

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

MARCELLA SANTOS DAMASCENA

**PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À MUDANÇA DE
COMPORTAMENTO DOS HIPERTENSOS PARA UMA VIDA MAIS
SAUDÁVEL**

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

MARCELLA SANTOS DAMASCENA

**PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À MUDANÇA DE
COMPORTAMENTO DOS HIPERTENSOS PARA UMA VIDA MAIS
SAUDÁVEL**

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

Orientadora: Prof. Valéria Tassara

TEÓFILO OTONI – MINAS GERAIS

2013

MARCELLA SANTOS DAMASCENA

**PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À MUDANÇA DE
COMPORTAMENTO DOS HIPERTENSOS PARA UMA VIDA MAIS
SAUDÁVEL**

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

Orientadora: Prof. Valéria Tassara

Banca Examinadora

Prof: Valéria Tassara - Orientador

Prof : Marlene Azevedo Magalhães Monteiro - Examinador

Aprovado em Teófilo Otoni, em 22/03/2014

RESUMO

O papel do enfermeiro na educação em saúde de pessoas portadoras da Hipertensão Arterial é caracterizado por ações promocionais, preventivas e de reabilitação, onde cabe à esse profissional desempenhar sua função, com exatidão, acolhimento e didática, levando em consideração fatores culturais e condicionais do paciente, exercendo o seu papel de educador em qualquer campo de atuação, visando a melhoria na qualidade de vida dos hipertensos. Esta pesquisa objetivou mostrar a importância da atuação do enfermeiro na educação dos pacientes com hipertensão arterial na ESF Saúde e Vida para diminuir o número dos hipertensos e propiciar mais qualidade de vida, incentivando os pacientes ao auto cuidado e mudanças no estilo de vida. Para alcançar o objetivo foi realizado um levantamento de dados com o intuito de analisar as publicações acerca da educação como ferramenta de controle da hipertensão dando ênfase ao papel do enfermeiro na educação do hipertenso, através de uma revisão de literatura realizada nas bases de dados BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) nos artigos do *MEDLINE*, LILACS e SciELO; e Manuais do Ministério da Saúde. Conclui-se que o ato educativo, assim como o tratamento medicamentoso, é uma ferramenta indispensável no tratamento de pacientes hipertensos, daí a importância de um plano de ação bem definido, proposto com o objetivo facilitar as intervenções referentes à temática favorecendo a implementação de ações visando melhores resultados.

Descritores: Hipertensão Arterial. Enfermagem. Educação em Saúde.

ABSTRACT

The role of nurses in health education for people suffering from Hypertension is characterized by promotional , preventive and rehabilitative actions where it is for these professionals to perform their duties with accuracy, care and teaching , taking into account cultural and conditional factors of the patient exercising their role as an educator in any field of endeavor , aimed at improving the quality of life of hypertensive patients . This study aimed to show the importance of the work of nurses in educating patients with hypertension in the FHS Lifestyle to decrease the number of hypertensive patients and provide better quality of life , encouraging patients to self care and changes in lifestyle . To achieve the goal of a survey data in order to analyze publications about education as a tool for controlling hypertension emphasizing the nurse's role in the education of hypertension was conducted through a literature review conducted in databases VHL (Virtual health Library) articles in the MEDLINE , LILACS and SciELO , and Manuals from the Ministry of health. It is concluded that the educational act , as well as drug treatment , is an indispensable tool in the treatment of hypertensive patients , hence the importance of a well-defined action plan , proposed with the aim to facilitate interventions related to thematic favoring the implementation of actions to obtain better results.

Keywords : Hypertension . Nursing . Health Education

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	06
1.1 Diagnóstico Situacional	07
1.2 Justificativa	07
1.3 Objetivo Geral	08
1.4 Métodos	08
2. BASES CONCEITUAIS	10
2.1 Definição da Hipertensão Arterial	10
2.2 Epidemiologia e Prevalência da Hipertensão Arterial.....	10
2.3 Diagnóstico da Hipertensão Arterial	12
2.4 Tratamento da Hipertensão Arterial.....	13
2.4.1 Tratamento não medicamentoso	14
2.4.1.1 Controle do peso corporal.....	14
2.4.1.2 Atividade física regular	15
2.4.1.3 Padrão alimentar	16
2.4.1.4 Redução da ingestão de sódio	17
2.4.1.5 Moderação no consumo de bebidas alcoólicas	17
2.4.1.6 Incentivo ao abandono do tabagismo	18
2.4.1.7 Controle das dislipidemias e diabetes	18
2.4.2 Tratamento medicamentoso	19
2.5 PSF	19
2.6 HIPERDIA	22
2.7 Educação em saúde.....	23
2.8 Grupo operativo HIPERDIA.....	25
2.9 Papel do Enfermeiro.....	26
3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial descompensada é uma preocupação para a equipe de saúde da família SAÚDE É VIDA do município de Pedra Azul-MG, visto que tal, gera várias conseqüências para a vida das pessoas. Esse problema foi selecionado como prioridade 1 pela equipe, pois no território de abrangência da ESF tem cerca de 13,74% da população com mais de 20 anos que possui pressão alta. São 548 pessoas entre adultos e idosos com hipertensão arterial, cadastrados e acompanhados pela equipe, e muitos deles são sedentários, tabagistas e alcoólatras.

A hipertensão arterial, atualmente, acomete em torno de 20% dos adultos, com perspectivas de aumentar em virtude do comprometimento da qualidade de vida da população, ela representa um dos principais problemas de saúde pública nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, além de ser uma das principais causas de óbitos em todo mundo (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2008).

É conceituada como uma doença sistêmica que envolve alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio associada à disfunção endotelial e constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. A HA atualmente é definida de acordo com valores pressóricos, nas quais níveis iguais ou superiores a 140/90 mmHg, identificados em duas ou mais verificações da pressão arterial, diagnosticam a doença. E tem sido reconhecida como grave fator de risco para as doenças cardiovasculares. (OLIVEIRA, 2011).

O portador da HA atravessa períodos de irritabilidade e autodepreciação, onde o processo de adaptação é lento, especialmente nesta doença cujo curso é duradouro e sem sintomas. Muitas vezes o indivíduo acometido apresenta sentimentos de desamparo, desesperança, raiva, depressão, tristeza e solidão que geram angústia e pesar. (BRANDÃO et al., 2003).

As dificuldades enfrentadas por esses pacientes são a redução do peso corporal, o controle na ingestão de sal e de bebidas alcoólicas, as práticas de exercícios físicos com regularidade e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial.

Este trabalho tem como objetivo mostrar a importância da atuação do enfermeiro na educação dos pacientes com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família Saúde é Vida para diminuir o número dos hipertensos e propiciar mais qualidade de vida, incentivando os pacientes ao auto cuidado e mudanças no estilo de vida.

1.1 Diagnóstico situacional

Pedra Azul é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado no nordeste do estado, na região do vale do rio Jequitinhonha. Sua população em 2010 era de 23.700 habitantes. O português Manuel José Botelho foi o fundador da fazenda *Pau d'Alho*, o primeiro povoamento no município. A seguir, o povoado que surgiu nas redondezas recebeu o nome de *Nossa Senhora da Conceição da Boca da Caatinga*, sendo este o primeiro nome de Pedra Azul. Posteriormente, já com a implantação do sistema republicano no país, o alferes Cassiano dos Reis, primeiro presidente do Conselho de Caatinga, diligencia para que esse nome seja mudado para *Fortaleza*. Em 1 de junho de 1912, houve a elevação do distrito de Fortaleza a município, e em 1943 o nome da cidade foi mudado para *Pedra Azul*. (DAMASCENA, 2012).

A Zona Urbana do Município de Pedra Azul é constituída por seis equipes de Saúde da Família (ESF Saúde é Vida, ESF Central I, ESF Central II, ESF Conceição, ESF Plataforma I e ESF Plataforma II). A ESF Saúde é Vida situa-se geograficamente na região leste da Zona Urbana do município de Pedra Azul, distanciando-se do centro urbano, em média, 3 km. (DAMASCENA, 2012).

Segundo os dados do cadastro familiar e do SIAB vive no território da ESF Saúde é Vida uma população de 3.988 habitantes e um total de famílias de 947 famílias em 2011. A ESF era composta por 10 microáreas, mas foi inaugurado mais uma unidade de saúde e foi feito uma redivisão das áreas das ESFs, hoje temos 9 microáreas (33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41 e 42), a microárea 37 foi cedida para outra unidade. Após o levantamento local pela equipe de saúde identificou-se que o relevo é montanhoso com pavimentação na maioria das ruas e avenidas pertencentes ao território de abrangência da ESF Saúde é Vida, provida de rede pública em 100% dos domicílios com abastecimento de água tratada. (DAMASCENA, 2012).

1.2 Justificativa

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. (NOBRE, 2010).

A hipertensão é uma pressão arterial sistólica superior a 140mmHg e uma pressão diastólica maior que 90mmHg durante um período sustentado, com base média de duas ou mais mensurações da pressão arterial obtidas em dois ou mais contatos com o profissional de saúde depois de uma triagem inicial.

Veja a seguir a classificação dos parâmetros referentes à pressão arterial:

TABELA 1: Classificação da Pressão Arterial para Adultos com 18 anos de Idade ou Mais

Categoria	Sistólica		Diastólica
Ótima	< 120	e	<80
Normal	<130	e	<85
Normal alta	130 - 139	ou	85 - 89
Hipertensão			
Estágio 1	140 - 159	ou	90 - 99
Estágio 2	160 - 179	ou	100 - 109
Estágio 3	≥ 180	ou	≥ 110

Fonte: SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. *Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2 v.

A hipertensão é chamada de “assassino silencioso”, porque as pessoas que a possuem frequentemente não demonstram sintomas. (SMELTZER; BARE, 2005).

Portanto, torna-se importante fazer a realização desse estudo, pois a atuação do enfermeiro frente aos pacientes hipertensos se faz necessário para reduzir a prevalência da hipertensão arterial, aumentar o grau de conhecimento sobre a importância do controle da doença, encorajando-os e monitorando-os a fim de promover melhorias no seu estado geral, reduzindo complicações, internações e mortes.

1.3 Objetivo Geral

Mostrar a importância da atuação do enfermeiro na educação dos pacientes com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família Saúde e Vida para diminuir o número dos hipertensos e propiciar mais qualidade de vida, incentivando os pacientes ao auto cuidado e mudanças no estilo de vida.

1.4 Métodos

A Revisão sistemática ou metodológica é um tipo de investigação científica que utiliza métodos rígidos e explícitos para identificar, selecionar, coletar dados, analisar e descrever as contribuições relevantes à sua pesquisa, conduzindo assim a uma síntese dos resultados de múltiplos estudos primários. (CORDEIRO et al., 2007).

Foi realizada uma revisão de literatura sistemática baseada em buscas abrangentes nas bases de dados da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) nos artigos do *MEDLINE*, LILACS e SciELO; e Manuais do Ministério da Saúde, utilizando como palavras-chave: “Hipertensão Arterial, Enfermagem e educação em saúde”.

Foram identificados 90 artigos relacionados ao tema, após a leitura dos mesmos verificou-se que os 72 apresentaram o tema objeto de análise desta revisão. Assim sendo, a amostra ficou constituída de 72 artigos selecionados de acordo com os descritores desta pesquisa.

Com a coleta de dados foi pretendido reunir informações atuais a respeito do tema em questão, a qual possui certa relevância devido à sua importância no âmbito da atenção básica em saúde da família. Com todos os dados reunidos foi possível desenvolver o presente estudo com o objetivo de compreender o papel do enfermeiro frente à mudança de comportamento dos hipertensos para uma vida mais saudável.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 Conceito da hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma condição clínica de origem multifatorial que resulta das alterações nas estruturas das artérias e do miocárdio em associação com a disfunção do endotélio, constrição e remodelamento da musculatura lisa vascular. (BRANDÃO *et al.*, 2003). Caracteriza-se por níveis elevados e sustentados da pressão arterial, a partir de 135mmHg para a pressão arterial sistólica e 85mmHg para a pressão arterial diastólica. (SANTOS; LIMA, 2008). Está associada a alterações das estruturas e funções de órgãos alvo e alterações metabólicas, tendo como conseqüência o aumento de riscos cardiovasculares. (SBC, 2006).

2.2 Epidemiologia e Prevalência da Hipertensão Arterial

A importância de caracterizar o perfil epidemiológico dos portadores de hipertensão arterial se dá através da necessidade de criar ações estratégicas visando controle da hipertensão. (ROMERO, 2010).

A hipertensão arterial representa grave problema de saúde pública e economia da saúde, com prevalência que atinge mais de 30% da população adulta e mais de 50% dos idosos (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010), sendo responsável pela elevação de custos médicos e socioeconômicos, comprometendo a qualidade de vida dos portadores devido às complicações que ocasiona, tais como: doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca congestiva (ICC), doença vascular de extremidades e insuficiência cardíaca. (SBC, 2006).

Nas últimas quatro décadas, as doenças cardiovasculares têm sido a principal causa de morte no Brasil. No ano de 2005, foi responsável por 1.181.612 das internações, representando um custo total de R\$ 1.328.133.885,29. (DATASUS, 2010 *apud* MAGNABOSCO; NOGUEIRA, 2011).

Em 2007 foi responsável por 29,4% do total de óbitos, sendo 74,1% causados pela doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença hipertensiva. (MAGALHÃES, 2010).

A maioria desses eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos que apresentam alterações leves em relação aos fatores de risco que se ficarem sem tratamento por muitos anos, podem desencadear uma doença manifesta. (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

Estima-se que a prevalência mundial de hipertensos é da ordem de 1 bilhão sendo que, anualmente, em média, 7,1 milhões de óbitos podem ser atribuídos à hipertensão arterial. (CORRÊA *et al.*, 2005).

À medida que o indivíduo envelhece, a prevalência da hipertensão aumenta, podendo atingir 54% da população acima de 65 anos e 65% acima dos de 70 anos. (SOUZA *et al.*, 2007). Embora iniciem com níveis baixos, a elevação da pressão arterial é predominante nas mulheres, sobrepassando a média dos homens. (AMODEO; LIMA; VASQUEZ, 1997).

A história natural da hipertensão arterial é prolongada e, ao processo de cronicidade, associa-se a influência de vários fatores que se unem dando origem a uma desordem do sistema de controle da pressão arterial. Os primeiros fatores são classificados como modificáveis estando relacionado ao estilo de vida, como tabagismo, etilismo, sedentarismo e alimentação inadequada. Os segundos fatores, como idade, sexo, raça, hereditariedade, são chamados constitucionais ou não modificáveis. Os terceiros fatores estão relacionados com o ambiente, aspectos psicossociais, econômicos e as patologias associadas. (SOUZA *et al.*, 2007).

Sendo uma doença multifatorial, seu tratamento necessita do apoio de uma equipe multidisciplinar, envolvendo, principalmente, o controle medicamentoso e a modificação de hábitos de vida. (LESSA, 2006 *apud* MAGNABOSCO; NOGUEIRA, 2011).

A hipertensão arterial é responsável por ocasionar modificações no estilo de vida dos indivíduos, sejam elas psicológicas, familiares, sociais ou econômicas, devido a possibilidade de agravamento em longo prazo. Tais mudanças são responsáveis por provocar rupturas na maneira de viver, exigindo que os indivíduos façam modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenhavam, sendo necessário reestruturar suas vidas. (LOPES *et al.*, 2010).

A hipertensão arterial é considerada uma “assassina silenciosa”, porque dificilmente apresenta sintomas. (PAIVA; SANABRIA, 2008). Apesar da medida da pressão arterial ser um método de diagnóstico simples, não invasiva e de baixo custo, estudos epidemiológicos têm demonstrado que cerca de 30% das pessoas desconhecem que são portadores de hipertensão. A doença apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho. (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

A adesão de tratamentos em longo prazo está em cerca de 50% nos países desenvolvidos e cerca de 20% nos países em desenvolvimento. (OMS, 2008 *apud* MAGNABOSCO; NOGUEIRA, 2011).

Considera-se que os baixos níveis de controle da doença se dão por falta da adesão do paciente ao tratamento, uma vez que muitos pacientes não acatam os remédios que são prescritos por médicos e nem as recomendações para a efetivação de mudança no estilo de vida. Somente 22% dos doentes seguem corretamente as orientações médicas. (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

Dos casos registrados da doença, cerca de 60 a 80% podem ser tratados na Atenção Básica, o que confirma a importância e necessidade de capacitações da equipe multiprofissional que atua nesse serviço (FELIPE; ABREU; MOREIRA, 2008), uma vez que a mesma desempenha papel fundamental em contribuir para o aumento dos índices de adesão às práticas de saúde estabelecidas para os hipertensos. (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010). A promoção de estratégias para adesão do tratamento da hipertensão arterial com ênfase no seu controle proporcionará benefícios não apenas para as instituições de saúde, mas também favorecerá o aperfeiçoamento do tratamento nesse nível de intervenção. (MANO; PIERIN, 2005).

A educação em saúde é, então, fundamental, pois não é possível controlar a pressão arterial adequadamente se o paciente não receber orientações sobre os princípios em que se baseia o tratamento. (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

2.3 Diagnóstico da Hipertensão Arterial

O curso clínico e a história natural da HA exigem diagnosticar a doença precocemente, antes do aparecimento da sintomatologia. O acesso irrestrito à Atenção Básica e o atendimento de qualidade são fundamentais para a determinação do diagnóstico precoce, tratamento e controle da hipertensão arterial. Entretanto, sabe-se que na prática médica a medida da pressão arterial é pouco realizada, apesar de ser um procedimento que não necessita de instrumentos complexos, mas sim, de cuidados e conhecimento amplificado. (LESSA, 2006).

O diagnóstico da hipertensão arterial é estabelecido basicamente por intermédio da detecção dos níveis elevados e sustentados da pressão arterial estando superior aos limites de normalidade, quando a medida da pressão arterial é determinada através de métodos e condições apropriados. A medida da pressão arterial é fundamental para estabelecer o

diagnóstico da hipertensão arterial. . (BRASIL, 1998). Corrêa e colaboradores (2005, p.92) afirmam que “o diagnóstico é baseado, no mínimo, em duas medidas adequadas em pelo menos duas visitas em dias distintos”. Deve-se ter cautela antes de considerar um indivíduo como hipertenso, tanto pelo risco de um possível diagnóstico falso-positivo, como pelos problemas que poderá ocasionar na saúde do indivíduo. (BRASIL, 2006). Mion JR e colaboradores destacam sobre as consequências de se realizar um diagnóstico errôneo: “O diagnóstico de normotensão, num hipertenso, irá privá-lo dos benefícios do tratamento, ao passo que o de hipertensão, num normotenso, irá submetê-lo aos malefícios do tratamento desnecessário”. (MION JR, 1996, p.193).

Indivíduos que não possuem diagnóstico prévio e níveis da pressão arterial elevada em uma aferição é necessário que a aferição da pressão arterial seja repetida em períodos diferentes antes de identificar a presença da hipertensão arterial. Para tal diagnóstico, deve-se ter o conhecimento da pressão habitual do indivíduo, uma vez que apenas uma ou poucas aferições realizadas casualmente não são o suficiente. (BRASIL, 2006).

O diagnóstico da hipertensão arterial possui como base além dos níveis tensionais elevados, a anamnese, exame físico e exames complementares que contribuem para realizar o diagnóstico da doença, etiologia (MION JR, 1996), presença de fatores de risco para as doenças cardiovasculares, comorbidades associadas e lesões em órgãos alvo. (BRASIL, 2006).

2.4 Tratamento da Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é considerada a doença crônica de maior prevalência na população, sendo responsável pelos elevados índices de morbimortalidade. (DAMASCENO *et al.*, 2008).

Para o tratamento dos pacientes hipertensos, deve-se adotar o tratamento não medicamentoso, através de mudanças no estilo de vida e o tratamento medicamentoso, por meio de medicamentos, que deverão ser realizados individualmente para cada situação clínica ou a associação de ambos. (AMODEO; LIMA, 1996).

Entretanto, para o tratamento do hipertenso, deve-se considerar que o objetivo principal do tratamento não é somente reduzir os níveis pressóricos, mas sim, a redução dos riscos de morbimortalidade cardiovascular do paciente. (MEDCURSO, 2003).

Segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, recomenda-se a instituição do tratamento ao paciente hipertenso quando os níveis pressóricos forem iguais ou superiores

a 140 X 90 mmHg. Para hipertensos leves, que possuem diastólica entre 90-99 e sistólica entre 140-159 mmHg, recomenda-se o tratamento não farmacológico isolado por 12 meses para pacientes do grupo de risco A, que não possuem fatores de risco para doença cardiovascular e nem lesões em órgãos-alvo e por 6 meses para pacientes do grupo B, que possuem fatores de risco, com exceção do diabetes mellitus, mas sem lesões em órgão-alvo. Se não houver controle no fim deste período, o tratamento farmacológico deve ser associado. Os pacientes do grupo de risco C possuem lesões em órgão-alvo ou doença cardiovascular clinicamente identificável ou diabetes mellitus, recomenda-se além do tratamento não farmacológico, o tratamento farmacológico imediato. . (BRASIL, 1998).

2.4.1 Tratamento não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso tem como objetivo principal, reduzir a morbimortalidade cardiovascular através de modificações no estilo de vida que contribuam para a redução da pressão arterial. (BRASIL, 1998). É indicado para todos os pacientes hipertensos como terapia inicial da HA recém diagnosticada, não complicada ou juntamente com os fármacos anti-hipertensivos. É indicado também para indivíduos que são normotensos que possuem risco cardiovascular elevado.

Pacientes classificados no grupo de risco A, sem fatores de risco, que possuem a PA limítrofe ou no estágio I, pode ter no tratamento não medicamentoso como a única forma de tratamento com duração de até 12 meses. Os pacientes que encontram-se nos demais estágios, apesar do tratamento não farmacológico não ser o suficiente para controlar a PA, poderá contribuir na ação dos medicamentos anti-hipertensivos, reduzir a incidência da HA na população e os fatores de risco, contribuindo para a prevenção primária da patologia, além de ser vantajoso por ter menos riscos e custos baixos. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

2.4.1.1 Controle do peso corporal

Os níveis pressóricos elevados possuem relação direta com o ganho de peso na hipertensão arterial. Vários estudos têm comprovado o benefício da perda de peso na redução dos níveis pressóricos. Os mecanismos mais relevantes que estão envolvidos nesse benefício são a redução do colesterol plasmático, a redução da atividade adrenérgica e melhoria da resistência periférica na ação da insulina. (AMADEO; LIMA, 1996).

Recomenda-se a redução do peso corporal com a finalidade de alcançar o IMC menor que 25 Kg/m². Salienta-se, porém, que o diagnóstico de sobrepeso e obesidade tendo como base apenas o IMC pode não indicar necessariamente obesidade. Deve-se medir também a circunferência abdominal, uma vez que pode ser indicativo de gordura visceral excessiva. A circunferência abdominal deve ser menor que 88 cm nas mulheres e menor que 102 nos homens. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007). A redução do peso é considerada uma estratégia que mais favorece para a redução da PA, pois, a cada quilograma perdido no peso corporal, a PA reduz aproximadamente 1,6/1,3 mmHg na sistólica e diastólica. (MEDCURSO, 2003).

2.4.1.2 Atividade física regular

O sedentarismo é considerado como fator de risco para doença cardiovascular, elevando em 30% a 50% a possibilidade em ter hipertensão. Por outro lado, a prática de atividade física regular está associada na redução de níveis pressóricos e incidência menor de HA independente da perda de peso, eliminação da dislipidemia e da obesidade, além da sua ação contribuir para o tratamento no controle do estresse e resistência à insulina. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

Rondon e Araújo citado por Monteiro e Sobral Filho falam sobre a importância da prática regular de exercícios físicos:

O exercício físico realizado regularmente provoca importantes adaptações autonômicas e hemodinâmicas que vão influenciar o sistema cardiovascular, com o objetivo de manter a homeostasia celular diante do incremento das demandas metabólicas. Há aumento no débito cardíaco, redistribuição no fluxo sanguíneo e elevação da perfusão circulatória para os músculos em atividade. A pressão arterial sistólica (PAS) aumenta diretamente. (MONTEIRO; SOBRAL FILHO, 2004, p. 513,).

Vários estudos demonstram que a atividade física regular aeróbica ou isotônica, reduz de maneira independente os níveis da PA tanto em indivíduos normotensos quanto em hipertensos, em média 5 a 7 mmHg, independente do seu peso além de elevar os níveis de HDL – colesterol, reduzindo o risco cardiovascular. A atividade física não deve ser exaustiva e deve ser feita regularmente de 3 a 5 dias por semana com períodos de 30 a 45 minutos cada sessão. (MEDCURSO, 2003).

A execução de resistência muscular localizada, para ser efetiva na redução da PA, não deve ultrapassar a sobrecarga de 50% da concentração voluntária máxima. O treinamento físico não pode ser muito intenso, pois, se realizado com intensidade superior a 70% do consumo máximo de oxigênio ou superior a 80% da frequência cardíaca de reserva, poderá

umentar a possibilidade de possíveis doenças cardiovasculares. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

É importante ressaltar que, antes de iniciar programas regulares de atividades físicas, os hipertensos devem se submeter a avaliações clínicas especializadas, exame de pré-participação para ajustar o medicamento e seguir corretamente as orientações médicas em relação às atividades. (SBC, 2006).

2.4.1.3 Padrão alimentar

Padrão alimentar é o perfil do consumo de alimentos que o indivíduo consome ao longo do tempo. O padrão alimentar vem sendo considerado como a melhor opção para analisar a relação entre a ingestão de nutrientes na alimentação e o risco de doenças, permitindo compreender de maneira mais clara a alimentação como um todo, deixando de considerar os nutrientes individualmente. (SBC, 2006).

Segundo o estudo realizado pela DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), indivíduos que consomem uma dieta em baixa quantidade de sódio e pobre em gordura saturada apresentam redução significativa na PA, mesmo sem haver perda de peso. Deve-se enfatizar sobre o consumo de vegetais, laticínios desnatados incluindo alimentos integrais, frutas, peixe, frango, grãos e castanhas, reduzindo o consumo de doces, gordura saturada, bebidas concentradas em açúcar, carne vermelha e ingestão de sódio e rica em cálcio, potássio e magnésio. (CASANOVA *et al.*, 2008).

Um estudo realizado em 1996, demonstrou que o aumento de 30% na ingestão de proteína reduziu a PA em média 3 / 2,5 mmHg e o consumo de fibras reduziu os níveis pressóricos em média de 9 / 4 mmHg. (MEDCURSO, 2003). O potássio por ser facilitador na excreção renal do sódio é um importante elemento mineral para regulação da PA. O aumento da ingestão de potássio de 1,8 a 1,9 g/dia reduz, em média, 4 e 2,5 mmHg as pressões sistólica e diastólica nos hipertensos. Há estimativas de que a ingestão diária de cálcio superior a 1.000 mg podem reduzir 1,4 mmHg na PAS e 0,8 mmHg na PAD. O magnésio possui efeito vasodilatador que também favorece na regulação da PA. (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009).

Indivíduos hipertensos negros e idosos são simultaneamente sensíveis aos efeitos da dieta na pressão arterial. Pacientes hipertensos idosos que estão em tratamento farmacológico que alcançam e mantêm as metas da redução do peso corporal e da ingestão de sódio exibem, além da redução da pressão arterial, redução da necessidade de medicamentos anti-hipertensivos. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

2.4.1.4 Redução da ingestão de sódio

Há estimativas de que em nosso meio o hábito de ingerir sal seja de 10 a 12g/dia. Recomenda-se que a ingestão seja limitada em 6 g/dia. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

O consumo crônico de alimentos que contêm sal em demasia está associado à elevação da pressão arterial e mortalidade devido às doenças cardiovasculares. (COSTA; MACHADO, 2010). O sódio em excesso é responsável por elevar a PA através do aumento da volemia tendo como consequência o aumento do débito cardíaco, além de ser responsável por ativar vários mecanismos pressores, como a elevação da reatividade vascular das catecolaminas e angiotensina, elevação da reatividade vascular e dos inibidores ATPase e de sódio e potássio. (CESARINO *et al.*, 2004).

As estratégias a serem adotadas para reduzir a ingestão de sódio inclui orientar os hipertensos para que evite a ingestão de alimentos enlatados, envidrados, embutidos, pães e queijos, utilizar sal moderadamente no preparo de alimentos, não utilizar saleiro à mesa, aprender a identificar o conteúdo de sódio em alimentos e dar preferência a temperos naturais. (AMODEO; LIMA, 1996).

2.4.1.5 Moderação no consumo de bebidas alcoólicas

O consumo freqüente e em demasia do álcool possui associação com a elevação da PA, desregulação de triglicérides e de lipídeos e maior risco de doenças cerebrovasculares e infarto do miocárdio. O álcool eleva também a frequência cardíaca, aumentando o consumo de energia pelo miocárdio e o desgaste cardíaco em repouso (SOUSA *et al.*, 2009), além de apresentar resistência ao tratamento anti-hipertensivo. Por outro lado, consumir até duas doses por dia pode ter efeito benfeitor sobre a mortalidade por doenças coronarianas. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

Recomenda-se que a ingestão de bebidas alcoólicas seja limitada a menos de 30 ml/dia de etanol para os homens e uma dose ou 15 ml para as mulheres, o que corresponde a ingestão diária de no máximo 240 ml de vinho; 720 ml de cerveja ou 60 ml de bebida destilada para os homens. (BRASIL, 2006a). É importante que, sempre que possível, incentivar o paciente a abandonar o consumo total do álcool, uma vez que o mesmo é um grave problema de saúde pública, possuindo íntima relação com a dependência, deficiência imune e hepatopatias. (AMODEO; LIMA, 1996).

2.4.1.6 Incentivo ao abandono do tabagismo

O risco associado ao tabagismo se dá conforme a quantidade de cigarros fumados e à profundidade da inalação alcançada. Acredita ser maior nas mulheres do que nos homens. (SBC, 2006). O tabagismo aumenta o risco de aterosclerose, morte súbita, AVE, doença arterial coronariana além de possuir efeito hemodinâmico sistêmico e intra-renal. A nicotina eleva a frequência cardíaca e a PA através da estimulação simpática direta, ocasionando a elevação plasmática da epinefrina e norepinefrina. O tabagismo é determinante na microalbuminúria em diabéticos e não- diabéticos que possuem risco cardiovascular, além de ser responsável pela resistência ao tratamento anti-hipertensivo. (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

Deixar de fumar é uma medida de estilo de vida individual eficaz para prevenir a HA. Hipertensos que não aderem ao tratamento e normotensos fumantes possuem valores diurnos da PA mais elevados dos que os não fumantes e os que abandonam o tabagismo antes de atingirem a meia-idade possuem expectativa de vida igual ao dos que nunca fumaram. (SANTOS; ABREU-LIMA, 2009).

Hipertensos que fumam devem ser incentivados repetidamente a abandonar o hábito através de medidas de terapia de suporte específico e de aconselhamento. (SBC, 2002).

2.4.1.7 Controle das dislipidemias e diabetes

A associação das dislipidemias e diabetes mellitus com a HA é prejudicial, apesar de que esta associação não afeta os níveis da pressão arterial necessariamente. Restringir o consumo de alimentos com alto teor de açúcares simples, gorduras e colesterol contribui para a redução dos fatores de risco além de auxiliar no controle do peso corporal. (BRASIL, 1998).

A dislipidemia associada a HA são responsáveis por mais de 50% de risco em desenvolver doença arterial coronariana. O tratamento não-medicamentoso, através de modificação na qualidade de vida, implementação de cuidados na dieta, prática de atividade física regular e adequação do peso corporal são fundamentais. (BRASIL, 2006). A abordagem do diabetes e da HA deve ser estabelecida através do tratamento medicamentoso e não-medicamentoso, juntamente com mudanças na qualidade de vida. O controle nas taxas de glicemia e da pressão arterial, dependerá da correta adesão do paciente ao tratamento e das ações de educação em saúde que incentivem ou promovam mudanças na qualidade de vida. (SILVA *et al.*, 2006).

2.4.2 Tratamento medicamentoso

O tratamento da hipertensão arterial têm como objetivo fundamental reduzir a morbimortalidade cardiovascular do hipertenso que encontram-se aumentadas devido aos níveis pressóricos elevados e de outros determinantes agravantes. Pode ser utilizado o tratamento não-farmacológico isolado ou em associação ao tratamento medicamentoso. Os fármacos anti-hipertensivos a serem usados devem reduzir não somente os níveis pressóricos, mas também reduzir os eventos cardiovasculares. (BRASIL, 2006b). O tratamento medicamento necessita familiaridade com os fármacos anti-hipertensivos para que se tenha o controle eficiente dos níveis pressóricos com menor número possível de alterações metabólicas e efeitos colaterais. Por se tratar de um processo extenso, é fundamental estabelecer um bom relacionamento terapêutico com o paciente para que se obtenha a adesão ao tratamento proposto, além de motivação para as freqüentes reavaliações médicas, para que sejam estabelecidas corretamente ou para modificar o regime medicamentoso. (VEIGA, 1993). Os anti-hipertensivos são classificados em: diuréticos de alça, diuréticos tiazídicos, diuréticos poupadores de potássio, diuréticos osmóticos, inibidores da anidrase carbônica, inibidores adrenérgicos, vasodilatadores diretos, antagonistas dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora da angiotensina e antagonistas do receptor da angiotensina II.

2.5 PSF

Após consideráveis conquistas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o PSF (Programa Saúde da Família) surge como questão central à reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, busca-se instituir condições para que, permanentemente, o sistema de saúde, aproxime-se mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades, tornando-se mais solidário, humanizado, e principalmente, mais resolutivo. (COSTA, 2009).

A estratégia do PSF iniciou, no Brasil, em junho de 1991, quando o Ministério da Saúde implantou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) com a finalidade de reduzir a morbimortalidade infantil e materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através da expansão da cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desfavorecidas. (BRASIL, 1997). O PSF foi criado a partir de uma reunião em Brasília - DF, nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993, sobre o tema “Saúde da Família”. A reunião teve como objetivo a discussão para uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da necessidade da participação de demais profissionais para a construção de parcerias de trabalho

para que os agentes de saúde não mais atuassem isoladamente. (ROSA; LABATE, 2005). Surgiu como uma estratégia para a reorganização do modelo tradicional de assistência a partir da Atenção Básica, com a finalidade de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001), contribuindo para a transformação da estrutura de serviços de saúde, adquirindo legitimidade através dos fóruns e organismos colegiados de gestão, além de refletir no aumento da demanda para formação de recursos humanos para a saúde. (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Apesar de ser titulada como programa, o PSF, por suas especificidades, desvia-se da percepção utilizada por outros programas concebidos no Ministério da Saúde, por não ser uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. É considerado como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o intuito de favorecer a solução de problemas identificados. (BRASIL, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) estrutura-se em uma unidade de saúde, com equipe multiprofissional que trabalha com território de abrangência definido, tendo como responsabilidade realizar o cadastramento e acompanhamento da população adscrita na área. A mesma deve estar vinculada a uma rede de serviços de maneira que garanta a atenção integral aos indivíduos e famílias, assegurando a referência e contra-referência para os diversos níveis do sistema, visando a resolução dos problemas identificados na atenção básica. (BRASIL, 1997).

A atenção está centrada na família, possibilitando às equipes a compreensão do processo saúde/doença e de intervenções de saúde individuais e coletivas que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 2001). Não aguarda a população procurar a Unidade para ser atendida, vai de encontro dos mesmos em suas residências, através das visitas domiciliares sob intermédio dos agentes comunitários de saúde. (BOARETO, 2011). A assistência à saúde deixa de basear-se no modelo hospitalocêntrico e curativista, passando a valorizar as ações de promoção, prevenção e reabilitação, estabelecendo vínculos de compromisso entre os profissionais de saúde e os usuários. (FUHRMANN, 2003).

A ESF tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e suas famílias cadastradas na área de abrangência, de forma integral e/ou contínua, tendo na família o centro da atenção e não somente o indivíduo doente, mas sim o contexto familiar em que o mesmo está inserido. (MANO; PIERIN, 2005). A mesma tua estrategicamente propondo alianças, seja no interior do próprio sistema de saúde, nas ações

desenvolvidas nas áreas de saneamento, educação, cultura, transporte, dentre outras. (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 20), A Estratégia Saúde da Família possui como princípios gerais:

I - ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania.

O PSF, sob intermédio do contexto do SUS, incorpora as bases epidemiológicas presentes na Vigilância da Saúde, através do planejamento e programação da oferta de serviços tendo como base o enfoque epidemiológico, para a identificação dos fatores que possam provocar risco à saúde, possibilitando intervenção sobre os mesmos através de estratégias que visem à promoção da saúde. (SAMPAIO, 2004). O funcionamento da ESF resulta do trabalho em equipe, sendo essencial na construção de vínculos de comunicação, troca de saberes, compromisso e conhecimento entre os profissionais de saúde e destes com a população (BRASIL, 2009), além do desenvolvimento de uma atitude crítica e criativa ao lidar com os problemas de saúde da comunidade. (FIGUEIREDO, 2010).

A equipe da Estratégia Saúde da Família deve ser composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um a dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis ACS. (BRASIL, 2001). Em 2000, foram incluídas as equipes de Saúde Bucal. Pode ser incorporados a esta equipe mínima, o cirurgião-dentista, Técnico de Higiene Dental (THD) e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), levando em consideração a modalidade escolhida. (BRASIL, 2008). Cada equipe é responsável por acompanhar, em média, 3 mil habitantes na

sua área de abrangência. As equipes atuam principalmente nas Unidades Básicas de Saúde, residências dos indivíduos e no envolvimento da comunidade. (BRASIL, 2011).

Quando implantada de maneira adequada, a ESF possui capacidade de solucionar 85% dos casos de saúde, prevenindo doenças, reduzindo a procura por serviços hospitalares além de promover a melhoria dos indicadores de saúde em sua área de abrangência. (BRASIL, 2006a). O acompanhamento de saúde das famílias deve ser realizado através ações individuais e coletivas, designando à Unidade Básica de Saúde (UBS) a responsabilidade integral sobre o acompanhamento da população que reside na sua área de abrangência visando à promoção e melhoria da qualidade de vida. (ROCHA; ZEITOUNE, 2007).

2.6 HIPERDIA

O Sis-HIPERDIA, mais conhecido como HIPERDIA, é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos que foi criado através da Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, captado no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Permite monitorar os portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus atendidos e cadastrados em todas as Unidades Básicas do SUS e gerar informações para os gestores de saúde, para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos, de maneira sistemática, para todos os usuários cadastrados. (ALVES FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Está integrado ao Cartão Nacional de Saúde, que envia e recebe dados do Sistema CadSUS – Cadastro de Domicílios e Usuários do SUS, garantindo a identificação única do usuário do SUS, por intermédio do número do Cartão Nacional de Saúde. O HIPERDIA pode ser implantado em diferentes locais de instalação – Unidades Básicas de Saúde, Distritos Sanitários e Secretarias Municipais de Saúde. O Subsistema Municipal envia e recebe dados do Subsistema Federal do Sistema HIPERDIA, alimentando a Base Nacional do Cadastro de portadores de hipertensão e diabetes mellitus. (BRASIL, 2006). Dessa maneira, em médio prazo, será possível definir o perfil epidemiológico desta população com proposta de realizar a vigilância epidemiológica dos pacientes que apresentem maior risco de terem complicações, desenvolvendo estratégias de saúde pública que levem a modificação da situação atual, melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e redução do custo social. (MINAS GERAIS, 2006).

O formulário de Cadastro do hipertenso possui duas fontes distintas de dados. O elemento do formulário que refere-se aos dados de identificação do usuário, documentos

gerais, documentos obrigatórios e endereço devem ser preenchidas pelo profissional responsável por realizar o cadastramento, e o elemento do formulário que refere-se aos dados clínicos e de tratamento do paciente devem ser preenchidos pelo profissional responsável pelo atendimento do mesmo. (BRASIL, 2006). O paciente cadastrado é acompanhado mensalmente pelo profissional através da ficha de acompanhamento, quando retornar para consultar. São através desses instrumentos, que serão alimentadas as informações do programa. Faz-se necessário que os profissionais responsáveis pela assistência compreendam a importância do preenchimento adequado das fichas, pois os mesmos são peças chave para a aquisição de dados fidedignos, no final do processo (BRASIL, 2006 *apud* CASTRO *et al.*, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, dos 16,8 milhões de brasileiros que possuem hipertensão arterial, apenas 7,7 milhões estão cadastrados no SUS. (BRASIL, 2006 *apud* PAULA *et al.*, 2011). O Programa HIPERDIA, em médio prazo poderá identificar o perfil epidemiológico da população através da identificação precoce, assistência e acompanhamento adequado aos hipertensos de uma determinada área geográfica e do vínculo a ser estabelecido com as Unidades Básicas de Saúde, principalmente com as Unidades de Saúde da Família (GIROTTO; ANDRADE; CABRERA, 2010), sendo essencial para aumentar a prevenção, o diagnóstico, tratamento e controle da hipertensão arterial, reduzir o número de internações, a procura por pronto atendimento, gastos com tratamento decorrentes das complicações, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular, visando à melhoria da qualidade de vida da população. (CASTRO *et al.*, 2010).

2.7 Educação em saúde

A Declaração de Alma-Ata em 1978 identificou as atividades da Atenção Primária à Saúde com a finalidade de alcançar a meta de saúde para todos no ano 2000. Entre essas atividades, enfatizou-se a educação em saúde da população sobre a prevalência de problemas e seus artifícios de prevenção e controle. Apesar de já terem se passado muitos anos, a Declaração de Alma-Ata ainda se mantém atualizada em relação à necessidade da busca por promoção e prevenção da saúde da população. (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

A educação em saúde é um processo de ensino-aprendizagem de práticas e saberes que visa à promoção da saúde e a prevenção de doenças. (SOUZA *et al.*, 2007). É um recurso utilizado por profissionais de saúde através do conhecimento científico desenvolvido na área da saúde, tornando-se presente no cotidiano das pessoas, uma vez que a compreensão dos

fatores condicionantes do processo saúde-doença contribui positivamente para a adoção de mudanças de hábitos e melhoria nas condutas em relação à saúde. (ALVES, 2005).

Catrib afirma que:

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social. (CATRIB, 1998 *apud* MACHADO *et al.*, 2007, p. 340).

Conforme as responsabilidades e ações de estratégias prioritárias da Atenção Básica a Educação em Saúde figura-se entre as atribuições dos profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família. Segundo as recomendações da Estratégia Saúde da Família, a atenção deve iniciar-se através da busca ativa dos casos na comunidade, através de visitas domiciliares ou em rotina de aferição da pressão arterial dos pacientes. (BRASIL, 2006 *apud* ALVES; NUNES, 2006).

A educação em Saúde tem como prioridade o relacionamento educativo com a população, desvalorizando a verticalidade entre a relação profissional e usuário. Visa a valorização das trocas interpessoais, iniciativas dos usuários e, através do diálogo, buscam explicitar e compreender o saber popular. Tal metodologia opõe-se a maneira passiva utilizada pelas tradicionais práticas educativas. O usuário passa a ser reconhecido como sujeito que possui saber sobre o processo saúde, doença e cuidado, com capacidade para estabelecer diálogo com o serviço de saúde e de criar a análise crítica da realidade e aperfeiçoar estratégias de enfrentamento. (ALVES, 2005).

A Atenção Básica possui como desafio a incorporação de novas práticas saudáveis que possam beneficiar a população. Apesar de que na Atenção Primária as ações estejam voltadas para a prática curativista, ocupando a disponibilidade dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde, a participação dos mesmos nas atividades educativas são imprescindíveis para a propagação de comportamentos saudáveis para a população. (SIQUEIRA *et al.*, 2009).

As ações devem possuir como ênfase a construção do diálogo, utilizando linguagem de fácil compreensão e clara. Através do diálogo, o trabalhador passa a conhecer e compreender a realidade do usuário. (BRASIL, 2001).

2.8 Grupo operativo HIPERDIA

Com a finalidade de acompanhar na ESF os pacientes hipertensos, realizar o seu cadastramento e adquirir informações que disponibilizem a distribuição de medicamentos, o Ministério da Saúde criou o Programa por meio da Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002. (BRASIL, 2006 *apud* CORREA; CARVALHO; CUNHA, 2010). Trata-se de reuniões realizadas para os hipertensos acompanhados na Unidade de Saúde, em que os mesmos são orientados sobre a patologia, compartilham suas dificuldades e recebem medicamentos para o seu tratamento. (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010). O Programa possui como benefício o conhecimento do perfil epidemiológico da hipertensão arterial da população, contribuindo para que se possa realizar o controle correto e rigoroso do tratamento. (BRASIL, 2006 *apud* CORREA; CARVALHO; CUNHA, 2010).

Pierin e colaboradores destacam que “um dos maiores desafios no controle da hipertensão arterial é conseguir a adesão dos hipertensos para garantir o sucesso do tratamento em longo prazo”. (PIERIN *et al.* 2001, p.11). A educação em saúde é, então, fundamental, uma vez que não é possível controlar a pressão arterial se o paciente não for orientado corretamente sobre os princípios em se baseia o tratamento. (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010).

A educação em saúde realizada nos grupos operativos deve ser feita de maneira interativa, agregando o profissional de saúde ao grupo, fazendo com que os hipertensos reflitam e critiquem a sua realidade, além de observar os problemas mais comuns entre os mesmos e trocar experiências. (SILVA *et al.*, 2006). A assistência aos indivíduos portadores de hipertensão arterial necessita de que a equipe de saúde tenha total atenção no que diz respeito à problemática para o controle. (SILVA; COLÓSIMO; PIERIN, 2010).

A ESF possui papel fundamental na realização de implementações do cuidado integral ao hipertenso, uma vez que a equipe deve atuar no desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida saudáveis, como estratégias que possam evitar o aparecimento da doença, reduzir os danos, riscos, incapacidades e gastos. (MENEZES; GOBBI, 2010).

As ações de promoção de educação em saúde devem ser desenvolvidas tanto para o paciente quanto para os seus familiares, pois estes possuem grande capacidade de persuasão nas decisões daqueles. (MENEZES; GOBBI, 2010). Gomes, Silva e Santos afirmam que:

A atenção primária ao hipertenso, quando centrada na família, percebida a partir de seu ambiente físico e social, possibilita uma compreensão ampliada do processo

saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Dessa forma, a atuação é integrada, com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem da avaliação de risco cardiovascular, com medidas preventivas primárias e atendimento à hipertensão arterial. (GOMES; SILVA; SANTOS, 2010, p.133).

2.9 Papel do Enfermeiro

O presente trabalho foi realizado entre os meses de maio a julho do ano de 2012 da ESF Saúde e Vida em Pedra Azul, onde se verificou um número relativamente alto de Hipertensos, sendo um total de 548 clientes, o estudo conta com a implementação de atividades voltadas para promoção da saúde para esse grupo, destacando o papel do Enfermeiro nessas ações. É importante ressaltar que as ações desenvolvidas visam estimular a participação dos idosos, respeitando os limites e comprometimentos de cada um.

As atividades desenvolvidas com o grupo, são referentes à palestras educativas, dinâmicas de grupo, atividade física como relaxamento, caminhadas, educação postural, entre outras, passeios, chá-da-tarde e bingos.

Os hipertensos da ESF Saúde e Vida recebem a medicação anti-hipertensiva em domicílio através dos agentes comunitários de saúde, o que por um lado facilita a adesão ao tratamento medicamentoso, diminui a sobrecarga de consultas e o número de receitas para trocar, mas por outro lado, a adesão ao acompanhamento médico e de Enfermagem fica prejudicado.

O acompanhamento médico e de Enfermagem através das consultas e grupos operativos é de suma importância para esses pacientes, pois a maioria faz apenas uso de anti-hipertensivos como método de tratamento, pois não houve adesão na participação nos grupos de hipertensos, o que dificulta a realização de ações voltadas para promoção da saúde.

O acolhimento desses hipertensos deve ser fortalecido a fim de proporcionar uma boa orientação, tendo em vista que só o tratamento medicamentoso por si só não é eficaz. A medicação deve ser associada a uma boa qualidade de vida, o que inclui a prática de exercício físico, alimentação regulada, cuidado com o estresse, e não usar tabaco e álcool. Pois a manifestação da doença não é explicada apenas por relação de causa e efeito, mas pelo contexto social e estilo de vida que o indivíduo leva, como a maneira de ser do sujeito, seus hábitos e suas expressões. (TIMM et al., 2012).

Diante disso, buscou-se além do conhecimento científico e técnico ter sensibilidade para perceber a necessidade de cada um e acolhimento mais humanizado. Essa forma de tratamento influencia diretamente no relacionamento de confiança entre o Enfermeiro e o

cliente, pois o indivíduo não segue o que lhe é imposto e sim observa e aceita as possibilidades que você oferece.

As palestras foram realizadas com uma linguagem acessível a todos, através de temas voltados para alimentação saudável e importância da vida física na terceira idade, alívio do estresse através de caminhadas e ginástica, a importância de uma qualidade de vida saudável, dispensando hábitos relacionados ao uso de tabaco e álcool e a importância da adesão a medicações para complementação do tratamento.

As ações de educação em saúde são reconhecidas como necessárias ao tratamento apropriado. No entanto, muitas vezes, há desmotivação para realizá-las, pela pouca adesão desses usuários ao cuidado integral, sobretudo, ao tratamento não farmacológico e a falta de comparecimento nas reuniões de grupos operativos, o que foi perceptível na realização desse trabalho.

Para efetivar a interdisciplinaridade na prática cotidiana do trabalho em saúde, todos os profissionais envolvidos diretamente no cuidado à pessoa com HAS precisam dialogar entre si e construir a base do trabalho coletivo em saúde com competência crítica e reflexiva da situação de vida das famílias sob suas responsabilidades. Neste sentido poderemos destacar o essencial papel do Enfermeiro na promoção da saúde dos Hipertensos.

Primeiramente, é necessário que o enfermeiro tenha, além da competência técnica e fundamentação científica, o conhecimento dos aspectos emocionais e das necessidades individuais de cada paciente. Ao conhecer como o indivíduo e seus familiares lidam com as questões do cotidiano que os preocupam, o profissional pode planejar e implementar uma assistência mais individualizada e integralizada. O enfermeiro deve estabelecer um diálogo ultrapassando o formalismo técnico habitual, abordando-o com uma linguagem acessível, facilitando o entendimento de sua doença e adesão ao tratamento (CARREIRA; MARCON, 2003; PACHECO; SANTOS, 2005; MENEZES; GOBBI, 2010).

O papel do enfermeiro na educação em saúde de pessoas portadoras da Hipertensão Arterial é um dos maiores desafios para a saúde pública no Brasil, onde cabe a esse profissional desempenhar, com exatidão, acolhimento e didática, levando em consideração fatores culturais e condicionais do paciente, exercendo o seu papel de educador em qualquer campo de atuação, seja no ensino ou em serviço, pois, tal função é tão importante quanto a assistencial, administrativa ou científica para que ele tenha autonomia de decisão, de acordo com a realidade do paciente. A troca de saberes observando o conhecimento prévio do paciente sobre o assunto, não impondo conceitos e sim dando alternativas é essencial para uma melhor adesão ao tratamento. (SILVA; CUNHA, 2000).

Podemos citar como fatores de risco modificáveis: a obesidade, a falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada com excesso de sódio, conservantes e gorduras, além do estresse. Fatores esses que a enfermagem, a qual está mais próxima do contexto familiar, deve atentar-se para promover ações de educação em saúde tanto para o paciente como para seus familiares, visto que estes possuem um grande poder de persuasão sobre as decisões daqueles.

Os enfermeiros e membros da equipe, na ESF, vivenciam a pouca adesão e abandono ao tratamento anti-hipertensivo. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática tão frequente. Este processo educativo deve ser realizado periodicamente nas visitas domiciliares, consultas médicas e de enfermagem. (MENEZES; GOBBI, 2010).

O enfermeiro deve fornecer informações sobre sua doença, incluindo todas suas possíveis complicações, alternativas de tratamento, seus riscos e benefícios, assegurando educação para o autocuidado, a fim de que o cliente torne-se responsável por sua própria vida. Sugere-se a utilização de estratégias lúdicas para o esclarecimento de termos científicos e assuntos de difícil compreensão; apoio físico e psicológico, por meio da expressão da preocupação e do interesse, demonstrados pelo olhar, pelo toque, e pelo escutar sensivelmente. Deve-se compreender a cultura das pessoas e não julgá-la, afinal o conhecimento de hábitos, padrões e comportamentos auxiliam na forma como se desenvolverá o processo educativo. (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2006).

3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A principal finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

A Equipe Saúde é Vida, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por cada operação e os prazos para a realização de cada produto conforme o quadro abaixo:

QUADRO 1: Propostas de Intervenção

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Hábitos Alimentares Incorretos e Uso Incorreto da Medicação Organização dos serviços prestados, adequação dos meios lingüísticos traçando uma comunicação viável aos vários níveis de conhecimento	Garantir ao usuário o entendimento real da comunicação dispensada durante as educações em saúde e consultas.	Usuários mais esclarecidos; Compromisso maior com alimentação saudável e uso correto das medicações.	-Reunião quinzenal(educação continuada com a equipe, exaltando a importância do controle alimentar e uso correto das medicações);	Marcella, Yuri, Victor, Noelison e Cirlene	02 meses para início das atividades
Sedentarismo Conscientização da população sobre os riscos da hipertensão e do diabetes associado aos hábitos de vida sedentários.	Aumentar o nível de informação a respeito da importância da atividade física	Aumento da prática dos exercícios físicos; Melhora da qualidade de vida; Grupos de caminhada; Ações educativas.	Projeto específico para rádio e TV; projeto de incentivo à atividade física, caminhada saudável.	Álvaro, Márcia, Marcella Yuri, Fátima, Vilma e Caio	06 meses para início das atividades
Tabagismo/Alcoolismo Despertar o interesse do auto-cuidado e mudança	Diminuir números de sedentários, tabagistas,	Organização de grupos de combate ao tabagismo;	Projetos de grupos operativos de referência formada por equipe	Álvaro, Márcia, Marcella, Yuri, Lilian,	07 meses para início

do estilo de vida	estilistas e prevenção de agravos.	Aumento dos usuários esclarecidos.	multiprofissional.	Victor, Cristiana e Adriana	das atividades
Falta de Compreensão sobre informações a respeito dos riscos e agravos Informação e conscientização da população a respeito dos riscos e agravos	Aumentar o nível de informação.	Ações educativas, utilização do apoio dos líderes e associações comunitárias.	Projeto de grupos operativos formados pela equipe multiprofissional, juntamente com rádio e TV para melhor divulgação.	Álvaro, Márcia, Marcella, Yuri, Victor, Rosemeire, Vilma e Paula	04 meses para início das atividades

Fonte: DAMASCENA S. M. Elaboração do Plano de Ação de Enfrentamento do Problema Hipertensão Arterial pela ESF Saúde é Vida. In CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Teófilo Otoni. **Anais...** Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012a.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que o ato educativo, assim como o tratamento medicamentoso, é uma ferramenta indispensável no tratamento de pacientes hipertensos, daí a importância de um plano de ação bem definido, proposto com o objetivo facilitar as intervenções referentes à temática favorecendo a implementação de ações visando melhores resultados.

A elaboração do Diagnóstico Situacional da ESF Saúde é Vida, foi primordial para a identificação e priorização dos problemas, contribuíram para o conhecimento dos reais problemas da população, possibilitando a criação de um plano de ação para resolução dos problemas enfrentados pela equipe. O problema foi selecionado, alguns “nós críticos” foram identificados criando assim estratégias para resolvê-los. Mas muitos recursos são difíceis de conseguir, dificultando a ação. Com isso conclui-se que esse plano será solucionado com efetividade a longo prazo.

REFERÊNCIAS

AMODEO, Celso; LIMA, Eliudem Galvão; VASQUEZ, Elisardo C. Hipertensão Arterial. Departamento de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Editora Saraiva - São Paulo: SARVIER, 1997.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, n. 16, p. 39-52, set/fev. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2013.

ALVES, Vânia Sampaio; NUNES, Mônica de Oliveira. Educação em saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 10, n. 19, p. 131-47, jan/jun. 2006.

ALVES FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HIPERDiA. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, vol. 53, n. 1, p. 80–86, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v53n1/v53n1a12.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2013.

BOARETO, Patrícia Pinho. **A inclusão da equipe de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF)**. 2011. 33f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Campos Gerais, MG. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2630.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

BRANDÃO, A. P. et al. R. Epidemiologia da hipertensão arterial. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, vol. 13, n. 1, p. 7-19. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Família: Uma estratégia para a reorganização da Atenção Básica**. Brasília, 1997. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fProgramaSaudeDaFamiliaoficinafP1.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2013.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Nefrologia. **III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial**. SBN, 1998. 54p. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/pdf/diretrizes/III_Consenso%20Brasileiro_Hipertensao.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Programa Saúde da Família. **Revista Saúde Pública**, vol. 34, n. 3, p.316-319, jun. 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n3/2237.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacs01.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **SISTEMA HIPERDIA**. MANUAL DE INSTALAÇÃO E OPERAÇÃO, Rio de Janeiro, nov. 2006. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**, ano VII, n.10, abr/jun. 2006. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **SISTEMA HIPERDIA**. MANUAL DE INSTALAÇÃO E OPERAÇÃO, Rio de Janeiro, nov. 2006b. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 08 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil** : uma análise de indicadores selecionados : 1998 2005/2006, Departamento de Atenção Básica, 2ª ed. – Brasília, série C. Projetos, Programas e Relatórios, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/saude_familia_no_brasil_uma_analise_indicadores_selecionados_1998_2006.pdf>. Acesso em: 04 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na escola – Brasília: **Cadernos de Atenção Básica**, n. 24, série B. Textos Básicos de Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/lildbi/docsonline/9/2/129-CAB_24_saude_na_escola.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/atencao_basica.php>. Acesso em: 04 set. 2013.

CARREIRA, L.; MARCON, S. S. Cotidiano e trabalho: Concepções de Indivíduos Portadores de Insuficiência Renal Crônica e seus Familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.11, n. 6, p. 823-31. 2003.

CASANOVA, Marcela de Abreu *et al.* Análise qualitativa e quantitativa do padrão alimentar de uma população hipertensa com síndrome metabólica. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**, vol. 21, n. 4, p. 205-211, jul/ago, 2008. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2008_04/a2008_v21_n04_a01mcasanova.pdf>. Acesso em: 20 out. 2013.

CASTRO, Maria Euridéa de; ROLIM, Maysa Oliveira and MAURICIO, Tibelle Freitas. Prevenção da hipertensão e sua relação com o estilo de vida de trabalhadores. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol.18, n.2, p. 184-189. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a11v18n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

CASTRO, Natércia Gomes de *et al.* **HIPERDIA**: conhecimento da cobertura do programa no Maranhão. *Cadernos de Pesquisa*, São Luís, vol. 17, n. 2, maio/ ago. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicoeletronicos.ufma.br/index.php/cadernosdepesquisa/article/viewFile/249/181>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

CESARINO, Claudia B. *et al.* Abordagem educativa sobre restrição salina ao paciente hipertenso. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, vol. 11, n. 4, p. 234-237, out/dez. 2004. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/Vol-11-4/08%20-%20id%2065.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

CORRÊA, Thiago Domingos *et al.* Hipertensão arterial sistêmica: atualidades sobre sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento. *Arquivo de Medicina do Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, vol. 31, n.2, p.91-101, 2005. Disponível em: <<http://site.fmabc.br/admin/files/revistas/31amabc91.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2013.

CORREA, Priscila Camargo; CARVALHO, Danielli Brussi de; CUNHA, Antonio Carlos Guerra da. O grau de escolaridade e sua relação com o Programa Hiperdia na unidade básica de saúde da vila sabiá. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, vol. 12, n. 4, p. 15 19, 2010. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/3268/pdf>>. Acesso em: 08 set. 2011.

COSTA, Glaucete Dias da *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, vol. 62, n. 1, p. 113-8, janeiro-fevereiro, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/17.pdf>>. Acesso em: 04 mar. 2011.

COSTA, Fabiana Pires; MACHADO, Sandra Helena. **O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças?** *Ciência e Saúde Coletiva*, vol. 15, n. 1, p. 1383-1389, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/048.pdf>>. Acesso em: 26 nov. 2011.

DAMASCENA S. M. Síntese do diagnóstico situacional da Estratégia de Saúde da Família Saúde é Vida no município de Pedra Azul. *In* CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Teófilo Otoni. *Anais...* Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

DAMASCENA S. M. Elaboração do Plano de Ação de Enfrentamento do Problema Hipertensão Arterial pela ESF Saúde é Vida. *In* CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA, Teófilo Otoni. *Anais...* Teófilo Otoni: Universidade Federal de Minas Gerais, 2012a.

DAMASCENO, Priscila David de Lima *et al.* Estudo da adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial. *Revista Eletrônica Pesquisa Médica*, vol. 2, n. 4, outubro – dezembro, 2008. Disponível em: <<http://www.fisfar.ufc.br/pesmed/index.php/repmed/article/viewFile/222/204>>. Acesso em: 25 nov. 2011.

FELIPE, Gilvan Ferreira; ABREU, Rita Neuma Dantas Cavalcante de; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Revista Escola de Enfermagem USP**, vol. 42, n. 4, p. 620-7, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a01.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

FIGUEIREDO, Luana Alves de *et al.* Análise da utilização do SIAB por quatro equipes da estratégia saúde da família do município de Ribeirão Preto, SP. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 18, n.3, p. 418-23, 2010. Disponível em: <http://www.iesc.ufrj.br/caderno/imagens/csc/2010_3/artigos/CSCv18n3_pag418-23.pdf>. Acesso em: 29 set. 2011.

FUHRMANN; Nadia Lucia. Programa Saúde da Família: viabilizando a saúde pública universalizada no Brasil. **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 2, ano II, dezembro, 2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/966/746>>. Acesso em: 04 set. 2011.

GIROTTI, Edmarlon; ANDRADE, Selma Maffei de; CABRERA, Marcos Aparecido Sarriá. Análise de três fontes de informação da atenção básica para o monitoramento da hipertensão arterial. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, vol. 19, n. 2, p.133 - 141, abril - junho, 2010. Disponível em: <<http://scielolab.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v19n2/v19n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.

GOMES, Tiago José de Oliveira; SILVA, Monique Vércia Rocha e; SANTOS, Almira Alves dos. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa HIPERDIA em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol.17, n. 3, p. 132-139, 2010.

LESSA, Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 13, n. 1, p. 39-46, 2006. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

LOPES, Louisy Oliveira; MORAES, Elzira Diniz de. Tratamento não-medicamentoso para Hipertensão Arterial. **Revista Saúde**, 8 p. 2010. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf>. Acesso em: 4 out. 2013.

MACHADO, Leise Rodrigues Carrijo; CARR, Márcia Regina. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo, **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, v.41, n.4, p.573-80, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n4/05.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2011.

MAGALHÃES, Maria Eliane Campos. Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar?. **Revista Brasileira de Hipertensão**, vol. 16, n. 7, p. 93-97, 2010. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-2/08-prevencao.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2011.

MAGNABOSCOL, Patricia; NOGUEIRA, Maria Suely. Avaliação da contribuição do grupo de convivência para o cuidado do indivíduo hipertenso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, vol. 13, n. 1, p. 110-117, janeiro – março, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/pdf/v13n1a12.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

MANO, Gisele Machado Peixoto; PIERIN, Angela Maria Geraldo. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 18, n. 3, p. 269-75, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/appe/v18n3/a07v18n3.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

MEDCURSO. Hipertensão Arterial. **Revista de Cardiologia**, vol. 2, 2003.

MENEZES, Ana Gabriela Mota Pereira de; GOBBI, Débora. Educação em saúde e Programa de Saúde da Família: atuação da enfermagem na prevenção de complicações em pacientes hipertensos. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, vol. 34, n.1, p. 97-102. 2010. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/13_revisao_Educacao.pdf>. Acesso em: 13 set. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**, 1º ed. - Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHipertensao.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2011.

MION JR, Décio *et al.* Diagnóstico da hipertensão arterial. **Medicina**, Ribeirão Preto, n. 29, p. 193-198, abril-setembro, 1996. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/licahi/diagnostico_da_hipertensao_arterial.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

MONTEIRO, Maria de Fátima; SOBRAL FILHO, Dário C. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol. 10, n. 6, novembro – dezembro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbme/v10n6/a08v10n6.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2011.

NOBRE F. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 1, janeiro/março. 2010.

OLIVEIRA A. E.; BHBACH S.; FLEGELER S. D. **Perfil de Hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família**. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):383-7

OLIVEIRA, A. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011. Disponível em <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em 20/02/2013.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I. Cuidar de Cliente em Tratamento Conservador para Doença Renal Crônica: Apropriação da Teoria de Orem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, vol.13, p. 257-62. 2005.

PACHECO, G. S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Características de Clientes com Doença renal Crônica: Evidências para o Ensino do Autocuidado. **Revista de Enfermagem da UERJ**, vol. 14, n.3, p. 434-9. 2006.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 22, n. 2, p. 377-385, fevereiro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n2/15.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2011.

PAIVA, Sirlei Guerra; SANABRIA; Lídia Marcia Heringer. Hipertensão Arterial, Avc: a importância do enfermeiro nos grupos operativos. **Revista Educação, Meio Ambiente e Saúde**, vol.3, n.1, p.189-196, 2008. Disponível em: <<http://www.faculadefuturo.edu.br/revista/2008/pdfs/REMAS3%281%29189a196.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2011.

PASSOS, Valéria Maria de Azeredo; ASSIS, Tiago Duarte; BARRETO, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, vol. 15, n. 1, p. 35 - 45, 2006. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/portal/ess/v15n1/pdf/v15n1a02.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2011.

PAULA, Patrícia Aparecida Baumgratz de *et al.* O uso do medicamento na percepção do usuário do Programa Hiperdia. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 16, n. 5, p. 2623 - 2633, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a32v16n5.pdf>>. Acesso em: 16 jun. 2011.

PIERIN, Angela M. G. *et al.* O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. **Revista da Escola de Enfermagem - USP**, vol. 35, n. 1, p. 11- 18, março, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n1/v35n1a02.pdf>>. Acesso em: 14 jul. 2011.

RIBEIRO, Artur Beltrame; PLAVNIK, Frida Liane. Atualização em Hipertensão Arterial: **clínica, diagnóstica e terapêutica**. 2º Ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

ROCHA, Jesanne Barguil Brasileiro ; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner. Perfil dos enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 1, p. 46-52, janeiro-março, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 22 jul.2011.

ROMERO, Giselda Martins. **Perfil dos portadores de hipertensão cadastrados nas unidades de saúde da família do município de Paracatu-MG**. 2010. 81 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Franca, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, São Paulo. Disponível em: <<http://www.promocaodesaude.unifran.br/dissertacoes/2010/GiseldaMartins.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

ROSA; Walisete de Almeida Godinho, LABATE; Renata Curi. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino – Americana de Enfermagem**, vol. 13, n. 6, p.1027-1034, novembro-dezembro, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2011.

SAMPAIO; Luís Fernando Rolim, LIMA; Pedro Gilberto Alves de. **História do PSF no país e no RS**, janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/index.php?p=p_10>. Acesso em 04 set. 2011.

SANTOS, Ana Cristina; LIMA - ABREU, Cassiano. Hipertensão de difícil controle: impacto do estilo de vida. *Revista Brasileira de Hipertensão*, vol. 16, n. 1, p. 55-56, 2009. <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/16-sup11/03-hipertensao.pdf>

SANTOS, Zélia Maria de Sousa Araújo; LIMA, Helder de Pádua. Tecnologia educativa em saúde na prevenção da hipertensão arterial em trabalhadores: análise das mudanças no estilo de vida. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, vol. 17, n. 1, p. 90-97, janeiro-março, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/10.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2011.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Card.**, 82 (Supl. 4), 7-22. SBC: São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013.

SILVA, Terezinha Rodrigues *et al.* Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, vol. 15, n. 3, p.180-189, setembro-dezembro, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

SILVA, Stael Silvana Bagno Eleutério da, COLÓSIMO, Flávia Cortez, PIERIN, Angela Maria Geraldo. O efeito de intervenções educativas no conhecimento da equipe de enfermagem sobre hipertensão arterial. **Revista Escola de Enfermagem - USP**, vol. 44, n. 2, p. 488-96, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/35.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

SIQUEIRA, Fernando Vinholes et al. Aconselhamento para a prática de atividade física como estratégia de educação à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n. 1, p. 203-213, jan. 2009.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUSA, Francisco Fernando Almeida *et al.* Pessoas em recuperação do alcoolismo: avaliação dos fatores de risco cardiovasculares. **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**, Brasil, vol. 5, n. 2, p. 1-14, 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/803/80313060004.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2011.

SOUZA, Ana Rita Araújo de *et al.* Um Estudo sobre Hipertensão Arterial Sistêmica na Cidade de Campo Grande, MS. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, vol. 88, n.4, p. 441-446, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v88n4/13.pdf>>. Acesso em : 8 nov. 2011.

TIMM, Marcella Simões et al. **A importância da educação em saúde às pessoas com hipertensão em uma estratégia de saúde da família**. Centro Universitário Franciscano, 2012. Disponível em: <<http://www.unifra.br/eventos/sepe2012/Trabalhos/5975.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2013.

VEIGA, Eugenia Velludo. Estudo dos fatores de risco da hipertensão arterial: conhecimento e exposição. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo**, n. 6, p. 1-5, 1993. Disponível em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/Artigo167fin.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.65, n.3, p. 445-453. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n3/v65n3a08.pdf>>. Acesso em: 3 set. 2013.