



Artigo Original

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ENTENDIMENTO DOS USUÁRIOS PORTADORES

HYPERTENSION: THE UNDERSTANDING OF BEARER'S USERS

Resumo

Vilara Maria Mesquita Mendes Pires¹
Maristella Santos Nascimento¹
Daniela Márcia Neri Sampaio¹
Doane Martins da Silva¹
Marta dos Reis Alves¹

¹Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB

Jequié – Bahia - Brasil

E-mail:
vilaragondim@yahoo.com.br

A Hipertensão ocupa posição de destaque, devido a sua alta incidência e prevalência, considerada uma doença de natureza multifatorial e em sua grande maioria assintomática, que compromete fundamentalmente a promoção da qualidade de vida. O estudo teve como objetivo retratar o entendimento de usuários portadores de hipertensão, cadastrados e acompanhados pelo programa de HIPERDIA nas unidades de saúde da família, sobre a sua patologia e com isso poder estabelecer estratégias que possam estar mais próximo da realidade deles para propor políticas que favoreçam a promoção da saúde. Estudo de abordagem qualitativa, realizado no município de Jequié-BA, em 08 Equipes de Saúde da Família, com 152 usuários portadores de hipertensão. Utilizamos a entrevista semiestruturada e a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que nos possibilitou reconstruir 04 discursos: DSC 01: Pra mim é uma doença horrível, DSC 02: Não comer sal, não comer gordura, DSC 03: É ficar sentindo dor de cabeça, tontice, dá infarto, dá derrame, DSC 04: Eu não sei direito o que é que traduz o entendimento dos sujeitos do estudo sobre a sua patologia. Isso nos remete a pensar em ações de educação em saúde emergindo a necessidade de mudança no enfoque e na utilização de uma linguagem comum entre os profissionais e os usuários do serviço que garanta a promoção da qualidade de vida e, conseqüentemente, a co-responsabilidade na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Hipertensão; Saúde da Família; Educação em saúde.

Abstract

High Blood Pressure (HBP) occupies a prominent position, due to its high incidence and prevalence, as a multifactorial disease and mostly asymptomatic, that fundamentally endangers the promote life's quality. The study aimed to portray the understanding of bearer's users enrolled and monitored by the HIPERDIA program, in Family Health Units, about their pathology and thus be able to establish strategies that may be closer to their reality to propose policies to encourage the promotion of health. The study with qualitative approach, conducted in the municipality of Jequié - Bahia, with 08 Family Health Teams, with 152 users with hypertension. We used the semi-structured interview and the collective subject speech technique, which enabled us to reconstruct 04 speeches: DSC 01: "To me it is a terrible disease", DSC 02 "do not eat salt, do not eat fat", DSC 03 "it is to have

headaches, vertigo, it causes heart attack, it causes stroke" DSC 04 "I do not know what it exactly is", they reflect the understanding of the study subjects about their pathology. This leads us to think of health actions aimed at health education emerging the need for change in the approach and use of a common language between professionals and service users, ensuring the promotion of life's quality and, consequently, the co-responsibility in the treatment adherence.

Key words: Hypertension; Family Health; Health Education.

Introdução

A alta incidência e a prevalência das Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) vêm ocupando espaços de destaque na agenda da saúde pública, exigindo uma reformulação de políticas baseadas em promoção da saúde e prevenção das DANT, com o objetivo de reduzir o surgimento de novos casos e retardar o aparecimento de complicações e incapacidades que comprometam a promoção da qualidade de vida.

Entre as DANT, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) ocupa posição de destaque, devido a sua alta incidência e prevalência, considerada uma doença de natureza multifatorial e, em sua grande maioria, assintomática, que compromete fundamentalmente o equilíbrio dos mecanismos vasodilatadores, levando a complicação isquêmica, a complicações renais, entre outras. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem das doenças crônico-degenerativas, além de caracterizá-la como uma das causas da maior redução da expectativa de vida dos indivíduos¹.

As doenças cardiovasculares tem sua prevalência mundial estimada na ordem de 1 bilhão para indivíduos hipertensos, sendo que aproximadamente 7,1 milhões de óbitos por ano podem ser atribuídos a HAS², e no Brasil em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório³. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%⁴⁻⁵. A probabilidade de um indivíduo apresentar HAS ao longo de sua vida é de aproximadamente 90%⁶.

A HAS leva-nos a pensar em invalidez parcial ou total do indivíduo, o que desencadeia consequências não só para o indivíduo como também para sua família. Mas quando diagnosticada precocemente, pode mostrar - nos várias possibilidades de evitar complicações, no sentido de minimizar possíveis hospitalizações, gastos e garantir a qualidade de vida do indivíduo e família⁷.

Diante do exposto, podemos perceber a relevância do tema e o quanto a Política de Atenção a Saúde do Adulto, em conjunto com o Programa de Hipertensão e Diabetes (HIPERDIA) tem tentado minimizar a situação da HAS em nosso país, mas precisamos continuar buscando estratégias que possam colaborar para mudar tal panorama.

Com o propósito de atender a esse contexto a educação em saúde ao longo dos tempos, vem sendo repensada no sentido de mudar as práticas pedagógicas persuasivas, com transmissão verticalizada de informações, negação da subjetividade do educando e autoridade do educador para práticas

que possam desenvolver a autonomia dos sujeitos no processo de cuidar de sua saúde.

Dessa forma, percebemos a importância da educação em saúde como elo entre os usuários dos serviços de saúde e os profissionais de saúde, uma vez que estabelecem a corresponsabilidade na busca de uma assistência integral.

Com isso, o objetivo desse estudo é retratar o entendimento dos usuários portadores de HAS, cadastrados e acompanhados pelo programa de HIPERDIA nas USF sobre a patologia, e com isso poder estabelecer estratégias que possam estar mais próximas da realidade deles para assim, sensibilizar os profissionais de saúde para práticas que favoreçam a promoção da qualidade de vida.

É importante destacar que esse estudo é um subprojeto do Projeto de pesquisa intitulado Perfil dos portadores de HAS e sua adesão ao tratamento nas Unidades de Saúde da Família no município de Jequié-BA, que tem o propósito de desenvolver estudos nas Unidades de Saúde da Família com os usuários dos serviços de saúde.

Metodologia

Estudo de natureza qualitativa tendo como campo de pesquisa o município de Jequié/BA que está situado na região Sudoeste do Estado da Bahia, localizado a aproximadamente 360 km da capital, atualmente conta com uma população de 150.351 habitantes⁸.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) foi estruturada a partir Lei 1433/97, pelos seguintes departamentos: Planejamento, Acompanhamento e Avaliação; Auditoria; Assistência à Saúde; Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica e Ambiental, e Administrativo/ Financeiro⁹.

A atenção básica conta com a implantação de 27 Equipes de Saúde da Família, cuja cobertura tem uma abrangência populacional de aproximadamente 57,21% das famílias. As equipes são implantadas em 18 unidades de saúde da família (USF), contando com 27 médicos, 27 enfermeiras, 54 auxiliares de enfermagem e 187 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo 25 equipes na zona urbanas, e 2 na zona rural⁹.

O cenário da investigação se deu em oito Equipes de Saúde da Família, que tiveram como critério de inclusão atender ao programa de HIPERDIA com cadastramento e acompanhamento de usuários portadores de HAS até o ano de 2007. Assim, foram definidos como sujeitos da pesquisa usuários cadastrados e acompanhados no programa de HIPERDIA das referidas equipes.

Dessa forma, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, num primeiro momento não nos preocupamos com a amostragem quantitativa, mas sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão do fenômeno estudado. Então, só no decorrer da produção dos dados delimitamos uma amostragem de 149 sujeitos, que ficaram assim distribuídos: USF1 13 sujeitos, USF2 12 sujeitos, USF3 37 sujeitos, USF4 14 sujeitos, USF5 6 sujeitos, USF6 20 sujeitos, USF7 26 sujeitos e USF8 21 sujeitos. Importante destacar que utilizamos o critério de saturação para esse delineamento da amostra.

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada, e como técnica de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que é entendida como uma das formas que o pesquisador pode lançar mão para reconstruir o universo de representações existentes no campo pesquisado¹⁰, e consiste na metodologia de organização e tabulação de dados de natureza verbal, obtidos por depoimentos coletados nas entrevistas¹¹.

Na fase de organização dos dados as entrevistas foram gravadas, transcritas e digitadas, passando posteriormente por uma leitura criteriosa em que extraímos as ideias centrais/ancoragem e as suas correspondentes expressões-chaves.

Já na fase da tabulação dos dados, que consiste em seis passos, realizamos uma análise isolada das questões, copiando o conteúdo integralmente dos depoimentos no Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD 1); em seguida identificamos e destacamos as expressões-chave das ideias centrais, colocando nos espaços correspondentes no IAD 1; depois identificamos e agrupamos as ideias centrais do mesmo sentido ou de sentido equivalente ou de sentido complementar e identificamos por letras; após este passo denominamos cada um dos grupos, identificados inicialmente pelas letras, por um nome que representasse da melhor maneira possível às ideias centrais; e, por fim, construímos o discurso propriamente dito, utilizando para isso o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2), copiando as expressões-chaves destacada do mesmo grupo. É importante salientar que ao construir o discurso foi necessário sequenciar as expressões-chaves obedecendo a uma ordem esquemática de início, meio e fim, fazendo uma ligação entre as expressões-chaves com conectivos que favorecessem a coesão e assim eliminamos as repetições, as particularidades utilizando todo o material das expressões-chaves, o qual nos foi possível reconstruir 04 discursos: DSC 01 - Pra mim é uma doença horrível, DSC 02 - Não comer sal, não comer gordura, DSC 03 - É ficar sentindo dor de cabeça, tontice, dá infarto, dá derrame e o DSC 04 - Eu não sei direito o que é.

Vale lembrar, que este estudo atendeu à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde¹², que estabelece diretriz e normas regulamentadoras em pesquisa que envolva seres humanos e que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, consubstanciando a autorização para a realização do mesmo conforme protocolo de nº. 027/2007.

Para tanto, é importante salientar que após o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) os sujeitos que participaram deste estudo foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa em relação aos aspectos contidos na Resolução supracitada, e no aceite, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Resultados e Discussão

Com o intuito de atender aos objetivos do estudo discutiremos a seguir os discursos reconstruídos a partir do entendimento dos sujeitos sobre a HAS.

DSC 01: Pra mim é uma doença horrível

“Pra mim é uma doença horrível que mexe com o organismo da pessoa, é uma doença perigosa, uma doença silenciosa, traiçoeira demais. O médico diz que é coisa muito sutil e a gente nem vê na hora que chega, sei que é relacionada com o coração, é uma disfunção dos batimentos cardíacos, é uma alteração da pressão do sangue e na circulação arterial, não é entupir a veia porque isso é colesterol. São os vasos sanguíneos, a evolução do sangue, no caso o sangue, os batimentos do coração se alteram e causa a pressão alta”. (S1; S5; S6; S8; S9; S11; S14; S16; S26; S149.)

Nesse discurso podemos verificar que os sujeitos associaram o entendimento da HAS ao de pressão alta, sendo a etiologia da doença definida a partir das alterações no sistema cardiovascular. Embora acredite-se que grande parte dos usuários tenha recebido algum tipo de informação na USF, o discurso demonstra um desconhecimento do conceito de HAS.

A HAS é definida como uma pressão arterial sistólica igual ou superior a 140 mmHg, e/ou uma pressão arterial diastólica igual ou superior a 90 mmHg em adultos a partir de 18 anos. É uma condição clínica multifatorial, desencadeada de forma isolada ou está associada a diversos fatores de risco como a idade avançada, excesso de peso e obesidade, ingestão excessiva de sódio, consumo excessivo de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e predisposição genética¹³.

A HAS não é apenas o registro dos altos níveis tensionais, sendo necessário também, para o seu diagnóstico levar em consideração os dados de história clínica e de exame físico, atentando para a presença de fatores de risco, de comorbidades e a presença de lesões em órgãos-alvo¹⁴.

Conforme verificamos no discurso, a HAS foi definida a partir das alterações no sistema cardiovascular e, de fato, a doença resulta de várias alterações estruturais deste sistema que podem amplificar o estímulo hipertensivo e ocasionar complicações. Sabe-se que a HAS é acompanhada por alterações funcionais dos diversos sistemas que contribuem para a regulação da pressão arterial, como o sistema nervoso autônomo simpático, renal, do sistema renina angiotensina, além de outros mecanismos humorais e disfunção endotelial¹⁵.

Apesar do desconhecimento da etiologia da doença por parte dos sujeitos do estudo, podemos observar neste discurso uma percepção da gravidade da HAS, embora não sejam mencionadas suas complicações. Tal fato pode contribuir para a adesão ao tratamento, pois, quanto maior o nível de conhecimento do indivíduo sobre seu problema, maior a possibilidade de comprometimento efetivo no autocuidado e, conseqüentemente, maior chance de sucesso¹⁶.

A ausência de conhecimento acerca da patologia e de suas respectivas complicações pode estar relacionada ao fato de que a hipertensão pode não

manifestar sintoma ou desconforto físico, contribuindo para a falsa crença de controle e conseqüente não adesão ao tratamento, já que as pessoas só se percebem doentes, quando a doença interfere na qualidade de vida¹⁷ ou até que surjam as primeiras complicações provocadas por ela, sendo esta uma das razões para que o portador não se comprometa com as condutas necessárias para seu controle¹⁸.

DSC 02: Não comer sal, não comer gordura

“Meu entendimento sobre pressão alta é que a gente tem que saber lidar com ela, saber controlar, não comer sal, não comer gordura, não tomar muito sol, não tomar raiva, tomar os remédios direitinho, fazer caminhada. Tem que controlar os sintomas, controlar as crises, medindo a pressão na data certa, e quando sentir alguma coisa procurar o posto, o médico. A gente tem de se cuidar, eu acho que depende de muita dedicação e seguir as orientações médicas. Acho que só os médicos entendem a gente não.” (S2; S4; S5; S12; S13; S16; S17; S22; S23; S28; S120; S140.)

Observa-se nesse discurso que os sujeitos entendem a HAS a partir da sua prevenção, relacionando-a ao que leva sua ocorrência. A necessidade de mostrar a importância da prevenção da hipertensão arterial impõe-se a todo o momento nesse discurso.

Podemos observar também que o conhecimento dos sujeitos acerca da HAS está associado ao tratamento da patologia, baseado na adoção de hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, uso dos medicamentos e controle dos níveis pressóricos. Assim, verifica-se que esses indivíduos possuem uma percepção do tratamento da HAS, fato este que pode contribuir para a adesão ao regime terapêutico e para prevenção de complicações.

A VI Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial¹³ recomenda mudanças no estilo de vida, adoção de hábitos saudáveis, alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo. Além disso, também se preconiza o controle de peso e a prática de 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, pelo menos cinco vezes por semana, desde que em condições de realizá-la.

Podemos perceber que os sujeitos do discurso demonstram determinado conhecimento sobre as medidas a serem adotadas no sentido de evitar complicações. Nesse sentido, notamos que nas entrelinhas do discurso os sujeitos apontam um conhecimento em relação às causas da doença de maneira a vivenciar sua prevenção.

Percebemos ainda no discurso uma maior valorização da figura do médico, nos retratando ao modelo biomédico. Este entendimento requer uma ressignificação das ações desenvolvidas pela equipe de saúde, em particular para o enfermeiro, modificando o entendimento do cuidado em equipe na

perspectiva de ampliar a autonomia dos sujeitos sobre o autocuidado, além de constatar a importância da equipe multidisciplinar.

DSC 03: É ficar sentindo dor de cabeça, tontice, dá infarto, dá derrame

“O problema da pressão alta é por causa do estress, ansiedade, é ficar sentindo dor de cabeça, tontice, a vista fica escura e turva, dá dor nas pernas, no pescoço, às vezes insônia, sonolência, fadiga, boca amarga e com gosto de sangue. O coração acelerado bate forte como se o sangue ta sem poder passar, ai fica o coração tremendo e quando respira sente uma dor no peito, dormência no corpo, ai a gente fica ruim porque ela tá alta. Tem que ter muito cuidado porque pode ter muita complicação, dá infarto, dá derrame. Se a pessoa não tratar a veia entope, o sangue fica forte, ai tem um “piripaque” e não volta mais.” (S3; S11; S18; S13; S37; S40; S42; S45; S50; S130.)

Nesse discurso podemos notar a relação estabelecida entre a HAS e suas possíveis causas, além de representarem bem os sinais, sintomas e as complicações. Mas vale lembrar que a HAS inicialmente não provoca quaisquer sintomas ou sinais, exceto os valores pressóricos elevados. Contudo, com o decorrer dos anos, a pressão arterial associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais¹⁹⁻²⁰.

Portanto, não há dúvidas de que HAS constitui um sério problema de saúde pública em todo o mundo, sendo comprovadamente um fator de risco para outras doenças e agravos à saúde, tais como Acidente Vascular Encefálico, Cardiopatias Isquêmicas e Insuficiência Renal¹³.

No discurso percebemos que as complicações da HAS estão presentes no entendimento dos sujeitos da pesquisa, que trazem o óbito como consequência mais grave. Por isso, faz-se necessário pensar a HAS num contexto de promoção da saúde, prevenção de suas complicações, o que favorecerá para a adoção de hábitos saudáveis na busca da qualidade de vida. Tendo em vista as complicações que a hipertensão arterial pode ocasionar, torna-se de fundamental importância que os indivíduos hipertensos tenham conhecimento sobre os aspectos inerentes a doença e seu tratamento, bem como dos fatores de risco associados à cronicidade da doença e de suas complicações, alertando-as quanto à importância da continuidade do tratamento para que o mesmo seja efetivo.

DSC 04: Eu não sei direito o que é

“Eu não sei direito o que é não tenho saber, às vezes me explicam, mas eu não lembro de nada, sei que é ruim,

mas o significado eu não sei, não entendo.” (S2; S6; S7; S10; S15; S22; S30; S33; S101; S132; S141.)

Nesse discurso, podemos observar um desconhecimento do conceito de hipertensão arterial por parte dos sujeitos. Embora se acredite que grande parte deles tenha recebido algum tipo de orientação dos profissionais de saúde, supõe-se que estas orientações não foram efetivamente absorvidas ou compreendidas. Diante disso, reiteramos a necessidade de repensarmos as práticas de educação em saúde, como também pensarmos a forma como os profissionais vêm trabalhando essas práticas no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Estudos mostram que as experiências educativas com usuários hipertensos são incipientes e em pequena medida se dirigem à perspectiva de formação da “consciência crítica” sobre saúde²¹.

Dentre os princípios fundamentais que norteiam a ESF destaca-se a integralidade, pois acreditamos que promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação de doenças e agravos não podem ser compartimentalizadas, mas sim trabalhadas em todos os seus aspectos, de forma dinâmica, na perspectiva de uma abordagem integral, autônoma e resolutiva que podem modificar o processo de saúde e doença de um indivíduo, família e comunidade²².

Nesta perspectiva, acreditamos que a educação em saúde deverá potencializar as ações de prevenção e promoção à saúde, estando fundamentada em práticas reflexivas, possibilitando ao usuário ser sujeito histórico, social e político articulado ao seu contexto de vida, sob a visão de uma clínica ampliada por parte dos profissionais de saúde²³.

Atualmente, tem sido enfatizada a importância da educação em saúde com relação às doenças crônico-degenerativas, em especial no plano de reorganização da atenção à política de controle da hipertensão. A educação em saúde é uma estratégia que visa diminuir as complicações decorrentes desses distúrbios, principalmente, na adesão do paciente ao tratamento o que induz à mudança de comportamento relativo à saúde.

Conclusão

Verificamos neste estudo que o conhecimento acerca da HAS apresentado nos DSC sugere a necessidade de mudança no enfoque da educação em saúde e na utilização de uma linguagem comum entre os profissionais, em particular o enfermeiro, e os usuários do serviço. Se os profissionais conhecessem melhor o usuário, seus valores, crenças e estilo de vida, poderiam estabelecer melhores estratégias de educação em saúde, identificando sua percepção em relação ao processo saúde/doença, melhorando a adesão à terapêutica, com melhoria da qualidade de vida.

A educação à saúde é indicada como uma das estratégias mais eficazes para estimular a adesão do usuário ao tratamento da doença hipertensiva. Além de ter uma importância inquestionável para a promoção da saúde e de uma melhor qualidade vida dos indivíduos hipertensos.

Entendemos ser de fundamental importância que os profissionais de saúde estejam envolvidos na assistência a saúde dos portadores de HAS; esclarecendo-os, continuamente com linguagem acessível ao nível de compreensão dos usuários dos serviços, conceitos básicos quanto ao significado da HAS, sua etiologia, evolução, consequências, cuidados necessários, fármacos utilizados e seus potenciais efeitos colaterais, e mostrem a importância da corresponsabilidade para uma assistência integral. Além disso, a construção de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários, favorece para que estes se sintam engajados no seu tratamento e possam assumir o cuidado com sua saúde, estabelecendo assim, o autocuidado.

Referências

1. Fuchs FD. Hipertensão arterial sistêmica. In: Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2004. p. 641-56.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, William CC, Lee AG, Joseph LJ Jr, et al. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure Hypertension 2003;42(6):1206-52.
3. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.
4. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31–35.
5. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672–678.
6. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, D'Agostino RB, et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the framingham heart study. JAMA 2002;287(8):1003-10.
7. Almeida, JF, Ferreira, VSC. O processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Produção do cuidado aos Hipertensos na Estratégia de Saúde da Família. In: Franco TB; Andrade CS; Ferreira VSC (org.). A produção subjetiva do cuidado: cartografia da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.
8. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística da saúde: assistência médico-sanitária. [Citado 2010 Maio 03]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>
9. Prefeitura Municipal de Jequié. Online, 2009. [citado 2009 julho 18]. Disponível em: <http://www.jequie.ba.gov.br>
10. Lèfevre F, Lèfevre AMC. O sujeito coletivo que fala. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, v.10, n.20, p.517-24, julho-dezembro, 2006.
11. Lèfevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização —Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHUII. Saúde e Sociedade. São Paulo. v.12, n.2, p.68-75, julho-dezembro, 2003.

12. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos – Res. CNS 196/96. Bioética. 1996; 4 (2 Supl): 15-25.
13. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51
14. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Arq. Bras. Cardiol. 2004;82(supl 4):1-14.
15. Guyton CA, Hall JE. Tratado de fisiologia Médica. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
16. Jardim PCBV, Monego ET, Reis MAC. A alimentação do adulto com hipertensão arterial. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. Barueri: Manole, 2004.
17. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm 2005 Jul/Set; 14(3): 332-40.
18. Santos ZMSA, Frota MA, Cruz DM, Holanda SDO. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. Texto Contexto Enferm 2005 Jul/Set;14(3):332-40.
19. Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2006 Fev: 1–48.
20. Williams B. The year in hypertension. JACC 2010; 55(1): 66–73.
21. Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 233-8.
22. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência e Saúde Coletiva. 2007; 12 (2): 335 - 42.
23. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde. (Caderno de Atenção Básica: 15). Brasília, 2006.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.
Avenida José Moreira Sobrinho, sem número.
Departamento de Saúde. Laboratório de Saúde Coletiva.
Jequié-Bahia-Brasil
CEP: 45.206-190

Recebido em 04/10/2010
Aprovado em 19/03/2012