



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA**

JANAYNA DIAS LIMA

**PERFIL CLÍNICO E ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS AO PROGRAMA DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE: UM ESTUDO PILOTO**

**CAMPINA GRANDE-PB
2014**

JANAYNA DIAS LIMA

**PERFIL CLÍNICO E ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS AO PROGRAMA DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE: UM ESTUDO PILOTO**

*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para a obtenção do
grau de Bacharel em Fisioterapia.*

Orientador (a): MARIA AUGUSTA COSTA
DE MOURA

**CAMPINA GRANDE-PB
2014**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

L732p Lima, Janayna Dias.

Perfil clínico e acessibilidade de usuários ao programa de controle da hipertensão arterial na cidade de Campina Grande [manuscrito] : um estudo piloto / Janayna Dias Lima. - 2014. 21 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Prof. Me. Maria Augusta Costa de Moura, Departamento de Fisioterapia".

"Co-Orientação: Prof. Me. João Virgínio de Moura, Departamento de Fisioterapia".

1. Hipertensão Arterial. 2. Epidemiologia. 3. Promoção de Saúde. I. Título.

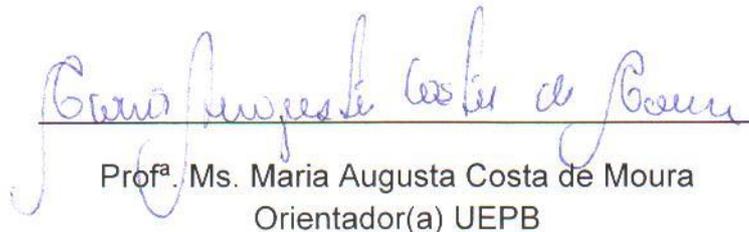
21. ed. CDD 616.132

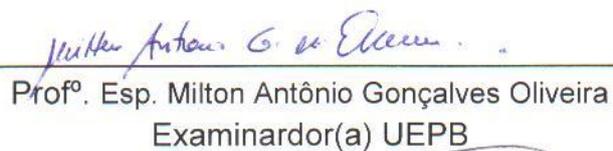
**PERFIL CLÍNICO E ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS AO PROGRAMA DE
CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE: UM ESTUDO PILOTO**

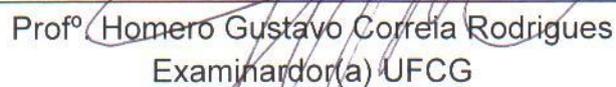
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 01 / 07 / 2014.

Banca Examinadora


Prof^a. Ms. Maria Augusta Costa de Moura
Orientador(a) UEPB


Prof^o. Esp. Milton Antônio Gonçalves Oliveira
Examinador(a) UEPB


Prof^o. Homero Gustavo Correia Rodrigues
Examinador(a) UFCG

PERFIL CLÍNICO E ACESSIBILIDADE DE USUÁRIOS AO PROGRAMA DE CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE: UM ESTUDO PILOTO

LIMA, Janayna Dias¹

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é considerada um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Têm alta prevalência e baixas taxas de controle. **Objetivos:** Mensurar o perfil de indivíduos atendidos pelo programa de controle da Hipertensão Arterial e identificar através dos usuários o acesso ao programa de controle da na cidade de Campina Grande-PB. **Metodologia:** Trata-se de um estudo piloto, cujo estudo maior do qual faz parte é de caráter transversal. A pesquisa foi realizada em 5 centros de saúde com amostra de 55 indivíduos. Para coleta de dados foi utilizado um questionário estruturado, dividido em quatro partes: características sociodemográficas; características clínicas; informações sobre hábitos de vida e avaliações específicas; e informações sobre o programa de hipertensão arterial. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual (UEPB), sob o protocolo 10224713.4.0000.5187. Os dados foram submetidos à análise através da estatística descritiva com o uso do pacote estatístico SPSS versão 19.0. **Resultados:** A maioria dos indivíduos era do gênero feminino (65,5%), cor não branca (78,2%), ex-tabagista (59,3%), possuía razão cintura quadril não adequada (60%) e sobrepeso (52,7%). A atividade que a maioria dos usuários relatou receber foi medida da pressão arterial (92,7%) e o profissional de maior acesso foi o médico (85,5%). Quanto às barreiras e facilitadores para ter acesso às atividades desenvolvidas pelo centro de saúde, 50,9% relatou possuir alguma barreira e 74,5% alguma facilidade. **Conclusão:** Estudos semelhantes devem ser realizados, com o intuito de traçar melhores estratégias para atender essa população.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial. Epidemiologia. Promoção de Saúde.

¹Acadêmica do curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba, - UEPB – Campina Grande (PB), Brasil. E-mail: janaynadlima@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, as mudanças ocorridas no perfil epidemiológico determinaram um aumento da prevalência de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MALTA et al., 2012). De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em 2008, 31,5% da população brasileira apresentava algum tipo de doença crônica, sendo mais prevalente em mulheres (IBGE, 2008). Dentre as DCNT, as doenças cardiovasculares (DCV) vêm sendo apontadas entre as mais prevalentes (SCHMIDT et al., 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco ligados as DCV, sendo, portanto, um importante problema na área de saúde pública (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). No Brasil, cerca de 30% da população apresenta HAS, sendo esta mais prevalente em homens até os 50 anos e mulheres a partir da quinta década (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A HAS caracteriza-se por ser uma condição clínica multifatorial, na qual estão envolvidos fatores de risco modificáveis (hábitos alimentares, inatividade física, obesidade, tabagismo, alcoolismo, uso de anticoncepcionais) e não modificáveis (idade, hereditariedade, sexo) (SILVA; SOUZA, 2004).

Com a maior prevalência de hipertensão arterial, houve uma elevação da demanda e utilização de serviços de saúde no país, com igual aumento dos gastos para controle da hipertensão arterial. Os custos hospitalares para hipertensos vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) e suas principais complicações está cada vez mais elevado (LESSA, 2006). De acordo com Mazzocante, Moraes e Campbell (2012) apenas no ano de 2011 a relação de gastos com hipertensão arterial pelo SUS foi de R\$ 42.939.897,85.

Nessa perspectiva, e observando o cenário assistencial à saúde da população brasileira, no qual cerca de 75% desta utiliza o sistema público de saúde, torna-se clara a necessidade de incorporação de políticas que visem a prevenção e controle da HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). No Brasil, o SISHIPERDIA configura como o principal sistema de cadastramento e acompanhamento da HAS, garantindo o recebimento dos medicamentos prescritos, por meio de equipes treinadas para diagnóstico e monitorização da pressão arterial dos pacientes, prescrição de medicamentos para controle da hipertensão e controle dos fatores de risco modificáveis (BRASIL, 2002; LIMA et al., 2012).

Embora haja a necessidade da atuação de programas de saúde, é notável a dificuldade da incorporação destes, bem como de ações de promoção da saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007). Isso se deve, entre outras coisas, as dificuldades existentes na adesão de

pacientes ao tratamento, equipes de estratégia de saúde da família com número reduzido de profissionais, dificuldades na implantação de programas, políticas e ações que visem reduzir o número de fatores de risco modificáveis para HAS na população.

Desse modo, os objetivos desse trabalho são: mensurar perfil de indivíduos atendidos pelo programa de controle da Hipertensão Arterial e identificar através dos usuários o acesso ao programa de controle da Hipertensão Arterial.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Promoção da Saúde

Promoção da Saúde é definida como a capacitação das pessoas e comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, segundo a Carta de Ottawa (1986). Seu conceito tem sofrido modificações desde a década de 1920 e hoje é uma das estratégias do setor saúde para tentar melhorar a qualidade de vida da população (OLINDA; SILVA, 2007; BRASIL, 2010). O conceito de saúde é definido como um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade (WHO, 1946), dessa maneira a atenção à saúde no Brasil tem investido na criação, implementação e efetivação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como característica principal promover a qualidade de vida e minimizar vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes: modos de viver, habitação, condições de trabalho, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010). A criação de programas voltados à atenção básica tem aumentado, principalmente com abordagem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o SISHIPERDIA um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos que permite cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados e vinculados às unidades de saúde ou equipes da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (CHAZAN-PEREZ, 2008).

Entretanto, apesar de existir um avanço na procura por melhoria nas condições de saúde e qualidade de vida de indivíduos através de programas e ações de promoção da saúde, a implementação dessas políticas sofrem dificuldades, como consequência da multiplicidade dos aspectos envolvidos, por exemplo, as desigualdades socioestruturais (TRAVERSO-

YÉPEZ, 2007). Dentro do contexto de promoção de saúde, faz-se necessário observar às principais causas de problemas de saúde, tais como a hipertensão arterial, que pode gerar problemas a população e ocasionar modificações na sua qualidade de vida.

2.2 Hipertensão Arterial: um problema de saúde pública

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode estar entre um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Têm alta prevalência, baixas taxas de controle e é considerada um importante fator de risco (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010) para doenças cerebrovascular, coronariana, vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007). Desse modo, o aumento das doenças do aparelho circulatório, tem levado à oferta de programas oficiais visando implementar atividades sistemáticas, com intuito de melhorar os problemas com doenças cardiovasculares (SOUSA et al, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), no Brasil existem cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais, número crescente, tornando o aparecimento cada vez mais precoce, atualmente também vem aumentando o número de hipertensão em adolascntes e crianças.

A HAS é considerada uma condição clínica multifatorial que cursa com níveis altos e sustentados de pressão arterial (PA) (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). A prevalência da hipertensão sofre influência de diversos fatores, tais como: idade, gênero, excesso de peso e obesidade, etnia, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo e situação socioeconômica (OLMOS; LOTUFOI, 2002). Para indivíduos adultos valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório definem HAS (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A literatura mostra que o controle da pressão arterial envolve um mecanismo complexo de integração e regulação que interage com diversos sistemas fisiológicos, entretanto a etiologia da HAS ainda permanece desconhecida. Atualmente a HAS é um desafio para saúde pública e segue como um dos principais fatores modificáveis de morbidade e mortalidade (BOLIVAR, 2013).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

A pesquisa trata-se de um estudo piloto, cujo estudo maior do qual faz parte é de caráter transversal. A coleta de dados foi realizada por conveniência em cinco centros de saúde, na cidade de Campina Grande, de fevereiro a maio de 2014. Primeiramente o pesquisador visitava o centro de saúde, apresentava a carta de aceite da pesquisa e os termos de autorização institucional devidamente assinados pelos responsáveis, explicava os procedimentos metodológicos da pesquisa para os gestores dessas unidades de saúde e posteriormente era realizada a triagem dos pacientes que estivessem no centro de saúde no período da pesquisa, seguindo os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Os aspectos éticos relativos à pesquisa com os seres humanos foram observados, conforme a resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país, sendo a pesquisa submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba e iniciada somente após aprovação do mesmo sob o protocolo 10224713.4.0000.5187.

Participaram do estudo 55 indivíduos, com idade superior a 18 anos. Como critérios de inclusão, estavam: hipertensos atendidos em centros de saúde na cidade de Campina Grande e cadastrados no Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão e Diabetes Mellitus da Atenção (SISHIPERDIA). Foram excluídos da amostra indivíduos que recusassem a participar da pesquisa; aqueles que não respondessem ao questionário; indivíduos ausentes de Campina Grande por tempo superior que a pesquisa de campo na sua UBSF de abrangência.

Foi utilizado o seguinte instrumento de avaliação: *Questionário estruturado para avaliação de usuários e de programas de hipertensão arterial dos centros de saúde da cidade de Campina Grande – PB.*

Após serem informados sobre o teor da pesquisa e, aceitação, os voluntários assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias. Em seguida, os indivíduos foram entrevistados através do *Questionário estruturado para avaliação de usuários e de programas de hipertensão arterial dos centros de saúde da cidade de Campina Grande – PB.* O questionário é dividido em quatro partes, sendo elas: características sociodemográficas; características clínicas; informações sobre hábitos de vida e avaliações específicas (medidas da pressão arterial, peso, altura, circunferência do abdome, circunferência do quadril); e informações sobre o programa de hipertensão arterial.

Para as avaliações específicas foram utilizados como parâmetro o peso e altura referidos pelo indivíduo. A pressão arterial era medida de acordo com os procedimentos

estabelecidos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), utilizando os seguintes instrumentos: estetoscópio BD Cardiológico Clássico Adulto MDF 797; e esfigmomanômetros (braçadeira adulto) BD. As medidas da circunferência da cintura e da circunferência do abdome e circunferência do quadril foram realizadas com fita métrica inelástica.

Para este estudo foi considerada a estatística descritiva. As variáveis numéricas são apresentadas sob a forma de mediana e amplitude, e as variáveis categóricas sob a forma de frequências. Neste estudo foi considerado um intervalo de confiança de 95% (IC95%). Os dados foram obtidos através do pacote estatístico SPSS versão 19.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 55 hipertensos usuários de cinco centros de saúde da Cidade de Campina Grande-PB e cadastrados no SISHIPERDIA. No presente estudo evidenciou-se que a maioria dos indivíduos possuía idade de 70 anos ou mais (40%). A maioria foi do gênero feminino (65,5%), cor não branca (78,2%), casado (50%), de 1 a 8 anos de estudo (64,6%), sem ocupação (81,8%), renda familiar de até um salário mínimo (47,3%) e que residem com até 2 pessoas no domicílio (55,6%), como pode ser visto na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição dos usuários do programa de hipertensão de acordo com as variáveis sociodemográficas. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Variáveis	n	%	IC(95%)
Sexo			
Feminino	36	65,5	52,7 – 78,2
Masculino	19	35,5	21,8 – 47,3
Grupo Etário			
<60 anos	15	27,3	16,4 – 40,0
60 a 69 anos	18	32,7	20,0 – 45,5
70 anos ou mais	22	40,0	27,3 – 52,7
Cor			
Branca	12	21,8	10,9 – 34,5
Não branca	43	78,2	65,5 – 89,1
Estado Civil[#]			
Casado	27	50,0	38,9 – 63,0
Solteiro	10	18,5	9,3 – 27,8
Separado/Viúvo	17	31,5	20,4 – 44,4
Anos de Estudo^{##}			
Analfabeto	7	14,6	4,2 – 25,0
De 1 a 8 anos	31	64,6	52,1 – 77,1
De 9 a 12 anos	8	16,7	8,3 – 27,1
> 12 anos	2	4,2	0,0 – 10,4

Ocupação			
Sim	10	18,2	9,1 – 29,1
Não	45	81,8	70,9 – 90,9
Renda Familiar			
Até 1 salário	26	47,3	34,5 – 60,0
Mais de 1até 3 salários	23	41,8	29,1 – 56,3
Mais de 3 salários	6	10,9	3,6 – 20,0
Com quantas pessoas reside no domicílio[#]			
Nenhuma	2	3,7	0,0 – 9,3
Até 2 pessoas	30	55,6	42,3 – 68,5
3 ou mais	22	40,7	27,8 – 53,7

IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

[#] 1 indivíduo não possui informação.

^{##} 7 indivíduos não possuem informação.

Inicialmente é importante frisar que a proporção de mulheres identificada nesse estudo é bem superior aos homens. Conforme observados em outros estudos que trabalham com hipertensos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007; GIROTTO, 2008; VERAS; OLIVEIRA, 2009; TACON; SANTOS; CASTRO, 2010; ALVES, et al., 2012; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2013), todavia alguns estudos relatam que alguns hipertensos desconhecem sua condição clínica, em especial o sexo masculino (PEREIRA, et al., 2007) e que os homens em sua maioria procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres (VERAS; OLIVEIRA, 2009).

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a prevalência da HAS é maior em indivíduos de cor não branca e com menor escolaridade, conforme notamos no presente estudo. Ainda em concordância com a literatura a maioria dos indivíduos com HAS são casados (GIROTTO, 2008; CESARINO, et al., 2008) e em algumas pesquisas observam-se taxas elevadas de HAS e DCV em níveis socioeconômicos mais baixos e em indivíduos com escolaridade entre 0 a 7 anos (TOBE, et al., 2005; MENDES, et al., 2013).

Relacionado aos hábitos de vida, estado nutricional, risco metabólico e condição de saúde referida, pôde-se observar que 98,2% da amostra era não tabagista, porém 59,3% era ex-tabagista e a minoria fazia uso de bebidas alcoólicas (18,2%). Quando questionados sobre a prática de atividade física 23,6% relatou sedentarismo. No que se refere ao risco metabólico a maior parte da população possuía circunferência do quadril adequada (63,6%), porém quando realizada a Razão Cintura Quadril (RCQ) 60% da amostra possuía RCQ não adequada, e sobrepeso (52,7%). A condição de saúde referida pela maioria foi regular (56,4%) e dentre as doenças crônicas associadas três puderam se destacar, sendo elas: problema

cardíaco (36,4%), diabetes (34,5%) e artrite/artrose/reumatismo (23,6%), conforme apresentado na tabela 2.

Tabela 2. Hábitos de vida, estado nutricional, risco metabólico e condição de saúde referida de usuários do programa de hipertensão. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Variáveis	n	%	IC(95%)
Tabagista			
Sim	1	1,8	0,0 – 5,5
Não	54	98,2	94,5 – 100,0
Ex-Tabagista[#]			
Sim	22	40,7	27,8 – 53,7
Não	32	59,3	46,3 – 72,2
Uso de bebidas alcoólicas			
Sim	10	18,2	9,1 – 29,1
Não	45	81,8	70,9 – 90,9
Prática de Atividade Física			
Sim	42	76,4	12,7 – 34,5
Não	13	23,6	65,5 – 87,3
CC			
Adequada	35	63,6	50,9 – 76,4
Não adequada	20	36,4	23,6 – 49,1
RCQ			
Adequada	22	40,0	27,3 – 54,5
Não adequada	33	60,0	45,5 – 72,7
Estado Nutricional[#] (IMC)			
Baixo Peso	1	1,8	0,0 – 5,5
Eutrofia	12	21,8	10,9 – 32,7
Sobrepeso	29	52,7	40,0 – 65,5
Obesidade	12	21,8	10,9 – 32,7
Condição de saúde referida			
Excelente/Boa	21	38,2	25,5 – 50,9
Regular	31	56,4	43,6 – 69,1
Ruim/Má	3	5,5	0,0 – 12,7
Problema Cardíaco			
Sim	20	36,4	23,6 – 50,9
Não	35	63,6	49,1 – 76,4
Diabetes			
Sim	19	34,5	21,9 – 47,3
Não	36	65,5	52,7 – 78,1
Artrite/Artrose/Reumatismo			
Sim	13	23,6	12,7 – 34,5
Não	42	76,4	65,5 – 87,3

CC: Circunferência da Cintura; RCQ: Relação Cintura Quadril; IMC: Índice de Massa Corporal; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

[#] 1 indivíduo não possui informação.

Em conformidade com a literatura, no presente estudo verificamos que 40,7% da amostra era ex-tabagista e apenas 18,2% fazia uso de bebidas alcoólicas. E diferente da literatura, nossa população mostrou-se ter uma pequena parte de indivíduos sedentários (23,6%) (OLIVEIRA; BUBACH; FLEGELER, 2009; SERAFIM; JESUS; PIERIN, 2010). É importante relatar que a HAS, o consumo de tabaco e o sedentarismo estão entre os fatores de risco isolados para DCV. Sendo assim, a adoção de medidas que inibam o tabagismo, o consumo de álcool e estimulem a prática de atividade física é de extrema importância para diminuir os riscos de eventos cardiovasculares.

No estudo de Hasselmann et al., (2008) foi verificada a associação entre o aumento da circunferência abdominal e do Índice de Massa Corporal (IMC) com a HAS. Em nossos dados podemos notar que a maior parte da amostra possuía sobrepeso (52,7%) e uma RCQ não adequada (60%). As pessoas diferem quanto à distribuição da gordura corporal, sendo a RCQ uma medida complementar ao IMC na avaliação do sobrepeso/obesidade e risco metabólico.

Em relação à percepção ou autoavaliação da saúde os estudos de Mendes et al., (2013) relatam que 67,37% dos indivíduos consideraram sua saúde ruim/muito ruim, no nosso estudo a condição de saúde referida foi a regular (56,4%). Fato que pode estar ligado ao pequeno número da nossa amostra. O estudo de Loyola Filho et al., (2013) apresenta uma relação entre autoavaliação da saúde e insatisfação com as relações pessoais, onde a proporção dos que avaliaram sua saúde negativamente foi de 20,1%.

Outro problema preocupante é o fato de parte da amostra apresentar outra doença crônica associada. Lebrão e Duarte (2003) relataram em seus estudos que associação de doenças crônicas pode estar ligada com aumento do grupo etário. No que diz respeito ao tipo de doença associada, tanto na literatura exposta quanto em nosso estudo, a presença significativa foi das seguintes doenças: de artrite/artrose/reumatismo, problema cardíaco e diabetes.

Em relação à classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos) observou que 40% apresentaram classificação “ótima/normal” e que 40% detinha classificação “hipertensão”. No que tange ao tem de HAS 40% da amostra possuía um tempo superior a 10 anos. Todos os indivíduos faziam uso de medicação anti-hipertensiva, onde 47,3% tomavam dois medicamentos, a maioria possuía uma frequência de duas vezes ao dia (52,7%) e adquiria a medicação pelo SUS (87,3%). Foram questionados 8 sintomas associados à HAS, sendo inchaço nos pés/tornozelos o mais relatado (52,7%), conforme mostrado na tabela 3. Ainda no concerne aos dados referentes a medicações, no gráfico 1 podemos observar a distribuição de medicamentos utilizados pelos indivíduos, onde a maioria fazia uso de hidroclorotiazida (41%) e losartan (21%).

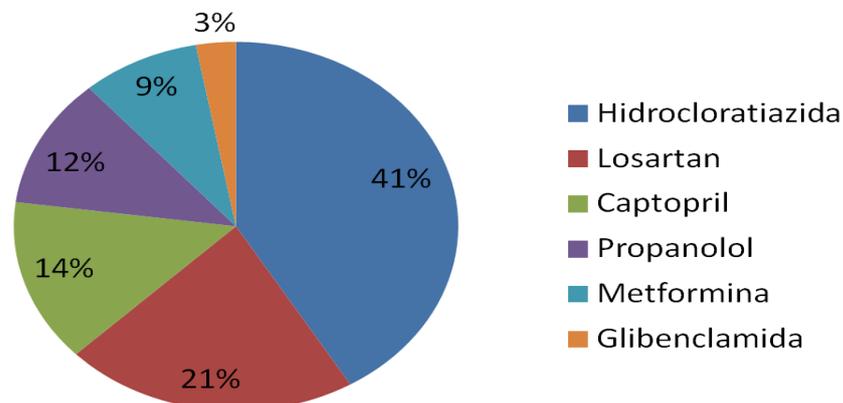
Tabela 3. Classificação da pressão arterial, tempo de hipertensão, medicação anti-hipertensiva e sintomas associados à hipertensão arterial nos usuários do programa de hipertensão. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Variáveis	n	(%)	IC95%
Classificação da PA			
Ótima/Normal	22	40,0	27,3 – 52,7
Limítrofe	11	20,0	10,9 – 30,9
Hipertensão	22	40,0	25,5 – 52,7
Tempo de HAS			
Menos de 1 ano	4	7,3	1,8 – 14,5

De 1 a 5 anos	18	32,7	21,8 – 45,5
De 5 a 10 anos	11	20,0	9,1 – 30,9
Mais de 10 anos	22	40,0	27,3 – 52,7
Uso de medicamento anti-hipertensivo			
Sim	55	100,0	
Não	0	0,0	
Quantidade de Medicamentos			
1 medicamento	6	10,9	3,6 – 20,0
2 medicamentos	26	47,3	32,7 – 60,0
3 ou mais	23	41,8	29,1 – 54,5
Frequência de uso (por dia)			
1 vez	12	21,8	10,9 – 32,7
2 vezes	29	52,7	40,0 – 65,5
3 vezes ou mais	14	25,5	14,5 – 36,4
Aquisição do medicamento			
SUS	48	87,3	78,2 – 94,5
Necessita comprar	7	12,7	5,5 – 21,8
SINTOMAS ASSOCIADOS À HAS			
Dor no peito			
Sim	21	38,2	25,5 – 50,9
Não	34	61,8	49,1 – 74,5
Inchaço nos pés/tornozelos			
Sim	29	52,7	40,0 – 65,5
Não	26	47,3	34,5 – 60,0
Falta de ar			
Sim	16	29,1	16,4 – 40,0
Não	39	70,9	60,0 – 83,6
Vertigem/tontura persistente			
Sim	23	41,8	29,1 – 54,5
Não	32	58,2	45,5 – 70,9
Fadiga/cansaço grave			
Sim	18	32,7	20,0 – 45,5
Não	37	67,3	54,5 – 80,0
Tosse/catarro/chiado no peito			
Sim	7	12,7	5,5 – 21,8
Não	48	87,3	78,2 – 94,5
Transpiração excessiva			
Sim	17	30,9	18,2 – 45,5
Não	38	69,1	54,5 – 81,8
Sede persistente			
Sim	17	30,9	18,2 – 45,5
Não	38	69,1	54,5 – 81,8

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; PA: Pressão Arterial; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

Gráfico 01. Distribuição dos medicamentos utilizados pelos usuários do programa de controle da pressão arterial. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.



No nosso estudo todos os hipertensos faziam uso de medicamento. Seguindo a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (>18 anos) foi possível averiguar que 40% mostraram classificação “ótima/normal” e que 40% detinha classificação “hipertensão” (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010). No que se refere ao tempo de hipertensão e quantidade de medicamentos houve semelhança a uma pesquisa sobre caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento, onde 52% da amostra possuía tempo de hipertensão de mais de 10 anos, 40,43% ingeria 2 medicamentos ao dia. Em outros dois estudos apenas 59,58% e 54,7% da amostra adquiria a medicação através do SUS, em nossa pesquisa 87,3% da amostra relatou adquirir a medicação pelo SUS (VOSGERAU; CABRERA; SOUZA, 2011; ALVES, et al., 2012). Vale ressaltar que o SUS apresenta a Atenção Básica a Saúde como porta de entrada no sistema e que o acesso à medicação adequada é de extrema importância para a população (PICINNI, et al., 2006).

Lebrão e Duarte (2003) observaram em seus estudos que a presença de sintomas e sinais como inchaço nos pés/tornozelos (66,5%), dor no peito (69,6%), transpiração excessiva (60,2%) e falta de ar (65,2%) aumentavam em pacientes hipertensos quando comparados com os não-hipertensos. No nosso estudo, dentre os sintomas associados à HAS, evidenciamos que a maioria dos indivíduos relatou inchaço nos pés/tornozelos (52,7%), seguidos por vertigem/tontura persistente (41,8%), dor no peito (38,2%), transpiração excessiva (30,9%) e sede persistente (30,9%). Fica evidente a discrepância percentual comparada com a literatura, fator que pode estar relacionado ao pequeno número de indivíduos em nossa amostra, caracterizada como estudo piloto.

No que tange os tipos de medicamentos anti-hipertensivos todos são comercialmente disponíveis no Brasil. No nosso estudo evidenciamos o uso de hidroclorotiazida, losartan, captropil e propranolol. De acordo com o SISHIPERDIA, esses foram os medicamentos mais utilizados para o tratamento da HAS no Brasil entre Julho de 2012 e maio de 2013. Além disso, alguns pacientes faziam uso de antidiabéticos, sendo eles: metformina e glibenclamida. Todas essas medicações são fornecidas pelo sistema público da cidade de Campina Grande, o que é está relacionado com o fato dos usuários adquirirem grande parte dela pelo SUS.

Na tabela 4 são apresentados dados referentes à assistência dos Centros de Saúde, referidos pelos usuários cadastrados no programa de hipertensão, assim como as atividades desenvolvidas e acesso a profissionais. No que se refere à assistência 58,2% da amostra relatou receber uma “boa” assistência. Nas atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde a maioria informou receber medidas da pressão arterial (92,7%) e encaminhamento para

clínicas/hospital (67,3%), entretanto a minoria relatou receber palestras/orientações (18,2%), atividades físicas (18,2%) e orientações nutricionais (3,6%). A frequência de aferição da Pressão Arterial (PA) mais evidente foi durante a consulta (29,1%) e a maioria relatou receber apenas um atendimento por mês (83,6%).

Ainda no que concerne aos dados apresentados na tabela 04, estes elucidam o acesso aos profissionais, onde 85,5% da amostra afirma ter acesso a médico, 74,5% a Agente Comunitário de Saúde e 72,7% ao enfermeiro sendo esses os profissionais de maior acesso, a minoria informou ter acesso a auxiliar de enfermagem (30,9%), farmacêutico (29,1%), assistente social (20%), psicólogo (7,4%) e nutricionista (5,5%), nenhum usuário (0,0%) relatou ter acesso ao educador físico no Centro de Saúde que é cadastrado.

Tabela 4. Assistência dos Centros de Saúde referida pelos pacientes cadastrados no programa de hipertensão. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Variáveis	n	(%)	IC95%
Assistência do CS para o hipertenso			
Excelente	7	12,7	5,5 – 23,6
Boa	32	58,2	45,5 – 70,9
Regular	11	20,0	10,9 – 32,7
Ruim	5	9,1	3,6 – 18,2
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PELO CS			
Medidas da PA[#]			
Sim	51	92,7	85,5 – 98,2
Não	3	5,5	0,0 – 12,7
Palestras/Orientações^{##}			
Sim	10	18,2	9,1 – 29,1
Não	43	78,2	65,5 – 89,1
Atividades Físicas[#]			
Sim	10	18,2	9,9 – 29,1
Não	54	98,2	94,5 – 100,0
Orientações Nutricionais[#]			
Sim	2	3,6	0,0 – 9,1
Não	52	94,5	87,3 – 100,0
Encaminhamentos para Clínicas/Hospital^{###}			
Sim	37	67,3	54,5 – 80,0
Não	5	5,5	0,0 – 10,9
Frequência de aferição da PA			
Diária	7	12,7	3,6 – 21,8
Semanal	8	14,5	5,5 – 25,5
Quinzenal	8	14,5	5,5 – 23,6
Mensal	13	23,6	12,7 – 36,4
Durante a consulta	16	29,1	16,4 – 41,8
Quando se sente mal	3	5,5	0,0 – 12,7
Número de atendimentos (por mês)			
Apenas um atendimento	46	83,6	72,7 – 92,7
Mais de um atendimento	9	16,4	7,3 – 27,3
ACESSO A PROFISSIONAIS			
Médico			
Sim	47	85,5	74,6 – 94,5
Não	8	14,5	5,5 – 25,4
Enfermeiro			
Sim	40	72,7	60,0 – 83,6
Não	15	27,3	16,4 – 40,0
ACS			
Sim	41	74,5	63,6 – 85,5
Não	14	25,5	14,5 – 36,4

Auxiliar de Enfermagem			
Sim	17	30,9	20,0 – 43,6
Não	38	69,1	56,4 – 80,0
Farmacêutico			
Sim	16	29,1	18,2 – 41,8
Não	39	70,9	58,2 – 81,8
Assistente Social			
Sim	11	20,0	9,1 – 30,9
Não	44	80,0	69,1 – 90,9
Psicólogo			
Sim	4	7,3	1,8 – 14,5
Não	51	92,7	85,5 – 98,2
Nutricionista			
Sim	3	5,5	0,0 – 12,7
Não	52	94,5	87,3 – 100,0
Educador Físico			
Sim	0	0,0	
Não	55	100,0	

CS: Centro de Saúde; PA: Pressão Arterial; ACS: Agente Comunitário de Saúde; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

1 indivíduo não sabe.

2 indivíduos não sabem.

15 indivíduos não sabem.

Girotto (2008) descreveu que 70,8% da sua amostra avaliou o atendimento de uma UBSF como ótimo/bom e 21,8% como regular. Em contrapartida, no nosso estudo a assistência do centro de saúde para o hipertenso foi referida como boa por 58,2% dos usuários e 20% como regular. Acreditamos que apesar dos números positivos, ainda existe um grande problema nos serviços de atenção básica, pois apesar da proposta de acolhimento, muitas unidades não possuem integralidade setorial e não desenvolve atividades complementares. Assim, pudemos evidenciar que 92,7% dos usuários informou que seu centro de saúde realizava aferição da PA e 67,3% informou o centro de saúde fazia encaminhamento para clínicas/hospitais, porém o número de outras atividades desenvolvidas nos centros de saúde foi reduzido, apenas 18,2% relatou receber palestras/orientações, 18,2% atividades físicas, e menor ainda foi o número de orientações nutricionais (3,6%).

A frequência de aferição da PA foi predominante durante a consulta (29,1%), resultado semelhante foi encontrado em outro estudo onde a maior parte dos indivíduos verifica sua PA durante consulta, porém com cardiologista (ALVEZ, et al., 2012), difere de estudo onde 77,4% dos hipertensos relataram ter sua pressão aferida pelo menos uma vez no mês. (GIROTTTO, 2008). A maior parte dos usuários recebe um atendimento mensal (83,6%), geralmente feito por um enfermeiro do programa de controle da PA.

No nosso estudo verificamos quais os profissionais que os usuários possuíam acesso no centro de saúde, os de maior relato foi médico (85,5%), agente comunitário de saúde (74,5%) e enfermeiro (72,7%). O Ministério da Saúde preconiza a importância de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (psicólogo, nutricionista, assistente social, educador físico, farmacêutico) para o controle e prevenção da HAS, onde o processo de trabalho deve possuir

vínculo com a comunidade. Todavia apenas 7,3% dos indivíduos informaram ter acesso a psicólogo, 5,5% a nutricionista e um dado alarmente foi que nenhum usuário possuía acesso ao educado físico (0,0%) (BRASIL, 2013b).

Em relação às barreiras e facilitadores dos Centros de Saúde referidos pelos usuários, a maioria relatou existir algum tipo barreira (50,9%) e quando questionados sobre as facilidades a maioria possuía alguma facilidade (74,5%). Na tabela 5 podemos notar o agrupamento de facilidades e barreiras referidas pelos indivíduos. Acesso a medicamentos (32,7%) e satisfação com o atendimento prestado pela equipe (32,7%) foram os principais facilitadores referidos, seguidos por solicitar atendimentos e/exames (16,4%), presença de agente comunitário de saúde na comunidade (14,5%), disponibilidade de profissionais (13%) e orientações (3,6%). No que se refere às barreiras, falta de medicamentos (29,2%) e dificuldade para solicitar atendimento e/ou exames (21,8%) foram os mais relatados, seguidos por insatisfação com o atendimento prestado (16,4%), falta de orientações (7,3%), tempo de espera para atendimento (5,5%), falta de profissionais (3,6%) e deslocamento (1,8%).

Tabela 5. Barreiras e facilitadores dos Centros de Saúde referidos pelos indivíduos cadastrados no programa de hipertensão. Campina Grande-PB, Brasil. 2014.

Variáveis	n	(%)	IC95%
FACILITADORES REFERIDOS			
Solicitar atendimentos e/ou exames			
Sim	9	16,4	7,3 – 27,3
Não	46	83,6	72,7 – 92,7
Disponibilidades de profissionais			
Sim	7	13,0	5,6 – 22,2
Não	47	87,0	77,8 – 94,4
Acesso a medicamentos			
Sim	18	32,7	20,0 – 45,5
Não	37	67,3	54,5 – 80,0
Satisfação com o atendimento prestado pela equipe			
Sim	18	32,7	20,0 – 45,5
Não	37	67,3	54,5 – 80,0
Presença de ACS na comunidade			
Sim	8	14,5	5,5 – 23,6
Não	47	85,5	76,4 – 94,5
Orientações			
Sim	2	3,6	0,0 – 9,1
Não	53	96,4	90,9 – 100,0
BARREIRAS REFERIDAS			
Solicitar atendimento e/ou exames			
Sim	12	21,8	10,9 – 32,7
Não	43	78,2	67,3 – 89,1
Falta de profissionais			
Sim	2	3,6	0,0 – 9,1
Não	53	96,4	90,9 – 100,0
Tempo de espera para atendimento			
Sim	3	5,5	0,0 – 10,9
Não	53	94,5	89,1 - 100,0
Falta de medicamentos			
Sim	16	29,2	18,2 – 40,0
Não	39	70,9	60,0 - 81,8

Insatisfação com o atendimento prestado			
Sim	9	16,4	7,3 – 27,3
Não	46	83,6	72,7 – 92,7
Falta de orientações			
Sim	4	7,3	1,8 – 14,5
Não	51	92,7	85,5 – 98,2
Deslocamento			
Sim	1	1,8	0,0 – 5,5
Não	54	98,2	94,5 – 100,0

ACS: Agente Comunitário de Saúde; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%.

A humanização do cuidado e a responsabilidade são itens primordiais e necessários na prestação de serviços à comunidade, através deles, a equipe de profissionais pode ampliar os cuidados perante um determinado problema. No nosso estudo 74,5% da amostra relatou possuir alguma facilidade nos centros de saúde, os principais facilitadores expostos pelos usuários foi o acesso a medicamentos (32,7%) e a satisfação com o atendimento prestado pela equipe (32,7%). Quanto às barreiras 50,9% da amostra informou possuir alguma barreira. Falta de medicamentos (29,2%) e dificuldade para solicitar atendimento e/ou exames (21,8%) foram às barreiras mais relatadas.

Apesar da literatura rara, um estudo sobre a função da unidade básica de saúde na rede de apoio social ao hipertenso revelou que os indivíduos em estudo mantêm um vínculo frágil com a unidade básica, não percebem um acolhimento adequado por parte dos profissionais, possuem dificuldade de deslocamento até a unidade e que o apoio que o serviço de saúde presta ao usuário se resume a entrega de medicação de uso contínuo (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010).

A falta de recursos, problemas com a coordenação centro de saúde/governo, despreparo de profissionais com um modelo de atendimento descentralizado podem aumentar as dificuldades presentes nos sistemas públicos de saúde. Todavia nem sempre o serviço público de saúde é mal visto pela equipe ou pelo usuário, podendo existir facilitadores tais como, a presença do agente comunitário de saúde, empenho dos profissionais, apoio do gestor local e parcerias (DOWBOR, 2008).

5 CONCLUSÃO

Conhecer o perfil do usuário de programas para o controle da hipertensão é de grande importância para desenvolver uma assistência conjunta e sugerir possíveis intervenções em saúde, levando em consideração as características particulares dessa população, assim como poder identificar a acessibilidade que essa população possui ao programa, citando quais as

principais barreiras e facilitadores encontrados pelos usuários. Nesse aspecto, o papel da equipe de profissionais que compõe o programa é essencial para o adequado controle da HAS, com ações efetivas a fim de minimizar as complicações cardiovasculares, reduzir a prevalência da HAS e proporcionar uma melhor qualidade de vida para essa população.

O presente estudo apresenta como principal limitação a não representatividade da população de hipertensos da cidade de Campina Grande. Entretanto pôde-se ser constatada potencial semelhança da nossa pesquisa com demais estudos consolidados. É necessário que estudos semelhantes sejam conduzidos também nos programas de saúde da família e até em outras cidades de interior e capitais, com o intuito de proporcionar dados mais consistentes que consagrem a acessibilidade de usuários aos programas de hipertensão vigentes e para que possamos traçar melhores estratégias para atender essa população.

CLINICAL PROFILE AND ACCESSIBILITY OF USERS TO THE HYPERTENSION CONTROL PROGRAM IN THE CAMPINA GRANDE CITY: A PILOT STUDY

LIMA, Janayna Dias

ABSTRACT

Introduction: Systemic hypertension (SH) is classified as a major public health problem in Brazil and worldwide, with a high prevalence and a low control rates. **Objectives:** Determine the profile of individuals served by the hypertension control program and identify, through the users, the access to the control program in the Campina Grande-PB city. **Methodology:** This is a pilot study; whose major study is a cross-sectional nature. The research was conducted in 5 health centers with a final sample of 55 individuals. For data collection, it was used a structured questionnaire which was divided into four parts: Sociodemographic characteristics; Clinical characteristics; Lifestyle information and specific evaluations; information about the hypertension program was also assessed. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Paraíba (UEPB), under protocol 10224713.4.0000.5187. The data were analyzed using a descriptive statistics, through the software SPSS 19.0. **Results:** Most subjects were female (65.5%), non-white (78.2%), former smokers (59.3%), with no proper waist hip ratio (60%) and overweight (52.7%). The clinical care that most users reported receiving was the blood pressure measurements (92.7%) and the highest professional access was the medical doctor (85.5%). Most individuals have reported barriers

and facilitators, where 50.9% reported having some barrier type and 74.5% had some ease. **Conclusion:** Similar studies in order to draw the best strategies to serve this population should be conducted.

KEYWORDS: Systemic hypertension. Epidemiolog. Health Promotion.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. H. C. et al., Caracterização de usuários hipertensos e adesão ao tratamento em Unidade de Saúde da Família. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 91-8, Jan/Mar, 2012.

ARAÚJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública.**, v. 41, n. 3, p. 668-374, 2007.

BOLIVAR, J. J. Essential Hypertension: An Approach to Its Etiology and Neurogenic Pathophysiology. **International Journal of Hypertension.**, p. 1-11, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão – **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / **Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.** – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.** 2013a. Disponível em: <http://hipertensao.datasus.gov.br> Acesso em: 20 set. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 37, Brasília, 2013b.

CESARINO, C. B. et al., Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto – SP. **Arq Bras Cardiol.**, v. 91, n. 1, p. 31-35, 2008.

CHARZAN, A. C; PEREZ, E. A. Avaliação da implementação do Sistema Informatizado de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) nos municípios do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 10-16, Jan./Mar, 2008.

DOWBOR, T. P. O trabalho com determinantes sociais da saúde no Programa Saúde da Família no Município de São Paulo [tese]. São Paulo

FAQUINELLO, P.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 736-744, Out-Dez, 2010.

GIROTTTO E. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; Jun; 2008.

HASSELMANN, M. H. et al., Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1187-1191, Mai, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Um Panorama da Saúde no Brasil: Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro, 2008.

LEBRÃO, Maria Lúcia. SABE – Saúde, Bem-estar e Envelhecimento -) Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial/Maria Lúcia Lebrão, Yeda A. de Oliveira Duarte. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 75-91, 2003.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens.**, v. 13, n. 1, p. 39-46, 2006.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do programa hiperdia em uma unidade de saúde da família do município de Serra Talhada-PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate.**, v. 2, n. 1, 30-29, dez. 2012.

LOYOLA FILHO, A. I. et al., Fatores relacionados à autoavaliação negativa da saúde entre idosos hipertensos e/ou diabéticos: resultados do projeto Bambuí. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 16, n. 3, p. 559-571, 2013.

MALTA, D. C. et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência e saúde coletiva.**, v. 16, n. 03, p. 2011-2022, 2012.

MENDES, T. A. B. et al., Factors associated with the prevalence of hypertension and control practices among elderly residents of São Paulo city, Brazil. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2275-2286, Nov, 2013.

MOREIRA, J. P. L.; MORAES, J. R.; LUIZ, R. R. Prevalence of self-reported systemic arterial hypertension in urban and rural environments in Brazil: a population-based study. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 62-72, jan, 2013.

OLINDA, Q.B.; SILVA, C.A.B. Retrospectiva do discurso sobre Promoção da Saúde e as Políticas Sociais. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde.**, v. 20, n. 20, p. 65-67, 2007.

OLIVEIRA, E. A.; BUBACH, S.; FLEGELER, D. S. Perfil de hipertensos em uma unidade de saúde da família. **Rev. Enferm.**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 383-387, 2009.

OLMOS, R.D.; LOTUFO, P.A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. **Rev. Bras. Hiperten.**, v. 9, n. 1, p. 21-23, jan/mar. 2002.

PEREIRA, M. R. et al., Prevalência, conhecimento, tratamento e controle de hipertensão arterial sistêmica na população adulta urbana de Tubarão, Santa Catarina, Brasil, em 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2363-2374, Out, 2007.

PICCINI, R. X. et al., Necessidade de saúde comuns aos idosos: efetividade na oferta e utilização em atenção básica à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva.**, v. 11, n. 3, p. 657-667, 2006.

SERAFIM, T. S.; JESUS, E. S.; PIERIN, A. M. G. Influência do conhecimento sobre o estilo de vida saudável no controle de pessoas hipertensas. **Acta Paul Enferm.**, v. 23, n. 5, p. 658-664, 2010.

SCHMIDT, M. I et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet.**, v. 4, p. 60-74, 2011.

SILVA, J. L. L.; SOUZA, J. L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem.**, v. 06, n. 03, 2004.

SOUSA, L.B.; SOUZA, R.K.T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 87, p. 496-503, 2006.

TACON, K. C. B.; SANTOS, H. C. O.; CASTRO, E. C. Perfil epidemiológico da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos em hospital público. **Rev. soc. bras. clín. méd.**, v. 8, n. 6, p. 486-489, 2010.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemmas on Health promotion in Brazil: considerations on the national policy. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.223-38, mai/ago 2007.

TOBE, S. W. et al., Impact of job and marital strain on ambulatory blood pressure results from the double exposure study. **Am J Hypertens.**, v. 18, n. 8, p. 1046-1051, Aug, 2005..

VERAS, R. F. S.; OLIVEIRA, J. D.; Aspectos sócio-demográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. **Rev. RENE.** v. 10, n. 2, p. 132-138, 2009.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Arq Bras Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

VOSGERAU, M. Z. S.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. Saúde da família e utilização de medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos. **Rev Bras Cardiol.**, v. 24, n. 2, p. 95-104, Mar/Abr, 2011.

WHO (World Health Organization) 1946. Constitution of the World Health Organization. **Basic Documents.** WHO. Geneva.