p = 0.0025$). There was no significance between the knowledge of the complications of hypertension ($p = 0.3708$) and BMI ($p = 0, 1852$) in the use of preventive measures, and between family income ($p = 0.0981$) and number of members in the family ($p = 0.5054$) compared to the use of preventive measures for hypertension. The study highlights the importance of group meetings in order to empower the user's knowledge about the process of health / illness and its influence on their behavior and preventive actions for the development of health promotion and primary prevention.

Keywords: Disease Prevention. Hypertension. Family Health. Primary Health Care. Health Education.

1 Introdução

Um dos maiores desafios no controle da hipertensão arterial e do diabetes é conseguir a adesão dos pacientes para garantir o sucesso do tratamento em longo prazo. Estudos têm evidenciado que vários fatores podem influenciar a adesão ao tratamento, destacando-se entre eles as características biosociais, conhecimento sobre a doença e tratamento¹.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais

e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações².

O Programa Saúde da Família, consolidando como estratégia prioritária na reorganização da atenção básica, substituindo o modelo tradicional, objetiva conhecer a realidade das famílias, identificar os problemas de saúde e riscos de exposição das populações; e em posse destes dados, além de proporcionar tratamento e reabilitação, desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde, que melhorem a

qualidade de vida da comunidade³.

Os controles da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* definem-se como áreas estratégicas de operacionalização da Atenção Básica, em todo o território nacional⁴. A educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, caracterizados pela particularidade destes, por sua maior proximidade com a população e a ênfase em ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis⁵.

Reuniões e grupos de apoio a hipertensos e diabéticos têm se apresentado como prática cotidiana das atividades das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nestas reuniões são abordados vários temas pelos profissionais da saúde, no sentido de se realizar atividades de educação em saúde tais como: medidas de controle da hipertensão arterial e diabetes, orientações sobre alimentação, atividade física e uso correto dos medicamentos.

No entanto, a maioria das ESF se apresenta incipiente na avaliação das práticas de prevenção e controle de saúde produzido aos usuários em reuniões de grupos e grupos de apoio. Um estudo realizado por Mendonça e Nunes⁶ revelou que 77% dos profissionais que atuavam na ESF e na realização de atividades de grupo afirmaram não avaliar as atividades desenvolvidas.

Neste contexto o presente estudo teve como objetivo verificar as práticas de controle e prevenção de danos à hipertensão usada por usuários participantes de grupos de hipertensos.

2 Material e Métodos

A pesquisa é caracterizada como um estudo de caráter descritivo exploratório, com enfoque de abordagem quantitativa. A amostra foi formada por 55 hipertensos do município de Corumbataí do Sul, Paraná, que frequentam o grupo de Hipertensos e Diabéticos da equipe de estratégia de saúde da família da zona urbana deste município.

O município de Corumbataí do Sul - PR possui 4.220 habitantes segundo estimativas do DATASUS⁷ e conta com duas equipes de ESF composta pelas seguintes categorias profissionais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Na zona urbana de Corumbataí do Sul são acompanhados pela ESF 259 hipertensos, sendo que em média 60 frequentam as reuniões o grupo de Hipertensos e Diabéticos.

A coleta de dados foi realizada na residência dos hipertensos por meio de um instrumento com questões abertas e fechadas sobre: caracterização (sexo, idade, grau de escolaridade, estado civil, renda familiar e número de integrantes na residência); uso de bebida alcoólica e tabaco; conhecimento da doença, sobre sinais e sintomas, complicações, medidas de controle e prevenção da hipertensão, práticas cotidianas para o

controle e prevenção de danos; além, do uso de medicamentos e percepção sobre as reuniões.

O peso, a altura e a pressão arterial, foram medidos por um auxiliar de enfermagem e o formulário preenchido por um agente comunitário de saúde (ACS) do ESF da área de estudo. O treinamento dos ACS e do auxiliar de enfermagem foi realizado pelos autores da pesquisa. Foram considerados normotensos os usuários que estiveram com a pressão arterial (PA) entre 120/80 mmHg e 139/89 mmHg; hipertensos 140/90 mmHg e hipotensos < 120/80 mmHg. Para classificação de peso foi usado o cálculo de índice de massa corpórea (IMC). $IMC = \text{massa}/\text{altura}^2$. A classificação do IMC foi: baixo peso < 18,5; normal de 18,5 – 24,9; sobrepeso de 25,0 – 29,9; obesidade moderada 30,0 – 39,9; obesidade mórbida $\geq 40,0$.

Os dados foram agregados por digitação simples e para as análises estatísticas foi utilizado o software Bioestat 5.0⁸. O tratamento estatístico foi escolhido de acordo com a natureza da variável analisada (teste exato de Fisher para proporções, ANOVA não paramétrica de Kruskal-Wallis para dados numéricos não normais ou correlação de Pearson para associação de duas variáveis numéricas), adotando o nível de significância de 5%⁸. Para manter a qualidade, após digitação dos dados, estes foram conferidos manualmente pelos autores.

As atividades foram iniciadas após autorização da Secretaria Municipal de Saúde. Somente participaram do estudo os participantes que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em pesquisas humanas (CEP) da Faculdade Integrado de Campo Mourão pelo protocolo nº 4210.

3 Resultados e Discussão

Dos cinquenta e cinco participantes do estudo, 60% tinha 60 anos ou mais, 52,7% era de cor branca, 78,2% do sexo feminino, 54,5% casados, e 59,9% eram analfabetos. A tabela 1 apresenta dados de caracterização da população do estudo.

Tabela 1: Caracterização de hipertensos do grupo de hipertensos da equipe urbana de ESF de Corumbataí do Sul-Paraná-2010

Caracterização	N	Continua
		%
Sexo		
Feminino	43	78,2
Masculino	12	21,8
Faixa etária		
39 anos e menos	-	-
40 a 45 anos	2	3,6
46 a 50 anos	4	7,3
51 a 55 anos	7	12,7
56 a 59 anos	9	16,4
60 anos e mais	33	60,0
Estado Civil		
Casado	30	54,5

		Continuação
Viúvo	18	32,7
Separado	3	5,5
Outro	1	1,8
Escolaridade		
Analfabeto	14	25,4
Ler/escrever	19	34,5
Ens. Fundam. Completo	9	16,4
Ens. Fundam. Incompleto	7	12,7
Ens. Médio Completo	3	5,5
Ens. Médio Incompleto	3	5,5
Ocupação		
Aposentado	42	76,4
Dona de Casa	5	9,1
Lavrador	6	10,9
Outro	2	3,6
Cor		
Branca	29	52,7
Parda	17	30,9
Amarela	2	3,6
Preta	7	12,8
Renda Familiar		
<1 salário	9	16,4
1-3 salários	44	80,0
4-6 salários	2	3,6
Total	55	100

Estudos demonstram que quanto maior a idade do contingente analisado, maior será a proporção de mulheres, dada as hipóteses de que são menos expostas a riscos de acidentes de trânsito, domésticos e de trabalho, homicídios e suicídios, consomem menos tabaco e álcool e fazem uso mais frequente dos serviços de saúde⁹. Além disso, um estudo observou que, a partir dos 35 anos de idade, as doenças do aparelho circulatório constituem as principais causas de morte entre mulheres, com coeficientes de mortalidade com valores crescentes à medida que aumenta a idade: de 46,2 por 100.000 mulheres de 35 a 39 anos, para 81,6 entre as de 40 a 44 anos e para 142,1 entre as de 45 a 49 anos¹⁰. Segundo Harman *et al.*¹¹ isso tende a ocorrer devido ao papel protetor do estrógeno na ocorrência de doenças cardiovasculares.

Embora a 60% da população do estudo tenha 60 anos ou mais, verificou-se que a hipertensão acomete 40,0% dos adultos com idade entre os 40 e 60 anos. Indivíduos acometidos precocemente pela hipertensão tendem a apresentar longo percurso de tratamento e convivência com essa doença, com sérias limitações, consequências e restrições em relação às expectativas da qualidade de vida em idades mais avançadas, no nível pessoal, econômico, afetivo e emocional¹².

A etnia negra é um forte fator predisponente à hipertensão arterial, como também a maior risco de ataque cardíaco e morte súbita, quando comparada à etnia branca¹³. Estes dados contrariam os resultados encontrados neste estudo, em que a

maioria dos hipertensos é de cor branca e este fato pode estar relacionado à característica regional, já que esta foi colonizada por europeus.

Dos hipertensos do estudo, 35,5% tinha diabetes mellitus associada, 67,3% apresentava sobrepeso ou obesidade moderada e 89,1% relataram não fazer uso de bebida alcoólica e tabaco. Assim como o tabaco e o álcool, a associação da hipertensão arterial, obesidade e diabetes aumentam o risco para doenças cardiovasculares, ocasionando significativo problema para o sistema de saúde, principalmente ao que se refere à ocupação de leito hospitalar de alta complexidade e elevação de custo de procedimentos e internação, além dos problemas familiares e sociais¹².

Desta forma, é importante inserir no cotidiano do portador de hipertensão arterial elementos essenciais no tratamento não farmacológico como evitar fumo e bebida alcoólica e reduzir o consumo de sal; além da prática de atividade física regular e controle do estresse psicoemocional, bem como o acompanhamento sistemático dos profissionais de saúde, especialmente pelo Programa Saúde da Família¹⁴.

O Sistema Único de Saúde (SUS) assegura o acesso aos medicamentos, mediante a garantia da execução integral da Assistência Farmacêutica. Esta é definida como o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade¹⁵.

Os medicamentos de uso citados pelos hipertensos foram: o captopril (40), propranolol (9), hidroclorotiazida (25), furosemida (8), atenolol (4), nifedipina (1) e losartan (4).

Entre os fármacos mais estudados e que mostram benefícios em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, estão os diuréticos em baixas doses. Considerando ainda o baixo custo e extensa experiência de emprego, são recomendados como primeira opção antihipertensiva na maioria dos pacientes hipertensos¹⁶.

Muitos pacientes necessitam da associação com anti-hipertensivo de outra classe, como inibidores da Enzima Conversora da Angiotensina (captopril). Estudos recentes mostram que em cerca de dois terços dos casos a monoterapia não foi suficiente para atingir as reduções pressóricas previstas, há clara tendência atual para a introdução mais precoce de terapêutica combinada de antihipertensivos, até mesmo como primeira medida farmacológica para pacientes com hipertensão em estágio 2 ($\geq 160/100$)⁴.

Com relação aos conhecimentos da doença, os sinais e sintomas mais citados pelos hipertensos foram tontura e cefaléia. Os conhecimentos dos sinais e sintomas da Hipertensão Arterial estão apresentados na figura 1, sendo que nesta questão foi permitida ao respondente mais de uma opção de resposta.

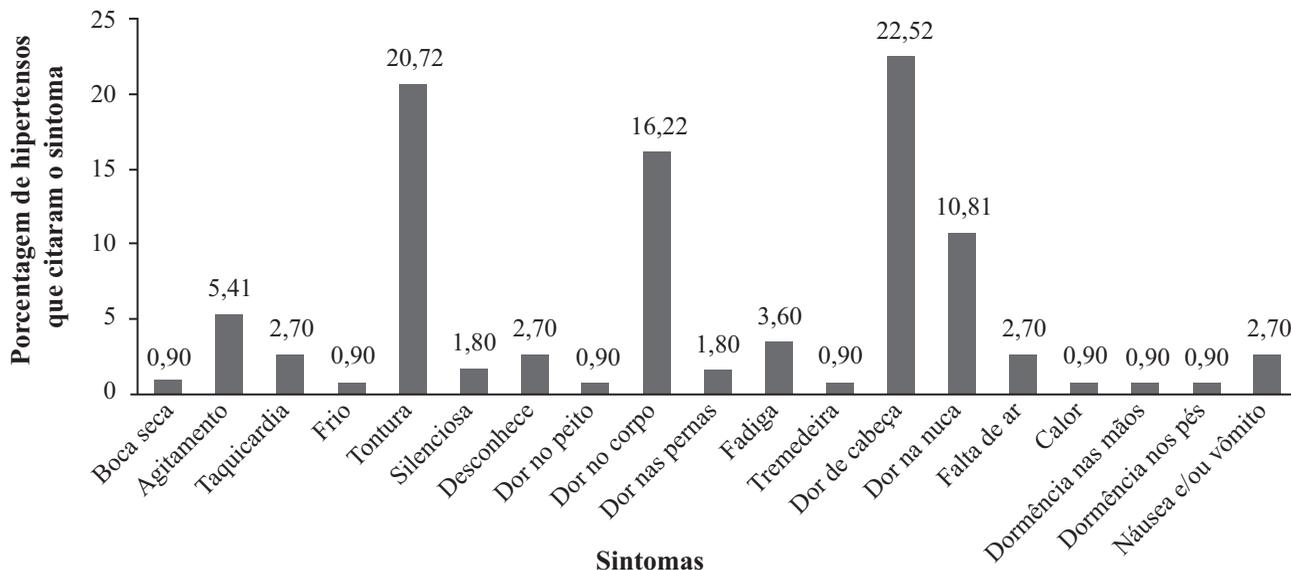


Figura 1: Percentual de sintomas citados pelos hipertensos

A hipertensão arterial é considerada uma doença silenciosa, pois na maioria dos casos não são observados quaisquer sintomas no paciente. Quando estes ocorrem, são vagos e comuns a outras doenças, tais como cefaléia, tonturas, cansaço, enjôos, falta de ar, dores no peito, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramentos nasais. Esta falta de sintomas pode fazer com que o paciente esqueça de tomar o seu medicamento ou até mesmo questione a sua necessidade, o que leva a grande número de complicações¹⁷.

Em estudo realizado em São Paulo, os sinais e sintomas mais citados naquela população de hipertensos foram: cefaléia, fadiga/cansaço e dor em diferentes partes do corpo, representados individualmente por 11,2%, seguidos de vertigem/lipotímia (8,4%), dispnéia (8,0%) e fraqueza/desânimo (6,1%)¹⁸.

O conhecimento de práticas preventivas para o controle dos níveis tensionais elevados foi adquirido em consulta médica (24,6%), pelo agente comunitário de saúde (ACS) (19,67%), em atendimento de enfermeiros (17,21%) e nas reuniões de grupo de Hipertensos (17,21%).

A educação em saúde é prática comum a todos os profissionais da atenção básica e deve apoderar o usuário para a adoção de comportamento consciente¹⁹. O resultado do estudo chama atenção pelo fato dos entrevistados citarem os médicos como o maior educador sobre a hipertensão, pois de modo geral as consultas médicas realizadas nas unidades básicas de saúde são rápidas e focadas no tratamento medicamentoso da doença.

Pesquisa realizada por Toledo *et al.*²⁰ revelou que dos 46 estudos de educação em saúde analisados apenas 9 apresentam a abordagem de educação em saúde emancipadora, ou seja, pautada no diálogo participativo, na interação entre diferentes saberes, na crítica e no reconhecimento da saúde-doença como

processo social. O estudo de Torres e Enders²¹, realizado com enfermeiros, mostrou que a maioria possui conhecimentos restritos e tradicionais de educação em saúde. E ainda na pesquisa Mello *et al.*²², os profissionais de saúde encaram a educação em saúde como um momento de transmissão de informações e orientações por meio de palestras.

O modelo biomédico ainda vigente no processo de trabalho no Brasil massifica o pensamento popular que centraliza as ações de saúde na figura do médico, muitas vezes desconsiderando as que efetivamente foram realizadas por outros profissionais de saúde.

As práticas preventivas mais conhecidas pelos hipertensos para o controle da hipertensão arterial foram o uso de medicamento, redução de sal e gordura, aumento do consumo de verduras na alimentação e realização de caminhadas. Já as práticas preventivas mais usadas foram também o uso de medicamento, redução de sal e gordura e aumento de verduras na alimentação excetuando apenas a realização de caminhadas, devido a cidade ser muito íngreme e no município não existir um local apropriado para a prática da realização da mesma.

A figura 2 informa a proporção das ações preventivas conhecidas e realizadas pelos hipertensos.

Foi verificada a associação entre o conhecimento de medidas preventivas e sua prática para controle da pressão arterial sistólica ($p=0,0314$) e da diastólica ($p=0,0019$). O processo educativo dos hipertensos constitui fator inquestionável para o seguimento adequado do tratamento. Segundo as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, para que o tratamento seja eficaz, diminuindo a morbi-mortalidade cardiovascular, é necessária a adoção de medidas que interfiram no estilo de vida dos hipertensos e que, comprovadamente, favoreçam a redução da pressão arterial¹⁴.

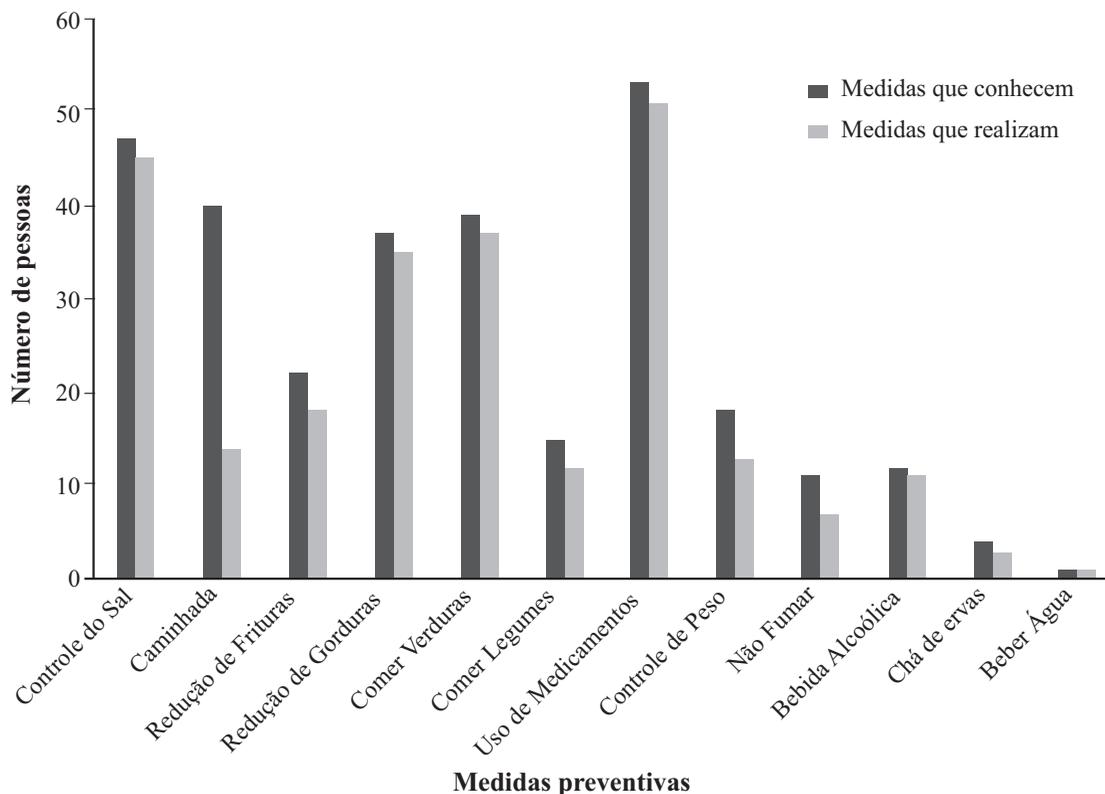


Figura 2: Proporção de medidas preventivas para a pressão alta

Não houve significância entre o conhecimento das complicações da hipertensão arterial ($p = 0,3708$) e do IMC ($p=0,1852$) para o uso de medidas preventivas, mas diferença significativa foi encontrada quando os indivíduos consideram a doença grave ($p = 0,0408$) e sem cura ($p = 0,0025$).

O esclarecimento sobre fatores de risco associados, cronicidade da doença, ausência de sintomatologia específica e complicações que comprometem órgãos vitais quando não controlados os níveis tensionais, são aspectos imprescindíveis sobre os quais as pessoas hipertensas devem ser esclarecidas¹.

A maior quantidade de massa ou a maior proporção de gordura corporal podem aumentar a sobrecarga corporal, limitando os movimentos e aumentando o estresse nas articulações e músculos, acentuando o risco de incapacidade nos idosos obesos. O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão possa ser explicada pela presença do excesso de peso^{4,23}.

Doenças graves habitualmente estão associadas ao medo da morte e/ou sequelas, que podem alterar o comportamento dos afetados. O ser humano diferencia-se dos outros seres justamente pela consciência sobre a finitude da existência, porém, ele não tende a encarar abertamente seu fim de vida, só eventualmente e com certo temor lança um olhar sobre a possibilidade de sua própria morte. Sendo que uma dessas ocasiões é a consciência de que sua vida está ameaçada por uma doença²⁴.

Dando continuidade aos fatores associados, não houve diferença significativa entre renda familiar ($p = 0,0981$) e do

número de integrantes na família ($p = 0,5054$), em relação ao uso de medidas preventiva para hipertensão. Embora o número de moradores não esteja associado ao comportamento preventivo dos hipertensos, o suporte familiar oferecido não só pelo cônjuge, mas demais membros da família tende a apoiar o hipertenso, facilitando a sua inserção no contexto da doença para o comportamento preventivo e tratamento¹.

Os motivos que levaram os hipertensos a participarem das atividades de grupo foram: aprender (47,4%), adquirir medicamentos (16,5%), lazer e distração (12,4%), aferir a pressão (10,3%), rever os amigos (7,2%) e outras (6,2%). A educação em saúde é tarefa de todos os membros da equipe da atenção básica e deve interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar a participação popular na defesa da qualidade de vida²⁵.

Com relação aos sentimentos experimentados nas atividades realizadas no grupo, as respostas foram que promovem o conhecimento (28,21%), que são boas (35,90%), interessantes (25,64%), demoradas (3,85%), podem melhorar (2,56%) e que não gostam dos assuntos abordados (2,56%). As atividades de grupo emergem como ferramenta essencial para produzir bem estar, incentivar a autoestima e o autocuidado, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos. A avaliação é um importante mecanismo de planejamento das ações e serviços de saúde, assim, entender o que sentem os usuários, é o caminho para alcançar os objetivos esperados¹⁹.

4 Conclusão

A maioria dos hipertensos não faz uso de álcool e tabaco. As principais práticas utilizadas para o controle da hipertensão arterial foram o uso de medicamentos, redução de sal e gordura e aumento do consumo de verduras na alimentação.

De maneira geral as crenças de saúde, os aspectos culturais e comportamentais não são fáceis de manipular ou modificar. No entanto, o resultado deste estudo mostra que a educação em saúde deve ser uma tarefa essencial da equipe de ESF uma vez que essa prática tende a trazer série de benefícios para os usuários. Assim, destaca-se a importância das reuniões de grupos para o apoderamento de conhecimentos do usuário sobre o processo de saúde/doença e sua influência para o comportamento preventivo e para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e de prevenção primária.

Referências

1. Pierin AMG, Mion Junior D, Fukushima JT, Pinto RA, Kaminaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com o conhecimento e gravidade da doença. *Rev Esc Enferm USP* 2001;35(1):11-8.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção básica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde Brasília; 2007.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
5. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Rev Int Com Saúde Educ* 2005;9(16):39-52.
6. Mendonça, FF, Nunes, EFPA. Caracterização das atividades de grupos para hipertensos e diabéticos de Campo Mourão, PR. Campo Mourão: [s.e.]; 2010.
7. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de saúde: demográficas e socioeconômicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Ayres M, Ayres Junior M, Ayres DL, Santos AAS. *BioEstat 5.0: aplicações estatísticas nas áreas das ciências biológicas e médicas*. Belém: Sociedade Civil Mamirauá; 2007.
9. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo Programa Saúde da Família. *Rev Enf UERJ* 2009;17(1):18-23.
10. Haddad N, Silva MB. Mortalidade feminina em idade reprodutiva no Estado de São Paulo, Brasil, 1991-1995: causas básicas de óbito e mortalidade materna. *Rev Saúde Pública* 2000;34(1):64-70.
11. Harman SM, Naftolin F, Brinton EA, Judelson DR. Is the estrogen controversy over? Deconstructing the women's health initiative study: a critical evaluation of the evidence. *Ann NY Acad Sci*. 2005;1052:43-56.
12. Vieira VA, Castiel LD. Hipertensão arterial em idosos atendidos em grupos de aconselhamento. Comentários a partir de um estudo descritivo preliminar. *Rev Psicol Ciênc Prof* 2003;23(2):76-83.
13. Assis LS, Stipp MAC, Leite JL, Cunha NM. A atenção da enfermeira à saúde cardiovascular de mulheres hipertensas. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 2009;13(2):265-70.
14. Sociedade Brasileira de Hipertensão. V Diretrizes Brasileiras de hipertensão arterial sistêmica. [acesso em 27 maio 2011]. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/pocketbook/2004-2008/dir01-hipertensao.pdf>.
15. Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS. Indicadores de prescrição médica nas unidades básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande, PB. *Rev Bras Epidemiol* 2007;10(2):149-56.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Plano de reorganização da hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
17. BVS. Biblioteca Virtual em Saúde. Ministério da Saúde. Dicas em saúde: hipertensão. 2004. [acesso em 18 nov 2010]. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/52hipertensao.html>
18. Martins LM, França APD, Kimura M. Qualidade de vida de pessoas com doença crônica. *Rev Latinoam Enferm* 1996;4(3):5-18.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº648/06 GM. Política Nacional de Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). [acesso em 17 nov. 2010] Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf.
20. Todolo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da Hipertensão Arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto & Contexto Enferm* 2007;16(2):233-8.
21. Torres GV, Enders BC. Atividades educativas na prevenção da Aids em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm* 1999;7(2):71-7.
22. Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião – AL: detectando dificuldades. *Rev Bras Enferm* 2005;58(3):290-5.
23. Barbosa AR, Souza JMP, Lebrão ML, Marucci MFN. Estado nutricional e desempenho motor de idosos de São Paulo. *Rev Assoc Méd Bras* 2007;53(1):75-9.
24. Borges ADVS, Silva EF, Toniollo PB, Mazer MS, Valle MRE, Santos AM. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicol Estud* 2006;11(2):361-9.
25. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vierira CFN, Barroso TGM. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(2):335-42.