



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

**GEILSON ARNOR DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE VOLTADAS AO  
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE SOB PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE, PB**

**2015**

**GEILSON ARNOR DE SOUZA**

**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE VOLTADAS AO  
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE SOB PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientador(a): Ms. Maria Augusta Costa de Moura

**CAMPINA GRANDE, PB**

**2015**

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.

S731a Souza, Geilson Amor de.

Avaliação das práticas de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município de Campina Grande sob perspectiva dos profissionais da saúde. [manuscrito] / Geilson Amor de Souza. - 2015. 28 p. : il.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.

"Orientação: Profa. Ma. Maria Augusta Costa de Moura, Departamento de Fisioterapia".

1. Promoção à saúde. 2. Hipertensão arterial. 3. Profissionais da saúde. I. Título.

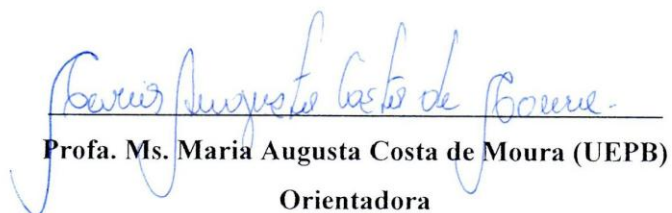
21. ed. CDD 362.1

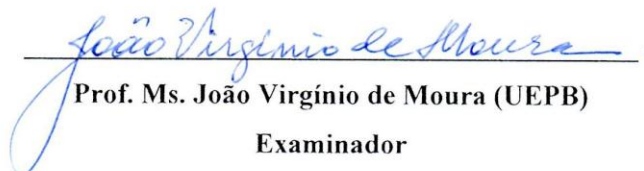
**AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE VOLTADAS AO  
CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE  
CAMPINA GRANDE SOB PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

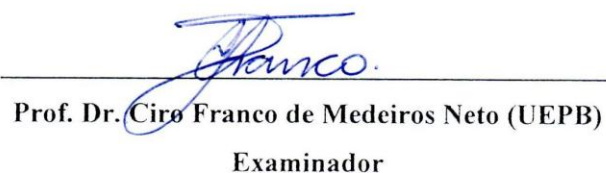
Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado  
ao Departamento de Fisioterapia da  
Universidade Estadual da Paraíba em  
cumprimento às exigências para obtenção do  
título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em 09/06/2015.

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
**Profa. Ms. Maria Augusta Costa de Moura (UEPB)**  
Orientadora

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Ms. João Virgínio de Moura (UEPB)**  
Examinador

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Ciro Franco de Medeiros Neto (UEPB)**  
Examinador

## RESUMO

### **AVALIAÇÃO DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE VOLTADAS AO CONTROLE E PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE, SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

SOUZA, Geilson Arnor

Esse estudo tem por **objetivo** Avaliar as práticas de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município de campina grande, sob a perspectiva dos profissionais de saúde. **Metodologia:** pesquisa descritiva, quali-quantitativa, com aplicação de questionário semiestruturado, dirigida aos profissionais das equipes de Saúde da Família atuantes nos Centros de Saúde do Município de Campina Grande que participam do HiperDia, sendo entrevistados 30 trabalhadores da saúde. **Resultados:** os ACSs representam o maior número de profissionais (50%), 66,66% da amostra é do sexo feminino e a média de idade ficou em 42 anos. Os ACSs apresentaram menor nível de escolaridade com apenas 40% possuindo graduação; 90% dos profissionais citaram a consulta medica como pratica mais comum dos Centros de Saúde para prevenir, tratar e detectar precocemente a hipertensão; 70% da amostra indicou a realização de práticas de promoção da saúde com maioria citando a realização de atividades de forma individual e em grupo; a oferta de capacitação é maior para o ACS (66,67%); no tocante ao combate aos fatores de risco, as atividades mais apontadas foram aquelas relacionadas a alimentação (71,42%); as principais barreiras citadas foram as relacionadas com usuário (50%) e em relação aos facilitadores a maioria mencionou a equipe multiprofissional (43,33%). **Conclusão:** conclui-se que os profissionais da SF, que participam do HiperDia, realizam importantes atividades aos hipertensos, mas suas ações ora aproximam-se e ora distanciam-se do que realmente é indicado em protocolos estabelecidos. Assim, pode-se afirmar que os profissionais não desempenham, de forma efetiva, as suas ações de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS, sinalizando a urgência na implementação de medidas que visem a adequação às normas recomendadas pelo Programa HiperDia e o MS.

**PALAVRAS-CHAVE:** HiperDia; promoção de saúde; profissionais da Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

Sabe-se que a hipertensão arterial sistêmica é fator de risco para doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal. Esses agravos são importantes causas de morbidade e mortalidade, com elevado custo social (CHOBANIAN et al, 2003; GOMES et al, 2004). Ela é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência (MOLINA et al., 2003).

Em Campina Grande, mais de 16,5 mil hipertensos são acompanhados e atendidos pela rede de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde. De acordo com os dados da Diretoria de Atenção à Saúde, 64,3% dos hipertensos cadastrados fazem acompanhamento de forma regular nas Unidades Básicas de Saúde – UBS. Ao todo, o município possui 25.755 hipertensos com idade superior a 20 anos com cadastro no Sistema Único de Saúde – SUS (CAMPINA GRANDE, 2014).

O programa HiperDia surge por meio Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, mediante a reorganização do trabalho de atenção à saúde. Constituiu-se em um programa de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos no qual os profissionais de saúde são responsáveis pelo atendimento aos usuários e preenchimento dos dados. Visa monitorar os pacientes captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), e gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e organizada a todos os usuários cadastrados (BRASIL, 2002a).

Em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde o MS tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde, como o combate à hipertensão arterial. Nesse contexto, insere-se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturado em uma unidade de saúde, e a população adscrita está sob a responsabilidade de equipe multiprofissional (CASTRO et al, 2005). Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente.

A abordagem por uma equipe interdisciplinar contribui para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão ampla do problema, dando-lhes motivação para adotarem mudanças nos hábitos de vida e aderirem ao tratamento (SOUSA et al, 2006).

A incorporação de políticas de prevenção da HAS representa um grande desafio para os profissionais da saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública, por meio do sistema único de saúde SUS. A prevenção primária e o diagnóstico precoce são as formas mais efetivas de evitar a doença e devem ser metas prioritárias dos profissionais da saúde (CARVALHO FILHA, 2012).

Dessa forma, ciente da importância epidemiológica que a HAS apresenta, do valor funcional de cada membro da equipe multiprofissional e também, de que a ação interdisciplinar deles refletirá em melhorias na assistência aos usuários, se faz necessário avaliar as práticas de promoção e prevenção sob a perspectiva desses profissionais para que se possa instigar modelos de assistência mais adequados aos princípios da universalidade, equidade e integralidade da atenção, otimizando o funcionamento dos programas de controle e prevenção da HAS no município de Campina Grande.

Assim poderá se determinar os acertos, as falhas e as necessidades desse programa (do ponto de vista dos profissionais de saúde) e possíveis modificações pelos órgãos responsáveis, visando a melhoria do mesmo. Além de gerar conhecimentos que podem converter-se em subsídios para melhoria de programas, planos e ações de estratégias de combate, de atendimento e de intervenção adequados à realidade dos indivíduos hipertensos nessa cidade e proporcionar maior acessibilidade dos usuários.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL:**

Avaliar as práticas de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção da hipertensão arterial no município de Campina Grande sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Caracterizar o perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família atuantes no HiperDia do Município de Campina Grande;
- Identificar atividades mais realizadas nos Centros de Saúde para prevenir, tratar ou detectar precocemente a HAS;

- Descrever a oferta de capacitação profissional e as práticas de promoção da saúde dos profissionais que atendem os usuários dos centros de saúde, relacionadas ao controle da HAS;
- Apontar a realização de atividades relacionadas aos fatores de risco associados a HAS;
- Estabelecer os facilitadores e as barreiras referidas por membros da equipe dos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde para implantação dos programas de controle da Hipertensão Arterial.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Hipertensão Arterial e programa HiperDia**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) enquadra-se como um considerável problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Têm alta prevalência, baixas taxas de controle e é considerado um importante fator de risco para doenças cerebrovascular, coronariana, vascular periférica, insuficiência cardíaca e doença renal terminal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil, segundo dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2015).

É considerada uma condição clínica multifatorial que cursa com níveis altos e sustentados de pressão arterial (PA) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 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  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório definem HAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nesse sentido surgiu a necessidade de políticas como resposta a comunidade através dos programas de saúde, sendo um instrumento para operacionalizar as políticas de saúde através do planejamento, da execução e avaliação de ações de promoção, prevenção, tratamento/cuidados e recuperação da saúde.

Assim, o Programa HiperDia tem por finalidade permitir o cadastro, o acompanhamento e a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo em que, a médio prazo, possibilita a definição do perfil da população hipertensa e/ou diabética



e o desencadeamento de estratégias de saúde que visam à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e a redução do custo social (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, 2011).

É muito importante a distinção entre Programa HiperDia e Sistema HiperDia (SIS-HiperDia), em que o primeiro refere-se à oferta das ações aos hipertensos e/ou diabéticos, mediante a participação de profissionais de saúde atuantes na SF e do emprego de materiais e insumos necessários ao atendimento. O segundo, pode ser configurado de acordo com o local de instalação e dos recursos de informática disponíveis. É composto pelos Subsistemas Municipal e da União, sendo que em todos os municípios deve haver a instalação e configuração de um microcomputador chamado centralizador, em que os dados advindos das UBS são digitados e enviados ao nível federal (BRASIL, 2002a).

Portanto esse programa tem se configurado cada vez mais como um rico instrumento de captação e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos, com a finalidade primordial de minimizar fatores de risco e tratar condições de adoecimento advindas do mau controle da HAS e do DM (CARVALHO FILHA, 2012).

## **2.2 Ações desenvolvidas pelos profissionais na Saúde da Família**

Para um adequado funcionamento do HiperDia se faz necessário o cumprimento das ações pelos profissionais do SF inseridos no programa. Conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), cada profissional, médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de Saúde, que compõe a equipe de Saúde da Família e estão inseridos no HiperDia possuem ações a desenvolver, muitas delas comuns a todos os integrantes, como as ações educativas, designando assim:

- Ao agente comunitário de saúde (ACS) compete: (a) esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-as sobre as medidas de prevenção; (b) rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; (c) encaminhar a consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão; (d) verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos as consultas agendadas na unidade de saúde; (e) verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra; (f) perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar

e da ingestão de bebidas alcoólicas e (g) registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.

- Ao auxiliar ou técnico de enfermagem cabe: (a) verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; (b) orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas a alimentação e a prática de atividade física rotineira; (c) orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados a hipertensão arterial e diabetes; (d) agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados; (e) proceder as anotações devidas em ficha clínica; (f) cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária; (g) encaminhar as solicitações de exames complementares para Serviços de referência; (h) controlar o estoque de medicamentos e solicitar Reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de Impossibilidade do farmacêutico e (i) fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.
- Ao enfermeiro compete: (a) capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades; (b) realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário; (c) desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos; (d) estabelecer, junto a equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos); (e) solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe; (f) repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; (g) encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não- 53 aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; (h) encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; (i) encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades.

- Ao médico cabe: (a) realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades, visando a estratificação do portador de hipertensão; (b) solicitar exames complementares, quando necessário; (c) prescrever tratamento não medicamentoso; (d) tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso; (e) programar, junto a equipe, estratégias para a educação do paciente; (f) encaminhar as unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; (g) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).

Assim observa-se a necessidade de avaliar o cumprimento das políticas públicas de saúde, verificando se o que é determinado realmente é realizado. Em se tratando especificamente do Programa HiperDia, sua avaliação é fundamental para se possa verificar o alcance ou não dos seus objetivos, quais sejam possibilitar a gestão do cuidado com a vinculação do hipertenso e/ou diabético à unidade básica e à equipe de saúde, monitorar de forma contínua o controle desses agravos e seus fatores de risco, fornecer informações gerenciais, inclusive da assistência farmacêutica e instrumentalizar a Vigilância à Saúde (BRASIL, 2001a).

É grande a problemática que circunda os acentuados casos de pessoas com HAS. Tamanha é a demanda que se tornou uma questão de saúde pública, mas, para a execução de qualquer programa que vise o controle e a prevenção da HAS é necessário dados que concretizem a realidade. Parte daí a necessidade de apresentar números capazes de acionar as autoridades competentes para esta situação, além de avaliar quais e como estão sendo cumpridos os programas e ações voltados ao controle da HAS.

### **3 METODOLOGIA**

Pesquisa do tipo transversal, descritiva, com abordagem quantitativa. Tem como “medidas de análise” as políticas de controle da hipertensão arterial, escolhidas pelos Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campina Grande, através da Estratégia de Saúde da Família.

A pesquisa foi realizada com os profissionais médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde que participam do programa HiperDia e atuam no Programa Saúde da Família nos Centros de Saúde de Campina Grande. Segundo a Secretaria de Saúde, município conta com 55 profissionais atuando no programa HiperDia nos 5 centros de saúde. O número da amostra corresponde a 30 profissionais (5 médicos, 10 enfermeiros e 15 ACSs). Os profissionais técnico de enfermagem foram excluídos da pesquisa pela não adesão e não entrega dos questionários nas datas limites. O centro de saúde de São José da Mata também ficou fora do estudo por se negar a participar.

Os critérios de inclusão dos profissionais de saúde neste estudo foram: atuam há pelo menos 1 ano no Centro de Saúde, por se considerar que estes sujeitos teriam mais conhecimento do Programa em estudo e aqueles que aceitaram por livre e espontânea vontade participar da pesquisa. Foram excluídos do estudo os trabalhadores que estavam atuando há em período inferior a 1 ano e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa.

O cenário desta investigação é o Município de Campina Grande, Paraíba, especificamente nos seus cinco Centros de Saúde (Bela Vista, Palmeira, Catolé, Francisco Pinto e São José da Mata) por conta destes representarem Distritos Sanitários, compreendendo uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e suas necessidades, sendo constituído por mais de um bairro, partindo daí as estratégias para a Atenção Primária local (MENDES, 1993).

A pesquisa terá como base o questionário modificado desenvolvido por Almeida, AMB e Westphal, MF, 2008, onde o mesmo tem como foco avaliar as ações de promoção de saúde desenvolvidas nos Centros de Saúde/Unidades de Saúde da Família voltadas ao controle e prevenção da HAS.

A coleta de dados aconteceu em uma única etapa, referindo-se a entrevista com os profissionais. Aplicou-se um questionário o qual foi preenchido pelos profissionais da Atenção Básica, ligados ao programa de Hipertensão Arterial dos 5 Centros de Saúde localizados no município de Campina Grande-PB.

As entrevistas com os profissionais foram agendadas, de acordo com a disponibilidade dos participantes, sendo lhes entregues os questionários que podiam ser respondidos na hora ou em outro momento. Houve o retorno aos Centros de Saúde por até mais de 4 vezes para a possibilidade de abordar todos os trabalhadores selecionados das quatro categorias mencionadas e se pudesse pegar os questionários já entregues.

No presente estudo os dados foram analisados por meio de estatística descritiva simples, através de apresentação em média, desvio padrão da média e proporção, através de tabulação e cálculos estatísticos realizados no programa Excel.

Foram observados os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução N°. 466, de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde / MS. Os sujeitos que concordaram em participar dessa pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, os objetivos e as finalidades do estudo e, antes de iniciar a entrevista ou a aplicação dos formulários, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, com o número de protocolo 10224713.4.0000.5187. foi solicitado, aos diretores das instituições envolvidas, através de uma Carta de Anuência, a autorização para realização da pesquisa nas dependências das mesmas.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Os resultados dos dados obtidos a partir das respostas dos questionários pelos profissionais da Saúde da Família, envolvidos com o HiperDia, foram analisados, organizados e tabulados, sendo apresentado as seguintes temáticas: Aspectos gerais e perfil profissional; Informações sobre o programa voltado a prevenção e controle da HAS; Atividades desenvolvidas na UBS e/ou na comunidade referentes ao HiperDia; Atividades relacionadas aos fatores de risco associados a HAS com a população; As barreiras e facilitadores encontrados pelos profissionais dentro do programa.

### **4.1 Perfil profissional**

A amostra analisada foi composta de 30 indivíduos, destes 15 são ACS's, representando 50% da amostra, 5 são médicos, o que representa 16,66% e 10 enfermeiros, correspondendo a 33,33% restantes.

Em relação à variável SEXO, dos 30 pesquisados, 66,66% dos indivíduos eram do sexo feminino e 33,33%, do sexo masculino, podendo ser observado por categoria profissional na **Tabela 1**:

**Tabela 1.** Distribuição da frequência do sexo por categoria

CATEGORIA\SEXO	Masculino	Feminino	TOTAL
MÉDICOS	3	2	5
ENFERMEIROS	1	9	10
ACS	6	9	15
TOTAL	10	20	30

Esse resultado corrobora com Schott et al. (2006) ao pesquisar a organização do trabalho e o perfil dos profissionais do programa saúde da família do município de Teixeira-MG encontraram um predomínio do sexo feminino (57%).

Para a variável idade, que, neste estudo, assume o caráter de quantitativa discreta (visto que são contados apenas os anos inteiros), foram obtidas as estatísticas descritivas média, máximo e mínimo por categoria e para a amostra em geral, obtendo-se uma média de idade de 42,3 anos, com mínima de 24 e máxima de 65 anos (**tabela 2**). Neste caso, houve apenas uma “não resposta”, na categoria de Médicos.

**Tabela 2.** Estatísticas descritivas para variável idade

Categoria	Média	D. padrão	Máximo	Mínimo
MÉDICOS	46,00	9,05	57	36
ENFERMEIROS	37,30	13,10	65	24
ACS	41,73	10,00	59	27
GERAL	42,30	11,67	65	24

Schott et al. (2006) obtiveram como resultado para a variável idade dos profissionais, uma média entre 20 e 30 anos (42,9%), com mínima de 19 anos e máxima de 57 anos, sendo discrepante do encontrado no presente estudo.

Em relação à escolaridade, conforme apresenta a **Tabela 3**, na distribuição por categoria profissional, verifica-se que todos os médicos possuíam especialização na data de aplicação do questionário. Para os enfermeiros, todos possuíam graduação, 60% tinham concluído especialização e 10% possuía Mestrado. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), comparativamente, possuíam o menor nível de escolaridade: o índice de conclusão de Ensino Médio era de 66,67%; 40% possuíam graduação; e nenhum ACS tinha alcançado os níveis de Especialização/Mestrado.

**Tabela 3:** índice de escolaridade dos profissionais – percentual por nível de instrução (%)

Categoria	Ensino Médio	Graduação	Especialização	Mestrado	Não responderam
MÉDICOS	100,00%	100,00%	100,00%	0,00%	0,00%
ENFERMEIROS	100,00%	100,00%	60,00%	10,00%	0,00%
ACS	66,67%	40,00%	0,00%	0,00%	6,67%

No mesmo estudo já citado, Schott et al. (2006), a respeito do nível de escolaridade dos profissionais do programa Saúde da Família do município de Teixeiras-MG, verificou-se que 75% dos médicos apresentavam algum tipo de especialização, residência ou outra pós-graduação. Quanto à formação dos enfermeiros, 33,3% tinham algum tipo de especialização. A maioria dos ACS (56%) haviam completado o segundo grau; destes, 22% apresentavam alguma formação técnica.

Pode-se observar que dentre os profissionais, os ACS's são os que apresentam menor qualificação, mas ao mesmo tempo são os que estão mais próximos da população, sendo o agente comunitário de saúde o ator que facilita o vínculo dos usuários com os demais membros da equipe de saúde da família (OLIVEIRA e SPIRI, 2006).

#### **4.2 Atividades indicadas para prevenir, tratar ou detectar precocemente a HAS**

Ao questionar os profissionais acerca das atividades realizadas para prevenir, tratar ou detectar precocemente a HAS nos seus centros de saúde foi observado que a maioria destacou a consulta médica como a mais frequente (90%), seguido pela consulta de enfermagem (76,7%), visita domiciliar do ACS (70%), dispensação de medicamentos (53,33%), visita domiciliar do enfermeiro (50%), pronto atendimento (40%), aplicação de medicamentos (33,33%), primeiros socorros (23,33%), identificação do grupo de risco (16,66%), visita domiciliar do médico (13,33%) e 2 ACS's não responderam. As atividades assinaladas por categoria estão descritas na **Tabela 4**.

**Tabela 4:** atividades indicadas por categoria para prevenir, tratar ou detectar a HAS

PROFISSIONAIS/ATIVIDADES	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ACS	TOTAL	%
Consulta Médica	5	9	13	27	90
Consulta de Enfermagem	1	10	12	23	76,7
Pronto Atendimento	0	5	7	12	40
Primeiros Socorros	0	3	4	7	23,33
Dispensação de Medicamentos	1	8	7	16	53,33
Aplicação de Medicamentos	0	3	7	10	33,33
Visita domiciliar do médico	1	2	1	4	13,33
Visita domiciliar do enfermeiro	0	7	8	15	50
Visita domiciliar do ACS	1	7	13	21	70
Identificação de grupos de risco	0	2	3	5	16,66
NÃO RESPOSTA	0	0	2	2	6,66

Observa-se que a maioria indicou a consulta médica e a consulta de enfermagem (90 e 76,7% respectivamente), divergindo do encontrado por Carvalho Filha (2012), que ao avaliar o Programa HiperDia sob a perspectiva dos profissionais da saúde no município de Caxias-MA observou que apenas 10% descreveu consulta medica e da enfermagem como atividade desenvolvidas dentro do programa.

Ao se destacar a visita domiciliar muito importante e útil no cuidado e vigília de pessoas com HAS, observamos que 44,44% dos entrevistados a citaram como pratica do serviço e apenas 13,33% citaram a visita domiciliar do médico.

Carvalho Filha (2012), ao avaliar o programa de hipertensão arterial e diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e usuários na cidade de Teresina-PI, constatou que a visita domiciliar foi apontada por 31% dos profissionais (36% de médicos, 17% de enfermeiros e 59% de ACS).

Para o mesmo autor as visitas domiciliares devem ser implementadas por todos os profissionais de nível superior e de nível médio e ser voltadas aos pacientes portadores desses agravos e/ou sequelados pela realização inadequada do tratamento ou mesmo pela não execução da terapêutica; além da realização de busca ativa de usuários faltosos cadastrados no sistema, cumprindo o que determina o MS e o programa.

Para Ohara e Ribeiro (2010) a assistência domiciliária é fundamental para a oferta de cuidados das mais variadas naturezas, desde o cunho preventivo, curativo, de promoção da



saúde, reabilitação até o controle das doenças crônicas. Por isso, é imprescindível que seja realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, incentivando o indivíduo e sua família a participarem ativamente do tratamento e estimulando a independência e autonomia das pessoas envolvidas.

Na atenção básica os médicos e os ACSs seriam, para os usuários, as duas personagens reconhecidamente importantes (NUNES et al., 2002).

Nesse sentido se faz muito necessário a realização dessa atividade pelo médico, afim de fortalecer esse cuidado familiar com seu olhar diferenciado, aumentando o vínculo com o usuário e proporcionando um cuidado mais humanizado.

### 4.3 Ofertas de capacitação

Em relação a oferta de capacitação aos integrantes da equipe envolvidos no programa de HAS, a **Tabela 5** apresenta que os resultados são equilibrados e divergem entre categorias: enquanto a maioria dos enfermeiros indicaram o não acesso à capacitação (60%), proporções iguais de médicos responderam SIM e NÃO (40%) e a maioria entre ACSs (66,67%) indicaram a realização de capacitação.

**Tabela 5.** Indicação de ofertas de capacitação por categoria (%)

Profissionais	SIM	NÃO	NÃO RESPOSTA
MÉDICOS	40,00%	40,00%	20,00%
ENFERMEIROS	40,00%	60,00%	10,00%
ACS	66,67%	13,33%	20,00%

Schott et al. (2006) identificou que, no programa Saúde da Família do município de Teixeira-MG, os profissionais de nível superior (médicos e enfermeiros) não recebiam qualquer tipo de treinamento ou capacitação. Já os ACS e os auxiliares de enfermagem recebiam alguma forma de treinamento mas na própria unidade.

Como já identificado na **tabela 3**, os ACSs são os profissionais que apresentam menos qualificação, os quais apenas 40% tinham o ensino médio completo, sendo um profissional que necessita de maior capacitação para adequada atuação.

O ACS representa o papel de elo entre a comunidade local e o sistema de saúde. Esse novo papel exige novas competências no campo político e social e requer desse profissional,

ator fundamental do PSF, grau de escolaridade mais elevado, complexo e abrangente (TOMAZ, 2002).

Vale salientar que mais do que a simples orientação inicial, é muito importante um processo de educação continuada (treinamento em serviço), sistematizado, capaz de corrigir e/ou aprimorar habilidades desses profissionais.

O processo de educação continuada dos profissionais deve ser bastante abordado na atenção primária, buscando interação com as exigências do trabalho, afim de torna-los mais qualificados e capacitados para atuar em saúde coletiva e comunitária.

#### 4.4 Atividades de promoção da saúde

A **Tabela 6** apresenta a percepção das categorias, em relação ao total da amostra, acerca da realização de atividades de promoção da saúde. A maior proporção de NÃO ocorreu entre os ACS, ao passo que a maior proporção de SIM ocorreu entre os médicos e enfermeiros. Já **Tabela 7** descreve a indicação destas atividades por categoria e em relação ao total da amostra (em porcentagem), podendo ser observado que o a maiorias dos médicos (60%) citaram atividades em grupos como práticas de promoção da saúde, e aconselhamento individual foi citado por 70% dos enfermeiros e 33% dos ACSs.

**Tabela 6.** Indicação da realização de atividades de promoção da saúde (%)

Resposta\ Profissionais	SIM	NÃO	NÃO RESPONDERAM
MÉDICOS	80,00%	0,00%	20,00%
ENFERMEIROS	80,00%	10,00%	10,00%
ACS	60,00%	40,00%	0,00%
GERAL	70%	23,33%	6,66%

**Tabela 7.** Atividades de promoção da saúde apontadas por categoria (%)

Atividade\ Profissionais	Aconselhamento Individual	Realização de campanhas	Palestras	Atividades em grupo
MÉDICOS	0,00%	20,00%	20,00%	60,00%
ENFERMEIROS	70,00%	30,00%	30,00%	20,00%
ACS	33,33%	13,33%	13,33%	23,33%

Fica claro que a maioria dos profissionais citaram a realização de atividades de forma individual e em grupo. Isso corrobora com Carvalho Filha (2012) que identificou a realização de atividades de educação em saúde individuais e em grupo como sendo as práticas de promoção mais citadas pelos profissionais da SF do município de Teresina-PI.

Orientações individuais e ações coletivas podem ser utilizadas como estratégias para manter e aumentar o número de usuários cadastrados no programa, buscando orientar às pessoas sobre os perigos representados pela hipertensão e/ou diabetes, quando não descobertas e tratadas o mais precocemente possível (CARVALHO FILHA, 2012).

Ao mesmo tempo observamos que nenhum dos médicos entrevistados descreveu aconselhamento individual como atividade, divergindo do encontrado pela autora citada acima, o qual identificou que 21% dos médicos entrevistados citaram esse tipo de atividade como prática profissional na SF de Teresina-PI.

O médico talvez seja o profissional que mais se distancie da proposta da atenção primária. De acordo com Caprara e Franco (2006), a prática médica permanece insuficiente, principalmente na sua dimensão humana ou relacional. Em se tratando de Atenção Primária em Saúde existe um agravante: o fato de existirem metas estabelecidas com quantitativo, inclusive, de consultas diárias que devem ser realizadas, levando ao encurtamento das mesmas e ao direcionamento apenas ao campo biológico ou fisiopatológico e deixando à mercê as questões sociais, emocionais e outras que o paciente possa achar importante.

Como apontam Maciel Filho, Branco e Pierantoni (2006) o quantitativo de médicos no Brasil é insuficiente para atender à demanda de pacientes em algumas regiões e a má distribuição desses profissionais no território nacional é um dos mais graves desafios para a política nacional de saúde, funcionando como um agravante para o controle das doenças crônicas.

Uma pesquisa realizada por Lima e Gazetta (2007), em que foram entrevistados trabalhadores da SF e pacientes cadastrados no HiperDia, demonstrou que as ações educativas são importantíssimas para a adesão ao tratamento e que a participação efetiva e conjunta dos

pacientes e profissionais de saúde é fundamental para que haja conscientização e mudanças nos hábitos de vida.

#### 4.5 Realização de atividades relacionadas aos fatores de risco associados a HAS

No tocante a realização de atividades relacionadas aos fatores de risco associados a HAS, verifica-se que a abstenção foi grande entre os profissionais médico e ACS, participando apenas 20% de cada categoria. Entre os que participaram, as atividades mais apontadas foram aquelas relacionadas a alimentação (71,42%), ao tabagismo (50%) e ao álcool (28,6%), conforme **Tabela 8** apresenta.

Além da alta abstenção, o que impressiona também é a atividade física não ser citada por nenhuma das categorias como atividade relacionada aos fatores de risco associados ao controle da HAS com a população.

**Tabela 8.** Realização de atividades relacionadas aos fatores de risco associados a HAS por categoria (%)

PROFISSIONAIS	Atividade física	Alimentação	Tabagismo	Álcool
MÉDICOS	0,00%	0,00%	0,00%	20,00%
ENFERMEIROS	0,00%	70,00%	70,00%	30,00%
ACS	0,00%	20,00%	0,00%	0,00%

Tendo em vista a gravidade da HAS, o alto risco de mortalidade por doenças associadas, é imprescindível o trabalho voltado para prevenção. Assim os profissionais da SF precisam implementar atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, voltadas para a prevenção e promoção da saúde com os pacientes hipertensos e/ou diabéticos e com as pessoas em geral; esclarecendo à comunidade sobre os fatores de risco para a HAS e o DM e das complicações cardíacas, neurológicas, renais e em outros sistemas advindas do mal controle destas doenças (MS BRASIL 2006a; 2006b).

Entre os fatores de risco relacionados a HAS, alguns devem ser abordados pelos profissionais da atenção básica como a execução ou não de atividade física, atividade de lazer, utilização de sal e gordura na alimentação, utilização de álcool e tabaco (PESSUTO; CARVALHO, 1998).

No que se refere a importância do exercício físico, sabe-se que ele contribui na redução da obesidade e para a prevenção de doenças coronarianas, além de promover vasodilatação reflexa após exercício e facilitar a eliminação de sódio. Também auxilia na preservação da independência de pessoas idosas, melhorando o funcionamento do organismo, reforçando o coração, músculos, pulmões, ossos e articulação (MORRIS; COLLINS, 1992).

Mesmo com abrangência de atuação desses três profissionais na atenção básica e no HiperDia, há necessidade da inserção de outros profissionais, como o nutricionista, educador físico, assistente social e o fisioterapeuta, no cuidado de usuários hipertensos e/ou diabéticos, a fim de propiciar um cuidado mais qualificado para grupos de risco (CARVALHO FILHA, 2012).

#### 4.6 Barreiras e facilitadores indicadas pelos profissionais dentro do programa HiperDia

As **Tabelas 9 e 10** retratam, respectivamente, as barreiras e os facilitadores apontadas pelos profissionais para realização de ações dentro do HiperDia. Em relação às barreiras, os mais citados foram: relacionadas aos usuários, citado por 50% dos profissionais (60% dos médicos, 80% dos enfermeiros, e 26,67% dos ACSs) e marcação de consultas e exames, citado por 23,33% (20% dos médicos, 50% dos e 6,67% dos ACSs). Entre os que mencionaram o paciente como barreira relataram, em sua maioria, questões relacionadas a alta demanda, à evasão e à baixa escolaridade destes.

**Tabela 9.** Barreiras citadas pelos profissionais para realização de ações dentro do HiperDia (%)

BARREIRAS	MÉDICOS	ENFERMEIROS	ACS
Marcação de consultas/exames	20,00%	50,00%	6,67%
Integração entre programas	20,00%	10,00%	0,00%
Capacitação	20,00%	10,00%	0,00%
Relacionado ao usuário	60,00%	80,00%	26,67%
Infraestrutura	0,00%	10,00%	33,33%
Falta de profissionais	0,00%	20,00%	13,33%
Não resposta	20,00%	0,00%	33,33%

Esses resultados referentes as barreiras corroboram com Carvalho Filha (2012), que ao pesquisar as barreiras do HiperDia referidas pelos profissionais da SF, identificou que a maioria (28%) perpassavam pelos usuários, tendo maior ligação com a adesão e a participação

dos mesmos. Segunda a mesma autora, a adesão ao tratamento é o ponto crucial da assistência ao hipertenso e/ou diabético e dela dependem todas as fases do processo assistencial, pois nenhuma intervenção poderá ser efetiva sem o apoio e participação do próprio usuário.

O controle da HAS está diretamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao regime terapêutico, havendo prejuízos da não adesão como descontrole da doença, o aumento de complicações e de mortes advindas destas complicações, maiores gastos com admissões hospitalares e o absenteísmo no trabalho.

Um relatório produzido pela Organização mundial da Saúde (WHO, 2003), revelou que, além das questões socioeconômicas e educacionais de usuários hipertensos e diabéticos, os principais fatores que afetam a adesão à terapêutica estão relacionados à complexidade do regime terapêutico, como número de doses, comprimidos e horário das tomadas, duração do tratamento, falha de tratamentos anteriores, mudanças frequentes na terapia medicamentosa e influência na qualidade de vida.

Com relação aos exames laboratoriais, são fundamentais no diagnóstico e acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos e podem ser solicitados tanto por médicos, quanto por enfermeiros, mas sua realização depende de protocolos assistenciais de cada município.

Uma pesquisa realizada por Costa Silva e Carvalho (2011) demonstrou que no município estudado, existem cotas para a realização de exames laboratoriais em hipertensos, mas foram identificados problemas na qualidade dos exames, por serem inferiores à demanda e no tempo de entrega dos resultados. Também visualizaram problemas quanto ao encaminhamento de usuários às consultas em clínicas especializadas, devido à demora no agendamento, que para os autores, compromete a qualidade da atenção ofertada.

No tocante aos facilitadores 23,33% não responderam e os aspectos mais destacados foram: relacionados a equipe multiprofissional citado por 43,33% e o acesso à medicação gratuita (20%), **descrito na tabela 10.**

**Tabela 10.** Facilitadores citados para realização de ações dentro do HiperDia (%)

FACILITADORES/ PROFISSIONAIS	Equipe Profissional	Acesso à medicação	Material adequado	Usuários	Não resposta
MÉDICOS	60,00%	80,00%	0,00%	0,00%	20,00%
ENFERMEIROS	40,00%	20,00%	20,00%	10,00%	20,00%
ACS	40,00%	0,00%	0,00%	33,33%	33,33%

Carvalho Filha (2012), ao estudar os facilitadores descritos pelos profissionais da SF referente ao HiperDia, identificou fatores condizentes com o interesse e participação da equipe, como bom atendimento e o estabelecimento de vínculo entre profissionais de saúde e usuários, além de mencionarem a importância da busca ativa por pacientes faltosos.

De acordo com Jardim et. al (1996), o atendimento aos hipertensos por diferentes profissionais, trabalhando em conjunto, melhora, consideravelmente, a adesão à terapêutica prescrita.

Boa parcela dos profissionais citaram o acesso à medicação gratuita com facilitador ao bom funcionamento do programa HiperDia, corroborando com Carvalho Filha (2012), a qual observou em seu estudo que 29% dos profissionais (21% de médicos, 34% Enfermeiros e 38% de ACS) mencionaram a entrega de medicamentos como um facilitador do programa.

O acesso a medicação gratuita é um direito garantido pelo governo que, de acordo com o MS (BRASIL, 2001; 2006a; 2006b), é um direito dos usuários o acesso irrestrito e igualitário aos medicamentos e exames necessários ao controle da HAS e do DM, mas que os municípios têm livre arbítrio para adequar a compra destes insumos à sua real necessidade.

## **5 CONCLUSÃO**

Fica claro nos resultados que os profissionais da SF, que participam do HiperDia, realizam importantes atividades aos hipertensos, mas suas ações ora aproximam-se e ora distanciam-se do que realmente é indicado em protocolos estabelecidos. De modo que o serviço ainda não conseguiu libertar-se do modelo biomédico e com isso, os profissionais continuam, conforme demonstrado nas unidades temáticas anteriores, atendendo por livre demanda e desenvolvendo cuidados voltados, em maioria, para a doença.

Observa-se nos resultados que os profissionais ACSs e enfermeiros são os que melhor desempenham suas ações na SF e no HiperDia mesmo assim, ainda estão longe do considerado ideal, em suma, pelo baixo grau de escolaridade do ACS e alta demanda do enfermeiro, sendo o médico o profissional que menos se adequa a proposta do serviço e do programa.

Assim, pode-se afirmar que os profissionais não desempenham, de forma efetiva, as suas ações de promoção de saúde voltadas ao controle e prevenção da HAS, sinalizando a urgência na implementação de medidas que visem a adequação ao que é estabelecido pelo Programa HiperDia e o MS.

Para um funcionamento adequado desse programa é preciso a participação de todos os atores envolvidos no processo: a gestão municipal em saúde, os profissionais e os usuários, além dos insumos. Vale destacar que a gestão adequada do Programa HiperDia é fundamental para a efetivação das ações, sendo o gestor um membro de destaque da equipe.

Afim de melhorar esse quadro encontrado, se faz necessário medidas de capacitação dos membros da equipe, permitindo uma assistência integral, incorporando o significado prático de prevenção e promoção, e que o termo educação em saúde seja pratica rotineira de cada profissional. Isso deve estimular nos usuários a necessidade de participar da sua terapia, de modo a estabelecer o vínculo desejável entre profissional e usuário, facilitando a adesão ao tratamento.

Para Ferreira e Ferreira (2009), o conhecimento, por parte dos profissionais e o nível de escolaridade desses indivíduos poderá contribuir no planejamento das atividades de educação para o cuidado integral tanto dos pacientes quanto de suas famílias e os ajudará a melhorar a própria qualidade de vida. Entretanto, isso não quer dizer que o nível escolar dos usuários seja empecilho para a efetivação de ações que instiguem o alcance de condições favoráveis de saúde.

## **EVALUATION OF HEALTH PROMOTION PRACTICES OF THE PROFESSIONALS INVOLVED IN THE HYPERTENSION PROGRAM IN THE CITY OF CAMPINA GRANDE**

**SOUZA, Geilson Arnor**

### **ABSTRACT**

This study aim to evaluate health promotion practices of the professionals involved in the hypertension program in the city of Campina Grande. **Methodology:** Search descriptive, qualitative and quantitative, with application of semi-structured questionnaire, designed for professionals of the teams working in the Hypertension Program in health centers in the city of Campina Grande, being interviewed 30 health workers. **Results:** the ACSs represent the largest number of professionals (50%), 66.66% of the sample were female and the average age was 42 years; the ACSs had a lower level of training; 90% of workers mentioned the medical consultation as more common practice of the health centers to prevent, treat and detect early hypertension; most of the sample cited the achievement of individually and group activities as promotion practices in the health center where he works; the provision of training is higher for the ACS (66.67%); with regard to combating the risk factors, the most frequently mentioned activities were those related to food (71.42%); the main obstacles were the user-



related (50%) and for the facilitators, a vast majority of professionals mentioned the multidisciplinary team (43.33%). **Conclusion:** it is concluded that the professionals participating in the HiperDia, carry out important activities to hypertensive patients, but are a bit, away from what is actually stated in established protocols. Can say that professionals do not fully realize their health promotion activities aimed at prevention and control of hypertension, signaling the urgency to implement measures aimed at adaptation to the standards recommended by HiperDia Program and the MS.

**KEYWORDS:** HiperDia program; health promotion; health professionals

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A.M.B. Promoção de saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza: a hipertensão arterial como analisador. 2010. **Tese (Doutorado em Saúde Pública)** – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ANDERSON MP, GUSSO G, CASTRO FILHO ED. Medicina de Família e comunidade: especialista em integralidade. **Rev APS.** 2005;8(1):49-60; 2005.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648 de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 2006a. **Diário Oficial da União, Brasília, DF**, Seção I, p. 71; 29 mar 2006a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção de Atenção Básica**, n. 15, Série A, Brasília, 2006b.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Operação. **HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BOING, A.C.; BOING, A.F. Hipertensão arterial sistêmica: o que nos dizem os sistemas brasileiros de cadastramentos e informações em saúde. **Rev. Bras. Hiperten.**, v. 14, n. 3, p. 84-88, 2007.

CAMPINA GRANDE, Secretaria Municipal de Saúde. **Número de hipertensos atendidos pela secretaria de saúde**. Disponível em: <http://www.campinagrandepb.com.br/mais-de-165-mil-hipertensos-sao-atendidos-pela-secretaria-de-saude/>. Acesso em: 06 de abril de 2015.

CARVALHO FILHA, Francidalma S.S. avaliação do programa de hipertensão arterial e diabetes na perspectiva de profissionais de saúde e usuários, 2012. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**, Universidade Federal do Piauí, Teresina-PI.

CHOBANIAN AV, BAKKRIS GL, BLACK HR, CUSHMAN WC, GREEN LA, IZZO JL Jr, et al. Seventh report of the Joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. **Hypertension**. 42(6):1206-52; 2003.

COSTA, J. M. B. S.; SILVA, M. R. F.; CARVALHO, E. F. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 623- 633, fev, 2011.

GOMES MAM, NOBRE F, AMODEO C, KOHLMANN Jr O, PRAXEDES JN, MACHADO CA, et al. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. 82(Supl IV):7-14; 2004.

LIMA, L. P. M.; GAZETTA, C. E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. **Arq Ciênc Saúde**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 88-94, abr/jun, 2007.

MOLINA, M.C.B. et al. Hipertensão arterial e o consumo de sal em população urbana. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, p. 743-750, 2003.

MORRIS, J.; COLLINS, M. Saúde graças ao exercício-uma lei da natureza. **Saúde Mundo**, p. 6-7, 1992.

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cad. S. Pública**, V. 18(6), P.1639-46,2002.

OHARA, E. C. C.; RIBEIRO, M. P. Assistência Domiciliária. In: OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da Família: considerações teóricas e aplicabilidade**. 2. ed. São Paulo: Martinari, p. 467-479, 2010.

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.M.; SPIRI, W.C.. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. **Rev. S. Pública**, v. 40(4), p.727-733, 2006.

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.

SCHOTT, Marcia; AZEREDO, Catarina M.; CASTRO F., Sylvania do Carmo; PRIORE, Silvia E.; DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da

Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviço de saúde**, V. 15, Nº 3, jul/set de 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol., v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

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.

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

WHO - World Health Organization. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: World Health Organization; 2003.