

# PERFIL SOCIOSSANITÁRIO DE PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL CADASTRADOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, DIVINÉSIA, MINAS GERAIS

Health and social profile of hypertensive patients enrolled in the Family Health Strategy, Divinésia, Minas Gerais

Lívia Magalhães Arruda<sup>1</sup>, Julicristie Machado de Oliveira<sup>2</sup>,  
Rosângela Minardi Mitre Cotta<sup>3</sup>, Sônia Machado Rocha Ribeiro<sup>4</sup>

## RESUMO

A Hipertensão Arterial (HA) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares. As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais para prevenção e controle da HA. Destarte, este estudo tem como objetivo descrever o perfil socio sanitário de portadores de HA cadastrados na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Divinésia. Trata-se de um estudo descritivo realizado com 61 portadores de HA cadastrados na ESF. Observou-se predominância do sexo feminino, 73,80%; e de idosos, 54,10%. A média de IMC do grupo foi  $28,30 \pm 4,19$  kg/m<sup>2</sup>. Mais de 80% dos indivíduos eram aposentados e, em relação à prática de exercícios físicos, 59,02% não realizavam e 37,70% faziam caminhada. Quanto ao conhecimento da doença, 78,69% afirmaram não saber informar o que é a HA, 21,31% responderam mesmo que com algum grau de imprecisão. Cerca de 70% dos entrevistados mostrou habilidade para identificar algum tipo de tratamento para a HA. Observou-se que grande parte destes desconhecia aspectos importantes de sua morbidade. Os resultados mostram a importância de se introduzir práticas educativas no âmbito da ESF que promovam o empoderamento desses indivíduos.

**PALAVRAS CHAVE:** Hipertensão Arterial; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família.

## ABSTRACT

Arterial Hypertension (AH) is a serious public health problem in Brazil and worldwide, being the most common cardiovascular disease. Changes in lifestyle are considered essential to prevent and control AH. Thus, this study aims to describe the health and social profile of AH patients registered at the Family Health Strategy (FHS) in Divinésia, MG. It is a descriptive study conducted with 61 AH patients enrolled in the FHS. There was a predominance of females, 73.80%; and of the elderly, 54.10%. The mean BMI was  $28.30 \pm 4.19$  kg/m<sup>2</sup>. More than 80% were retired and, in relation to physical activity, 59.02% did no activity and 37.70% did walking. Regarding their knowledge about the disease, 78.69% were not able to answer "what is hypertension?", only 21.31% answered the question, though with some inaccuracy. Roughly 70% of the respondents displayed an ability to identify some type of treatment for AH. It was observed that most of them were unaware of important aspects of their morbidity. The results show the importance of introducing educational practices in the FHS context that promote the empowerment of these individuals.

**KEYWORDS:** Hypertension; Primary Health Care; Family Health Program.

<sup>1</sup> Especialista em Nutrição e Saúde, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, DNS/UFV, Viçosa, MG.

<sup>2</sup> Professora Doutora, Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas, FCA/Unicamp Limeira, SP. E-mail: julicristie.oliveira@fca.unicamp.br.

<sup>3</sup> Professora Associada, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, DNS/UFV, Viçosa, MG.

<sup>4</sup> Professora Associada, Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa, DNS Viçosa, MG.

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para acidente vascular cerebral (AVC), infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica<sup>1</sup>. Segundo o Ministério da Saúde, o critério de diagnóstico para a HA é definido como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.<sup>1</sup>

Assim, a HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. É uma condição de difícil controle e entre os seus principais fatores de risco pode-se destacar: a idade, sexo, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão excessiva de sal, ingestão abusiva de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, influência genética, e outros fatores de risco cardiovasculares que frequentemente se apresentam de forma agregada.<sup>2</sup>

No Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de HA, sendo que destes 35% possuem mais de 40 anos de idade. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado e, somando-se a isso, observa-se baixa adesão ao tratamento prescrito<sup>1</sup>. Pesquisa recente do Ministério da Saúde mostrou que a proporção de brasileiros diagnosticados com HA aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6%, em 2006, para 23,3%, em 2010. Em relação ao ano de 2010, no entanto, o levantamento aponta recuo de 1,1 ponto percentual e em comparação a 2009 (24,4%).<sup>3</sup>

A maioria dos países em desenvolvimento passa por uma transição comportamental que influencia negativamente os hábitos alimentares, o que contribuiu com o aumento expressivo da obesidade, explicando o crescimento da incidência das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). As DCNT são de etiologia multifatorial e compartilham de vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada.<sup>4</sup>

A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial define que entre os hábitos dietéticos, deve-se controlar principalmente o consumo excessivo de sal e a ingestão de álcool. É importante evitar também o índice de massa corporal (IMC) aumentado e o estresse psicossocial, além de promover o acesso à informação e aos cuidados de saúde por parte da população.<sup>5</sup>

As modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais para prevenção e controle da HA. Assim,

há que se destacar que as mudanças de hábitos de vida envolvem alterações do padrão comportamental dos indivíduos e por isso não podem ser consideradas como escolhas individuais livres e descontextualizadas.<sup>6</sup>

Ressalta-se, assim, a importância de se desenvolver ações educativas junto à população no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). Destarte, este estudo tem como objetivo descrever o perfil socio-sanitário de usuários portadores de HA cadastrados na Estratégia de Saúde Família (ESF) de Divinésia (MG).

## MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo realizado com 61 indivíduos portadores de HA cadastrados na ESF de Divinésia, Minas Gerais, Brasil.

No município de Divinésia, as ações e atividades de saúde são atendidas em nível primário de atenção à saúde, contando também com algumas especialidades médicas básicas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística<sup>7</sup> (IBGE), Divinésia tem uma população de 3.293 (habitantes/m<sup>2</sup>), com baixa condição socioeconômica, sendo 20,77% a incidência de pobreza, 66% residem na área urbana e 34% na área rural. Dentre as principais atividades econômicas desenvolvidas estão a pecuária, a lavoura de cereais, leguminosas e oleaginosas. A opção por realizar pesquisa neste município fundamenta-se no fato de este atender aos requisitos, orientações e diretrizes determinadas pelo Ministério da Saúde em relação à ESF, e por contar com o apoio da Prefeitura Municipal, Secretaria Municipal de Saúde e equipe da ESF para a realização da pesquisa, além da ESF cobrir 100% da população.

Segundo censo realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a população de Divinésia é composta por um total de 477 portadores de HA. O estudo foi realizado com 13,41% dos indivíduos.<sup>8</sup> Foi realizada seleção amostral por conveniência, uma vez que incluiu usuários cadastrados no Sistema Informatizado de Atenção Básica (SIAB) e que participaram com assiduidade das reuniões que aconteciam mensalmente.

Para a coleta de dados, elaborou-se um questionário adaptado do estudo desenvolvido por Cotta et al.,<sup>6</sup> incluindo questões objetivas e discursivas, destacando-se: perfil socioeconômico, grau de escolaridade, conhecimentos em relação à doença, realização de exames, administração de medicamentos, prática de exercícios físicos, acompanhamento profissional e acompanhamento da família.

O estado nutricional foi avaliado por meio de aferição das medidas antropométricas, peso e estatura segundo recomendações do Ministério da Saúde,<sup>9</sup> por um nutricionista devidamente treinado. Em seguida à avaliação antro-

pométrica, foi aplicado questionário por meio de entrevista individual no mesmo local e pelo mesmo profissional. O peso foi obtido com uso de balança digital eletrônica portátil, com capacidade de 150 kg e graduação de 100g e a estatura foi obtida com uso de estadiômetro portátil colocado em parede lisa, isenta de rodapé, com graduação em centímetros.

O IMC (peso/estatura<sup>2</sup>) foi à variável de escolha para o indicador de descrição da relação peso/altura. Durante a coleta de dados, um enfermeiro aferiu a pressão arterial dos participantes com o auxílio de esfigmomanômetro.

## RESULTADOS

Em relação à distribuição das doenças, 100% (N=61) dos usuários participantes apresentavam HA, sendo que destes, 1,6% apresentavam também diabetes mellitus (DM) tipo 2 e 3,3% DM tipo 1. Por meio da tabela 1, pode-se visualizar o perfil socio-sanitário dos entrevistados. Observou-se predominância do sexo feminino, com pre-

Os dados coletados foram digitados em planilha do Microsoft Excel 2007 e analisados no *software Stata 9*. O protocolo de pesquisa foi submetido à análise e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa - MG, protocolo nº 012/2011, de acordo com a resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os indivíduos que participaram do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e a Secretaria de Saúde Municipal assinou o termo de liberação da pesquisa.

valência de 73,8%. A idade dos entrevistados variou entre 17,9 e 89,0 anos, com predominância de idosos com idade acima de 65 anos (54,1%). A média de IMC do grupo foi  $28,30 \pm 4,19$  kg/m<sup>2</sup>, variando de 18,76 a 35,94. A maior parte dos entrevistados, 57,38%, apresentaram pressão sistólica variando entre 100 e 130 mmHg. Em relação à diastólica, 73,77% apresentavam valores no intervalo de 60 a 80 mmHg.

**Tabela 1** - Perfil socio-sanitário dos usuários portadores de Hipertensão Arterial entrevistados, Estratégia de Saúde Família, Divinésia (MG), 2011.

Variável	N	%	Variável	N	%
<b>Sexo:</b>			<b>Grau de escolaridade:</b>		
Masculino	16	26,23	Ensino fundamental incompleto	39	63,93
Feminino	45	73,77	Ensino fundamental completo	5	8,20
			Ensino médio incompleto	4	6,56
			Ensino médio completo	3	4,92
			Analfabeto	10	16,39
<b>Faixa etária:</b>			<b>Quantidade de medicamento:</b>		
17,9-39,9	3	3,30	Apenas um tipo	12	19,67
40,0-64,9	26	42,60	Dois a três tipos	43	70,49
65,0-89,0	33	54,10	Mais de três tipos	6	9,84
<b>Número de pessoas no domicílio:</b>			<b>Tipo de atividade física:</b>		
Mora sozinho	10	16,39	Caminhada	23	37,70
2	22	36,07	Não realiza	36	59,02
3-4	18	29,51	Dança	2	3,28
5-7	11	18,03			
<b>Renda familiar/Salário Mínimo:</b>					
< 1,0	9	14,75			
1,0 – 2,0	30	49,18			
2,0 – 3,0	22	36,07			
<b>Tipo de ocupação: *</b>					
Com ocupação	11	18,03			
Aposentado	50	81,97			

\*Com ocupação: trabalhador rural, atividades domésticas

Fonte: dados da pesquisa.

A maior parte dos entrevistados 63,93% possuíam ensino fundamental incompleto e 16,39% eram analfabetos. Em relação à quantidade de medicamentos utilizados, 70,49% utilizavam dois a três tipos. A maior parte dos entrevistados, 62,3%; referiram frequentar as consultas médicas sozinhos, sem acompanhamento familiar, porém somente 16,39% moravam sozinhos.

Mais de 80% dos indivíduos eram aposentados, o restante relatou possuir como ocupação o trabalho rural e as atividades domésticas. Em relação à frequência da realização de exames, 44,26% dos entrevistados realizavam semestralmente e 34,43 % realizavam quando eles próprios solicitavam ao médico.

Quase 80% dos entrevistados referiram evitar o uso excessivo de sal, e esta redução ocorreu após o conhecimento do diagnóstico. O restante alegou manter a quantidade habitual de sal, uma vez que a família não compreendia que a redução na utilização deste era uma importante medida para a melhora do quadro hipertensivo. Em relação à prática de exercício físicos, 59,02% não realizavam e 37,70% faziam caminhada.

No que se refere ao conhecimento da doença por parte dos entrevistados, 78,69%, não sabiam responder o que é a HA, e somente 21,31% responderam mesmo que com imprecisão.

**Tabela 2** - Respostas dos entrevistados quando indagados: “para você o que é hipertensão?”. Estratégia de Saúde Família, Divinésia (MG), 2011.

Resposta	N	Percentual %
Não souberam responder	48	78,69
Responderam mesmo que com imprecisão	13	21,31
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Vale ressaltar que alguns entrevistados associaram as respostas a eventos emocionais:

*“É quando eu fico nervosa e a pressão sobe.”*

E a problemas relacionados ao coração:  
*“Coração acelerado/ é o problema de coração”.*

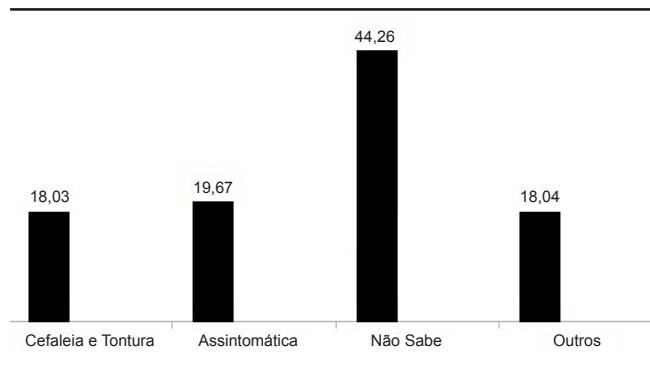
Ou com sensações corporais:  
*“É um calor no corpo.”*

Quando questionados sobre os fatores de risco para HA, 26,23% não souberam responder e os demais citaram

alguns fatores de risco: excesso de peso, fatores emocionais, excesso de sal, sedentarismo, dentre outros.

Entre os principais sintomas relacionados à HA, conforme descrito no gráfico 1, 42,26% dos entrevistados não souberam responder, 18,03% afirmaram ser HA assintomática e 19,67% citaram cefaleia e tonturas.

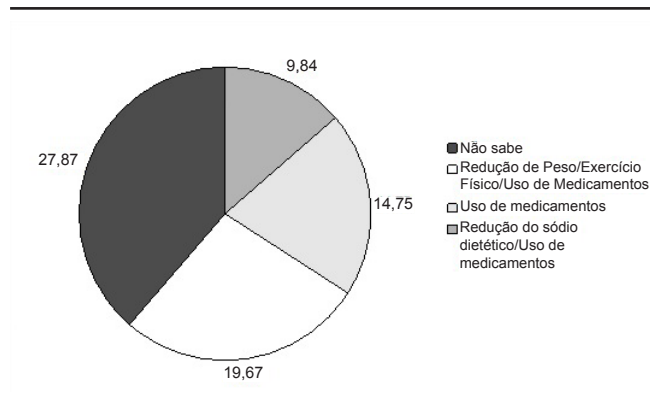
**Gráfico 1** - Proporção (%) das respostas dos entrevistados quando questionados sobre os sintomas de HA. Estratégia de Saúde Família, Divinésia (MG), 2011.



Fonte: dados da pesquisa.

Em relação a complicações da HA, 13,11% identificaram o Acidente Vascular Cerebral (AVC), o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e as Doenças Cardiovasculares em geral, porém 83,61% disseram não conhecer as principais complicações desta enfermidade. Cerca de 70% dos entrevistados mostraram habilidade para identificar algum tipo de tratamento para a HA, como uso de medicamentos, redução do peso corporal, prática de exercício físico, redução do sódio dietético, controle da dislipidemia, dentre outros. Nenhum deles identificou o controle do diabetes e o hábito de não fumar como estratégias de tratamento (Gráfico 2).

**Gráfico 2** - Proporção (%) das respostas dos entrevistados quando questionados sobre os tratamentos para HA. Estratégia de Saúde Família, Divinésia (MG), 2011.



Fonte: dados da pesquisa.

## DISCUSSÃO

Observou-se, no presente estudo, predomínio de pessoas que vivem com renda de um a dois salários mínimos e baixa escolaridade. Segundo Pierin et al.,<sup>11</sup> essas variáveis podem determinar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo, afirmando ser a condição socioeconômica um fator que pode influenciar na gênese e tratamento da hipertensão arterial. Os achados do presente estudo vão ao encontro de trabalhos presentes na literatura que constataram maior predominância no sexo feminino.<sup>12,13,14</sup>

Dentre os entrevistados, a maioria demonstrou desconhecer aspectos importantes sobre a doença, tais como fatores de risco, complicações, tipos de tratamento, mudanças na ingestão de sódio, prática de exercícios físicos, dentre outros. Surpreendentemente, nenhum portador de HA identificou o controle do diabetes e o não hábito de fumar como formas de prevenção e tratamento. Esses aspectos são importantes, já que atualmente, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento, observa-se um predomínio da mortalidade por Doença Cardiovascular. Como causa isolada, a HA é a mais importante morbidade do adulto. Mesmo face à efetividade do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, é uma doença de difícil controle provavelmente devido à baixa adesão ao tratamento.<sup>15</sup>

Apesar de muitos entrevistados terem identificado as mudanças no estilo de vida como fatores que contribuem no tratamento da HA, sabe-se que há ausência de desenvolvimento de estratégias educativas na ESF.

Para alguns autores, esta prática constitui uma das áreas estratégicas da APS. Entretanto, as experiências educativas voltadas aos portadores de HA no Brasil ainda são, em grande parte, restritas a prescrições normativas, sendo escassas as abordagens de educação em saúde sob a ótica da promoção da saúde, desde uma perspectiva emancipatória dos sujeitos.<sup>16</sup> O tratamento e o controle da HA representam, dessa forma, um desafio aos serviços e profissionais de saúde, que devem superar o distanciamento entre profissional e usuário e as práticas de saúde orientadas por tecnologias não flexíveis e desvinculadas da realidade dos indivíduos.<sup>17</sup>

No presente estudo, os usuários entrevistados são na maioria de baixa escolaridade. Esse resultado corrobora os de Cotta et al. (2009)<sup>6</sup>, que encontraram dados semelhantes em seu estudo e destacaram que a baixa escolaridade, comum às diferentes regiões do país, pode representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas pela equipe multiprofissional, assim como no seguimento do tratamento. Portanto, a escolaridade constitui um importante indicador a ser observado tanto pelos

gestores, como pela equipe no planejamento de estratégias, programas, propostas e ações destinadas a este grupo populacional.

Para isso, os profissionais de saúde, que atuam na APS, devem buscar estratégias para mudar esta realidade, desenvolvendo atividades de educação em saúde com os usuários da ESF. As características sociodemográficas e hábitos de vida devem ser avaliados ao se propor ações junto às pessoas hipertensas, merecendo de todos os profissionais da área da saúde a devida atenção, o que corrobora os achados de Pereira et al.,<sup>18</sup> que destacam que a ESF incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, tem como princípios básicos a substituição do modelo biomédico hegemônico e o trabalho em equipe multiprofissional, com território definido e adscrição da clientela, realizando-se vigilância em saúde.

Ao refletir sobre a participação da família no tratamento do idoso portador de HA participante do presente estudo, inicialmente é preciso considerar que 10 deles moram sozinhos, e a maioria dos que residem com companheiro (a) e familiares não recebem qualquer tipo de ajuda em relação ao tratamento. É importante considerar fundamental o envolvimento da família, de maneira positiva em relação aos cuidados à saúde do idoso, situação que pode ocorrer mesmo entre os idosos que residem sozinhos.<sup>19</sup>

Alguns hábitos considerados como fatores de risco para as DCNT foram abordados na entrevista. Verificou-se que menos de 40% dos indivíduos que afirmaram praticar a caminhada e quase 60% se declaram não praticar atividade física. As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão recomendam que para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada.<sup>5</sup>

Em concordância com outros estudos,<sup>14</sup> observou-se alto valor médio de IMC no grupo de portadores de HA. Quanto ao conhecimento da doença, 78,69% não souberam responder quando questionados sobre o que é hipertensão, aspecto que é importante, já que o primeiro passo para a mudança de hábitos e estilo de vida é a conscientização.<sup>20</sup>

O conhecimento sobre a doença e tratamento é uma variável a ser considerada no contexto da adesão ao tratamento. Dados de estudos presentes na literatura mostram que, de um modo geral, os portadores de HA possuem informação sobre seu problema de saúde, porém não estão devidamente controlados.<sup>21-24</sup> A discrepância entre ter informação a respeito da doença e tratamento e conseguir controlar a pressão arterial aponta para a diferença essencial entre conhecimento e adesão. Enquanto o conheci-

mento é racional, adesão é um processo complexo que envolve fatores biossociais, emocionais e barreiras concretas, de ordem prática e logística.<sup>25</sup>

Lima et al.<sup>26</sup> encontraram resultado semelhante aos do presente estudo, destacando-se que a população estudada tem suas próprias percepções sobre a HA. No presente trabalho, encontrou-se que os entrevistados relacionam os aspectos emocionais à ocorrência da HA. Entretanto, não há clareza se esta relação é de causa, efeito ou se percebem estes problemas emocionais como a doença em si.

Cotta et al.<sup>27</sup> destacam que as medidas de educação em saúde não devem ser autoritárias e normativas, mas sim dialógicas. Assim, a ESF se destaca como *locus* para trabalhar essas questões junto à comunidade. Na ESF, os profissionais de saúde devem estar capacitados para prestarem assistência integral à população. O cuidado em saúde deve ser participativo e humanizado, visto que é imprescindível integrar o saber técnico ao saber popular para melhor direcionar as ações de saúde, intervir de forma mais efetiva, ao envolver a população e/ou os grupos populacionais no processo de cuidado, proporcionar mudança no estilo de vida e melhoria na qualidade de vida dos indivíduos e famílias. Devem-se considerar também os aspectos simbólicos e culturais que permeiam o tratamento e o cuidado em saúde. Nunes e col.,<sup>28</sup> em estudo qualitativo realizado com portadores de HA acompanhados pela ESF, em Teresina (PI), identificaram que há tendência de uma supervalorização do tratamento medicamentoso entre os portadores de HA em detrimento do entendimento do processo terapêutico, consideração de aspectos culturais e demais formas de prevenir e tratar. Esses achados reforçam a necessidade de se pensar e refletir sobre estratégias efetivas de educação em saúde voltadas para essas população.

## CONCLUSÃO

De acordo com os resultados encontrados, foi possível observar entre os portadores de HA usuários da ESF de Divinésia, MG uma predominância de indivíduos idosos, do sexo feminino, de baixa escolaridade e com poder socioeconômico restrito. Esses aspectos devem ser levados em consideração no processo de implantação de atividades em educação sanitária e cuidados à saúde.

Observou-se que grande parte destes desconheciam aspectos importantes de sua morbidade, como conceito e evolução da doença, conhecimento dos sintomas, fatores de risco, complicações e aspectos importantes do tratamento. Os resultados mostram a importância de se introduzir práticas educativas que promovam o empoderamento desses indivíduos. Os achados deste estudo poderão

auxiliar na tomada de decisões no contexto desta ESF e direcionar as ações em saúde para a promoção, prevenção e tratamento dos usuários hipertensos e demais pessoas da comunidade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006; 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. Brasil. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(1):1-51.
3. Ministério da saúde. Departamento de atenção básica. 2010. [Citado 2011 junho]. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia\\_ret\\_detalhe.php?cod=1216](http://dab.saude.gov.br/noticia/noticia_ret_detalhe.php?cod=1216)>.
4. Reis MG, Glashan RQ. Adultos hipertensos hospitalizados: percepção de gravidade da doença e de qualidade de vida. Rev Latino-Am Enfermagem. 2001; 9(3):7-51.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 2007; 1-48.
6. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Ciência e Saúde Coletiva. 2009; 14(4):1251-1260.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censos Demográficos e Contagem Populacional; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/DATASUS; 2010.
8. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atlas; 1999.
9. Fagundes AA, Barros DC, Duar HA, Sardinha LMV, Pereira MM, Leão MM. SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional): orientações básicas para a cole-

ta, processamento, análise de dados e informações em serviços de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

10. Cuppari L. Nutrição: Nutrição clínica no adulto. Barueri: Manole; 2002.

11. Pierin AMG, Jr DM, Fukushima JT, Pinto AR, Kamimaga MM. O perfil de um grupo de pessoas hipertensas de acordo com conhecimento e gravidade da doença. Rev. Es. Enf. USP. 2001; 35(1):8-11.

12. Teodosio MR, Freitas CLC, Santos NTV, Oliveira ECM. Hipertensão na mulher: estudo em mães de escolares de Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco - Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50(2):158-62.

13. Castro RAA, Moncau JEC, Marcopito LF. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica na cidade de Formiga, MG. Arq Bras Cardiol. 2007; 88(3):334-339.

14. Ramos JN, Damacena LC, Stringhini MLF, Fornés NS. Perfil socioeconômico, antropométrico, bioquímico, e estilo de vida de pacientes atendidos no programa “controle de peso”. Comunic. Ciênc Saúde. 2006; 17(3):185-192.

15. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia (Brasil). Diretrizes de hipertensão arterial, IV. Campos do Jordão; 2002.

16. Toledo M.M, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. 2007; 16(2):233-238

17. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini SCC. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev Bras Enferm. Brasília. 2009; 62(1):113-18.

18. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Tinoco ALA, Rosado LEFPL, Campos, MTFS. Análise do perfil socio-sanitário de idosos: a importância do Programa de Saúde da Família. Rev Med Minas Gerais. 2010; 20(1):5-15.

19. Contiero AP, Pozati MPS, Challouts RI, Carreira L, Marcon SS. Idoso com hipertensão arterial: dificuldades de acompanhamento na Estratégia Saúde da Família. Rev Gaúcha Enferm. 2009; 30(1):62-70.

20. Cotta RMM, Reis RS, Carvalho AL, Batista KCS, Castro FAF, Alfenas RCG. Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e popular. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2008; 18(4):745-766.

21. Strelec MAAM, Pierin AMG, Mion Júnior D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. Arq Bras Cardiol. 2003; 81(4):349-54.

22. Sanchez CG, Pierin AMG, Mion Júnior D. Comparação dos perfis dos pacientes hipertensos atendidos em Pronto-Socorro e em tratamento ambulatorial. Rev Esc Enferm USP. 2004; 38(1):90-8.

23. Magro MCS, Silva EV, Riccio GMC, Guerra GM. Percepção do hipertenso não-aderente à terapêutica medicamentosa em relação à sua doença. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 1999; 9(1):1-10.

24. Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família de um Centro de Saúde Escola. Acta Paul Enferm. 2005; 18(3):269-75.

25. Jesus ES, Augusto MAO, Gusmão J, Mion Junior D, Ortega K, Pierin AMG. Perfil de um grupo de hipertensos: aspectos biosociais, conhecimentos e adesão ao tratamento. Acta Paul Enferm. 2008; 21(1):59-65.

26. Lima MT, Bucher JSNF, Lima JWO. A hipertensão arterial sob o olhar de uma população carente: estudo exploratório a partir dos conhecimentos, atitudes e práticas. Cad Saúde Pública. 2004; 20(4):1079-1087.

27. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. Rev Nutr. 2009; 22(6):823-835.

28. Nunes GBL, Nogueira LT, Pedrosa JIS. Simbolismos do medicamento para hipertensos acompanhados pela estratégia saúde da família. Revista APS. 2012; 15(3):312-319.

---

Submissão: junho/2013

Aprovação: abril/2014

---