
**Estratégia Saúde da Família: ações e conhecimentos
produzidos em grupos de Hipertenso**
**Family Health's Strategy: actions and knowledge produced
in Hypertensive people groups**

ALINE DE PAULA ABDALLAH¹
KELLY CRISTINA INOUE²

RESUMO: A hipertensão arterial é um dos principais problemas de saúde pública atual que, desde a década de 1960 vem se apresentando como principal causa de óbito no Brasil. Devido ao curso clínico lento e assintomático, possui uma elevada prevalência, favorecida por vários fatores de risco, dificuldades no seu controle e ocorrência de complicações. Diante ao exposto, este estudo objetivou analisar o conhecimento produzido a partir das ações direcionadas a grupos populacionais com agravos ou sob risco, pelo Programa Saúde da Família. Para tanto, realizou-se uma revisão de literatura integrativa. Nesta análise observou que os hipertensos apresentam uma idade acima dos 40 anos, na maioria são do sexo feminino em que as condições socioeconômicas são baixas e com difícil acesso aos serviços de saúde, esses hipertensos tem uma prevalência a ter obesidade/sobrepeso, com menor escolaridade e do sexo branco. Diante da análise apresentada observa-se que em relação à Hipertensão, a Equipe de Saúde da Família deve melhorar e muito a relação em tre a equipe multiprofissional, o hipertenso e a família. Percebe-se que existe uma falha na Equipe Saúde da Família em relação aos grupos de hipertenso, e muitas vezes na estrutura do local onde essa equipe esta instalada.

Palavras-chave: Hipertensão, Estratégia Saúde da Família, Ações e conhecimentos.

ABSTRACT: Arterial hypertension is one of the main public health problems nowadays, since the 1960's it has been presented as the main cause of death in Brazil. Due to the slow and asymptomatic clinical

¹Enfermeira. Aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família. Rua:Levi Carneiro, 622. Bairro: Centro. CEP: 87600-000. Nova Esperança – Pr – Brasil. e-mail: alineabdallah@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Faculdade Ingá.

course, it owns an elevated prevalence, favored by several risk factors, difficulties in its control and occurrence of complications. Based on this, this study has the objective to analyze the knowledge produced from the actions directed to population groups with illnesses or under risk, by the Program Family Health. Therefore, a review of integrative literature was done. In this analysis it was observed that hypertensive people present an age above 40 years old, most of them are females in which the socioeconomic conditions are low and with difficult access to the health services, these hypertensive people have prevalence to overweight/obesity, with little education and white gender. Before the presented analysis it's observed that in relation to Hypertension, the Family Health's staff must improve a lot the relation among the multiprofessional, the hypertensive person and the family. It's noticed that there is a flaw in the Family Health's staff in relation to the group of hypertensive people, and many times in the structure of the local where this staff is installed.

Key-words: Hypertension, Family Health's Strategy, Actions and Knowledge.

INTRODUÇÃO

Segundo Araújo e Guimarães (2007) a hipertensão arterial é considerado um fator de risco para várias doenças como coronarianas, cerebrovascular, vascular periféricas, insuficiência cardíaca e doenças renais, sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade.

A hipertensão arterial sistêmica é considerada uma doença crônica de alta prevalência sendo que seu diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de doenças graves, como insuficiência cardíaca e doenças renais (RABETTI; FREITAS, 2007).

Segundo Costa et al. (2011), essa patologia é um dos principais problemas de saúde pública atual e desde a década de 1960 vem se apresentando como principal causa de óbito no país, por apresentar um curso clínico lento, assintomático, com uma elevada prevalência, vários fatores de risco, dificuldades no seu controle e, quando não tratada ocorre vários números de complicações.

Sabe-se que a hipertensão arterial é um sério problema de saúde pública que possui prevalência elevada. Nesse contexto, acomete cerca de 15% a 20% em adultos e 50% em idosos; associada ao tabagismo, diabetes e dislipidemia, acarreta num importante fator de risco para doenças cardiovasculares (STRELEC et al., 2003).

Para reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular, como

principal tratamento são os anti-hipertensivos, apesar da efetividade a hipertensão arterial não é muito controlada, sendo que um terço dos pacientes estava com a pressão controlada, a falta deste controle é um desafio para todos os profissionais sendo que alguns fatores interferem na adesão do tratamento como o conhecimento da doença e do tratamento pelo paciente (STRELEC et al., 2003).

Os fatores relacionados à hipertensão arterial que são detectados nos estudos brasileiros são o sobrepeso, e a obesidade, que são associados à baixa escolaridade e raça/cor negra, a hipertensão arterial é considerada a principal causa de morbimortalidade (AMMER; MARCON, 2011).

Apesar das possibilidades de prevenção de parcela das doenças cardiovasculares pelo controle da pressão arterial, adoção de hábitos de vida, as instâncias municipais, estaduais e federais por muitos anos não adotou políticas específicas e medidas de intervenções que pudessem articular as ações de prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e acompanhamento sistemático (COSTA et al., 2011).

A saúde como direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros e um dever do Estado é considerada como uma conquista social e tem sido legitimada com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que, os serviços de saúde se remodelam progressivamente para que, de fato, os princípios e diretrizes regulamentadas pela Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990, sejam alcançados. Nesse contexto, surgem novas propostas ministeriais e políticas governamentais, as quais têm sido implementadas nos diferentes níveis de complexidade assistencial, em especial na Atenção Básica.

Ao exemplo da afirmativa anterior, tem-se com a introdução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde em 1991, a resignificação da Atenção Básica, cuja unidade de ação programática de saúde passou do indivíduo à família (VIANA; POZ, 1998).

Diante à necessidade de se possibilitar a reestruturação dos serviços de atenção básica sob a perspectiva de saúde da família, a partir do PACS se criou o Programa Saúde da Família (PSF), o qual foi normatizado pelo Ministério da Saúde em 1994, mediante promulgação da Portaria nº. 692, de 25 de março de 1994, que criou códigos diferenciados na Tabela de Procedimentos Ambulatoriais do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS e estabeleceu condições de cobrança para o PSF e do PACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Reconhece-se que, a reorganização das práticas de trabalho com a implantação do PSF deveria se caracterizar pela substituição daquelas consideradas como tradicionais, com programação e planejamento descentralizados, assistência integral e resolutiva de abordagem multiprofissional em territórios definidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). No entanto, a operacionalização – tanto do SUS quanto do PSF – tem sido limitada por recursos insuficientes para o financiamento das ações de saúde, falta de integração de serviços de saúde da rede pública e resistência à superação do modelo hospitalocêntrico.

Apesar das dificuldades o PSF, é crescente o investimento financeiro nesta estratégia e, com isso, tem-se aumentado gradativamente o total de Equipes de Saúde da Família – compostas minimamente por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem e Agentes Comunitários; com possibilidade de incorporação de outros profissionais de acordo com a demanda populacional e características de cada serviço –, bem como a cobertura populacional em diversos municípios brasileiros (DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Segundo Moizar et al. (2011), com a Política Nacional de Atenção atual se almeja o núcleo familiar como foco principal do cuidado e atuação, pois a família brasileira está sofrendo variações profundas em sua estrutura e organização que é influenciada por transformações sociais, políticas, culturais, biológicas e econômicas. Para o sucesso das ações desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, implica num conhecimento sobre seu modo de vida compreendendo a sua complexidade e diversidade de trabalhar com essas pessoas de forma integral.

A família é um sistema de saúde que é um modelo explicativo de saúde-doença no qual possui um conjunto de valores, crenças, conhecimentos, práticas que guiam as ações da família no tratamento, prevenção e promoção de saúde. Na família e na população em geral vem ocorrendo transformações com a diminuição da fecundidade e mortalidade, aumento da longevidade dos idosos entre outros no qual refletem a mudança no que se refere ao cuidado à saúde (MOIZAR et al., 2011.)

Segundo Gomes et al. (2011), a Atenção Primária à Saúde vem a ser os cuidados relacionados à saúde que contem tecnologias acessíveis que auxiliam no serviço de saúde que pode chegar o mais próximo dos lugares de vida e de trabalho das pessoas, o qual tem como estratégia de implementação e organização o PSF.

O PSF, portanto, encontra-se em desenvolvimento e a análise do conhecimento produzido a partir de ações efetivadas a grupos específicos, pode subsidiar e direcionar o desempenho de profissionais da atenção básica para melhoria dos serviços desta área. Isso porque, existe uma gama variável de doenças e agravos que devem ser prevenidos e tratados no âmbito de trabalho do PSF, mas cada qual possui especificidades que as tornam diferenciáveis.

Diante ao exposto, este estudo objetivou analisar o conhecimento produzido a partir das ações direcionadas a grupos populacionais com agravos ou sob risco, pelo PSF.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura integrativa, a qual seguirá as seis etapas recomendadas por Souza, Silva e Carvalho (2010).

- Etapa 1: Definiu-se como questão de pesquisa: Quais os conhecimentos produzidos sobre as ações do PSF em grupo populacional de hipertensos, desde sua implantação no Brasil?

Etapa 2: Realizou-se busca nas bases de dados eletrônicas da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a Scientific Electronic Library Online (SciELO), mediante uso do termo Saúde da Família, padronizado pelos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS/Bireme). Foram incluídos todos os artigos científicos publicados na íntegra, no idioma português, que tivessem acesso eletrônico livre e que se relacionassem a ações desenvolvidas por profissionais do PSF com grupos de hipertensos, publicado de 2007 à 2011. Desse modo, de um total de 101 artigos, 11 artigos foram selecionados para composição do grupo de análise.

- Etapa 3: Para coleta dos dados, utilizou-se o instrumento proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010).

- Etapa 4: Considerou-se a estratificação Qualis CAPES na análise crítica dos artigos incluídos.

- Etapa 5: Os dados foram analisados de acordo com convergências e divergências identificadas entre estudos com o mesmo objeto.

- Etapa 6: A apresentação da presente revisão está organizada em categorias de análise, quais sejam: (1) Perfil sociodemográfico dos hipertensos; (2) Fatores de risco presentes no cotidiano de hipertensos e adesão ao controle da doença; (3) Estratégias para acompanhamento e tratamento de hipertensos; e (4) Avaliação das estratégias de controle da hipertensão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados referenciais dos 11 artigos incluídos para análise, constam no Quadro 1:

N.º	Referência
1	EYKEN, E.B.B.D.V.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. Cad Saúde Pública . v. 25, n.1, jan., 2009
2	ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade de Saúde da Família. Rev. Saúde Pública v.43, n. 3, Jun., 2007.
3	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 de Recife (PE, Brasil). Ciênc Saúde Coletiva v.16, n. 2, feb., 2011.
4	LIMA, S.M.L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. Cad Saúde Pública v.25, n. 9, Sept., 2009.
5	CARLOS, P.R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da Família. Arq. Ciênc. Saúde v. 15, n.4, p. 176-81, out/dez., 2008.
6	GIROTTI, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família Arq Bras Cardiol v. 94, n. 6, June, 2010.
7	SARAIVA, K.R.O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação em saúde. Texto contexto: Enfermagem v.16, n. 2, Apr/June, 2007.
8	RENNER, S.B.A. et al. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. RBAC , v.40, n. 4, p. 261-266, 2008.
9	AMMER, N.M.; MARCON, S.S.; SANTANA, R.G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. Arq Bras Cardiol , v. 96, n. 1, jan., 2011.
10	TRAVAGIM, D.S.A. et al. Prevenção e progressão da Doença Renal Crônica: Atuação do Enfermeiro com diabéticos e hipertensos. Rev Enferm v. 18, n.2, p. 291-7, abr./jun., 2010.
11	RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Rev Saúde Pública v.45, n.2, abril, 2007

Quadro 1. Dados referenciais dos artigos sobre conhecimento produzido a partir das ações direcionadas a grupos populacionais com agravos ou sob risco, pelo PSF. Brasil, 2007-2011

Perfil sociodemográfico dos hipertensos

Segundo Goobi e Menezes (2010), a equipe deve orientar a mudança de estilo de vida tendo os fatores de riscos modificáveis, sendo que a idade, o sexo, etnia são fatores não modificáveis.

Nota-se que em relação a idade, os artigos relataram que a maioria dos hipertensos possuía idade acima de 40 anos. Ao exemplo disso, a faixa etária de maior concentração foi entre 40 e 49 anos de idade (Artigos 1 e 7) e, no Artigo 8, foi entre 50 e 60 anos.

Observa-se que a maioria dos hipertensos são mulheres, as quais representaram 84,4% (114) no Artigo 2,70% (131) no Artigo 5,36,8% (139) no Artigo 6 e 76,3% (71) no Artigo 8.

A mulher tem freqüentado mais os tratamentos médicos sendo assim têm menos exposição aos riscos, sendo que acima dos 45 elas são acometidas a hipertensão devido às pós-menopausa pela queda do estrogênio que apresenta o efeito de cardioprotetor (CARLOS et al., 2008).

Segundo Renner et al. (2008), a situação socioeconômica é um fator importante por apresentar más condições de nutrição, habitação e saneamento para a incidência da doença e esta submetidas ao desenvolvimento pelo difícil acesso aos serviços de saúde medicamento e o saber do processo saúde-doença.

Fatores de risco presentes no cotidiano de hipertensos e adesão ao controle da doença

De acordo com o Artigo 1, 43,3% apresentaram sobrepeso/obesidade, a prevalência desse sobrepeso/obesidade ocorre entre os brancos com menor escolaridade em pessoas com mais de 30 anos sendo estes casados. Em seguida 28% apresentam uma atividade física irregular, seguido de 25,3% de tabagista, 24% apresentaram hipertensão arterial, e 19,4% apresentaram pressão arterial limítrofe. Quanto maior a faixa etária maior é o sedentarismo e a atividade física irregular e nos brancos a atividade física é maior do que nos negros.

A obesidade e o índice de massa corporal (IMC) estão relacionados com a hipertensão devido às alterações centrais e periféricas da obesidade que mantém a pressão arterial elevada devido à ativação do sistema nervoso simpático, sistema renina-angiostensina-aldosterona (GOOBI; MENEZES, 2010).

De acordo com Araujo e Guimarães (2007), é fundamental a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração de uma

equipe multiprofissional com as competências definidas no binômio médico-enfermeiro, para que eficácia da atuação do PSF seja de modo eficiente e com isso haja uma redução significativa na pressão arterial.

Estratégias para acompanhamento e tratamento de hipertensos

O Artigo 5 relata que a abordagem da equipe multiprofissional e o envolvimento da comunidade podem contribuir para que o processo educativo e o apoio ao paciente podem diminuir as internações pelas doenças hipertensivas, infarto agudo do miocárdio, diabetes mellitus e doenças cerebrovasculares.

Nas consultas médicas a equipe multiprofissional deve orientar os hipertensos sobre a alimentação, atividade física. No Artigo 7, portanto, percebe-se que a família tem certa percepção do tratamento, conhecem pelo nome os nomes dos medicamentos.

Verificou-se que, no Artigo 9, a medida de intervenções para reduzir o sobrepeso e a obesidade são determinadas por diversos fatores, os resultados indicam uma preocupação, pois a união de esforços por parte dos gestores e de diferentes segmentos sugere a necessidade de medidas para o controle deste índice.

O Artigo 10, por sua vez, retrata que a necessidade de adotar e acompanhar medidas preventivas e atividades educativas para sensibilizar profissionais e pacientes e a fim de prevenir complicações clínicas, a qual depende da informação recebida e da sensibilização para a mudança no estilo de vida, desenvolvimento de habilidades para auto-cuidado intermediadas pela atuação do enfermeiro mediante estratégias individuais ou grupais.

Segundo Travagim et al. (2010), a melhoria dos fatores de risco esta no combate à alimentação que é inadequada, inatividade física, ao tabagismo que podem diminuir a pressão arterial.

As ações educativas que a abordagem multiprofissional auxilia na queda das internações por doenças hipertensivas, diabetes mellitus, infarto agudo do miocárdio, estas informações provam que não só a prioridade, à prevenção e o acompanhamento, mas sim a dimensão das ações na população que usa o SUS, pois esta população pode identificar as doenças e com isso adotar medidas que reduzem os fatores de risco e com isso receber um tratamento capaz que se evite conseqüências mais graves (CARLOS et al., 2008).

No Artigo 11, no entanto, observou-se que a eficácia da avaliação não foi possível devido à subnotificação ou aos erros de medidas

registrados.

Avaliação das estratégias de controle da hipertensão

Houve uma redução significativa na pressão arterial como se confere no Artigo 2, em que esta foi reduzida, mas sua normalização aumentou de 28,9% para 57,0%.

A inadequação da estrutura física é precário devido a readequação da rede básica de saúde decorrente da implantação do Programa Saúde da Família onde se observou que muitas unidades de saúde foram transformadas em Unidades de Saúde da Família, sem ter havido reforma na estrutura, necessária par o adequado funcionamento das equipes. (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011)

Segundo Costa, Silva e Carvalho (2011), a falta de insumos para realizar as ações de prevenção e a ausência de manutenção periódica dos equipamentos e a disponibilidade de matérias devem comprometer a qualidade do serviço prestado, a ausência de um protocolo clínico pode contribuir para o baixo desempenho apresentado.

No Artigo 3, a insatisfação com a implantação da atenção à hipertensão arterial desenvolvida pela Equipe de Saúde da Família foi decorrente da estrutura física da falta de consultórios médicos e de enfermagem e salas de reuniões e palestras e a adesão de informações no sistema e a implantação da atuação d a equipe, já a eficácia se deu através das estruturas físicas da Unidade Básica de Saúde da distribuição de medicamentos.

Além da insatisfação com aspectos estruturais, percebeu-se ainda que, o perfil sociodemográfico, também tem influenciado à efetividade das estratégias de controle da hipertensão. Nesse sentido, o Artigo 7 apresentou que analfabetos relataram saber sobre o tratamento, pois sua família foi envolvida em estratégias educativas na saúde, o que sugere a reorganização do cuidado primário fundamentada na integração da equipe multiprofissional e inclusão de familiares dos doentes.

Segundo Costa, Silva e Carvalho (2011), apesar de se ter uma abordagem multiprofissional, muitas equipes não os abordam, pois quase todos os profissionais tem o curso de especialização em Saúde da Família ou Saúde Pública, mas apenas 1/5 destes profissionais apresentam uma capacitação específica na atenção ao hipertenso, observando que a uma certa dificuldade em abordar as famílias no programa e observa-se também que os profissionais de nível médio também não recebem esta capacitação específica necessária para atuar no manejo e cuidado aos

portadores de hipertensão muitas vezes levando estes profissionais à não incluírem as famílias e os portadores no programa de hipertensão.

A dificuldade de se conseguir manter o controle da pressão arterial com um agente terapêutico se vê na necessidade de capacitar os profissionais tendo assim a instituição de um protocolo de atendimento clínico para se garantir uma prescrição segura e eficaz (COSTA; SILVA; CARVALHO, 2011).

REFLEXÕES

Diante da análise apresentada observa-se que em relação a Hipertensão, a Equipe de Saúde da Família deve melhorar e muito a relação entre a equipe multiprofissional, o hipertenso e a família, devido a análise a hipertensão tem acometido indivíduos com mais de 40 anos e principalmente as mulheres.

Observou que a hipertensão tem tido como um fator de risco a obesidade e o sobrepeso, onde os indivíduos estão tendo uma vida sedentária, percebe-se que existe uma falha na Equipe Saúde da Família em relação aos grupos de hipertenso, e muitas vezes na estrutura do local onde essa equipe esta instalada.

A partir disso, a equipe multidisciplinar dever realizar uma capacitação mais profunda em relação a Hipertensão e a família e o hipertenso devem ser informados sobre a doença, as suas causas, como amenizar e aonde ter o tratamento farmacológico.

REFERÊNCIAS

AMMER, N.M.; MARCON, S.S.; SANTANA, R.G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq Bras Cardiol** v. 96, n. 1, Jan., 2011.

ARAUJO, J.C.; GUIMARÃES, A.C. Controle da Hipertensão Arterial em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev Saúde Pública** v.43, n.3, Junho, 2007.

BRASIL. **Lei nº. 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**/Ministério da Saúde.Secretaria Executiva-Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PRT/G M/MS nº. 692, de 25 de março de 1994**, Cria códigos e estabelece condições de cobrança para o Programa de Saúde da Família –

PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Brasília, DF: Diário Oficial, 1994.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PRT/GM/MS Nº 1.886, de 18/12/97**, Aprova as Normas de Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: Diário Oficial, 1997.

CARLOS, P.R. et al. Perfil de hipertensos em um núcleo de saúde da Família. **Arq Ciênc Saúde**. v. 15, n. 4, p. 176-81, out/dez., 2008.

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 de Recife (PE, Brasil). **Ciênc Saúde Coletiva** v.16, n. 2, Feb., 2011.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Atenção Básica e a Saúde da Família**. Brasília, DF: DAB, 2012. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php#historico>>. Acessado em: 2 abr. 2012.

EYKEN, E.B.B.D.V.; MORAES, C.L. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil. **Cad Saúde Pública** v.25, n. 1, Jan., 2009.

GALVÃO, C. M. Evidence hierarchies. **Acta Paul Enferm**. v. 19, n. 2, 2006.

GIROTTO, E.; ANDRADE, S.M.; CABRERA, M.A.S. Prevalência de obesidade abdominal em hipertensos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. **Arq Bras Cardiol** v.94, n.6, June, 2010.

GOMES, K.O. et al. Atenção Primária à Saúde: a “a menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, Supl.1, p. 881-92, 2011.

LIMA, S.M.L. et al. Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública** v.25, n. 9, Sept., 2009.

MOIMAZ, S.A.S. et. al. Saúde da família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva** v. 16, Supl. 1, p. 965-72, 2011.

MOTTA, L.B.; AGUIAR, A.C.; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cad Saúde Pública** v.27, n.4, Abril, 2011.

RABETTI, A.C.; FREITAS, S.F.T. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Rev Saúde Pública** v.45, n. 2, Abril, 2007.

RENNER, S.B.A. et al. Associação da hipertensão arterial com fatores de risco cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS. **RBAC** v.40, n. 4, p. 261-6, 2008.

RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Rev Latino-Am Enfermagem** v.12, n.4, jul./ago., 2004.

SARAIVA, K.R.O, de; et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação em saúde. **Texto contexto: Enferm** v.16, n. 2, Apr/June, 2007.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** v. 8, n. 1, pt 1, p. 102-6, 2010.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION, D.JR. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada dos remédios no controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol** v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.

TRAVAGIM, D.S.A. et al. Prevenção e progressão da Doença Renal Crônica: Atuação do Enfermeiro com diabéticos e hipertensos. **Rev Enferm** v. 18, n. 2, p. 291-7, abr./jun., 2010.

VIANA, A.L.D'A.; POZ, M.R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família. **PHYSIS. Rev Saúde Coletiva** v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

Enviado em: agosto de 2013.

Revisado e Aceito: agosto de 2013.