



Eventos cardiovasculares e risco adicional em idosos hipertensos

Cardiovascular events and additional risk in hypertensive senior citizens

Eventos cardiovasculares y riesgo adicional en ancianos hipertensos

Rosimeire Fontes de Queiroz¹, Ângela Maria Alvarez², Alacoque Lorenzini Erdmann², Amanda Louise de Medeiros França¹, Cláudia Bezerra de Souza Pereira³

A pesquisa teve como objetivo investigar eventos cardiovasculares e risco adicional em fichas de idosos hipertensos acompanhados numa Unidade de Saúde da Família em Natal/RN, Brasil. Estudo descritivo e documental desenvolvido com base em 106 fichas do Programa Hiperdia cadastradas no período de agosto a dezembro de 2012. Os resultados indicam que 13,2% foram vítima de Acidente Vascular Encefálico, 10,37%, de Infarto Agudo do Miocárdio e 8,4% de outras coronariopatias. Na estratificação do risco cardiovascular, 68,86% não apresentaram risco adicional, 31,11% foram classificados em baixo a muito alto para doença cardiovascular. Os resultados subsidiam o planejamento de ações destinadas a cuidar dos idosos hipertensos e são dignos de reflexão para a prática profissional da enfermagem, principalmente no que se refere à reorganização do seu processo de trabalho evitando possíveis eventos.

Descritores: Idoso; Hipertensão; Doenças Cardiovasculares; Promoção da Saúde.

The research aimed to investigate cardiovascular events and additional risks in hypertensive senior citizens' files attended in a Family Health Unit in Natal/RN, Brazil. This is a descriptive and documentary study developed based on 106 files from the *Hiperdia* Program registered from August to December 2012. The results showed that 13.2% were victims of Stroke, 10.37% of Acute Myocardial Infarction and 8.4% of other coronary diseases. In the cardiovascular risk stratification, 68.86% did not show additional risks, 31.11% were classified from low to very high risk for cardiovascular diseases. The results allow the planning of actions to take care of hypertensive senior citizens and are worthy of consideration for the Nursing professional practice, especially regarding the reorganization of its working process avoiding possible events.

Descriptors: Aged; Hypertension; Cardiovascular Diseases; Health Promotion.

El objetivo de la investigación fue investigar eventos cardiovasculares y riesgo adicional en fichas de ancianos hipertensos acompañados en una Unidad de Salud de la Familia en Natal/RN, Brasil. Estudio descriptivo y documental con desarrollo basado en 106 fichas del programa Hiperdia registrados de agosto a diciembre de 2012. Los resultados señalaron que 13,2% eran víctimas de accidente cerebrovascular, 10,37% de infarto agudo de miocardio y 8,4% de otras enfermedades coronarias. En la estratificación del riesgo cardiovascular, 68,86% no presentaron riesgo adicional, 31,11% fueron clasificados en baja a mucho alto riesgo para enfermedad cardiovascular. Los resultados proporcionan la planificación de acciones para cuidar de ancianos hipertensos y son dignos reflejo para el ejercicio profesional de la enfermería, especialmente en relación con la reorganización del proceso de trabajo para evitar posibles eventos.

Descriptores: Anciano; Hipertensión; Enfermedades Cardiovasculares; Promoción de la Salud.

¹Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Florianópolis, SC, Brasil.

²Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, Brasil.

³Programa Saúde da Família do Município de Natal. Natal, RN, Brasil.

Autor correspondente: Rosimeire Fontes de Queiroz

Av. Maria Lacerda Montenegro, 515, Residencial Panamericano, Torre I, Apto 704, Nova Parnamirim, Parnamirim, RN, Brasil. CEP: 59.152-600. E-mail: roseerai@hotmail.com.

Introdução

Na busca por um envelhecimento ativo é imprescindível a observação atenta do crescimento da população idosa no país e, aliado a esta situação, o aumento da demanda de serviços de saúde na atenção básica voltada para esse segmento. Nesse sentido, a identificação da hipertensão arterial nos idosos e o estabelecimento do vínculo entre eles e os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são necessários ao sucesso do controle dessa afecção⁽¹⁾.

A hipertensão arterial (HA) é um grave problema de saúde pública no Brasil, atingindo em torno de 20% da população adulta. Isso significa que há, aproximadamente, 20 milhões de pessoas hipertensas no país. A prevalência de hipertensão arterial sistêmica varia de 5% na população de 18 a 24 anos a 58% na população de mais de 65 anos. A análise da mortalidade indica que as três principais causas de morte em nosso território são, pela ordem: infartos agudos de miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência cardíaca, todas relacionadas ao fator de risco hipertensão arterial⁽¹⁾.

As taxas de mortalidade por hipertensão arterial têm permanecido estáveis nos últimos anos, em torno de 150 óbitos por cem mil habitantes na população de mais de 60 anos e de 20 óbitos por cem mil habitantes na população de 40 a 59 anos de idade. A taxa de mortalidade por acidente vascular encefálico se estabiliza a partir de 2001, em torno de 45 óbitos por cem mil habitantes, e a taxa de mortalidade por infarto agudo do miocárdio em torno de 35 óbitos por cem mil habitantes. Em relação à morbidade hospitalar, das dez principais causas de internação no Sistema Único de Saúde, quatro delas ocorrem por doenças cardiovasculares: insuficiência cardíaca, 4,3%; acidente vascular encefálico, 1,9%; insuficiência coronariana aguda, 1,0%; e crise hipertensiva⁽¹⁾.

O acompanhamento contínuo dos idosos hipertensos poderá evitar o surgimento e a progressão de complicações, reduzindo internações hospitalares e mortalidade relacionada a esses agravos. As necessi-

dades da pessoa idosa, como dificuldade de memorização e *déficits* auditivos e visuais, associados à baixa escolaridade, requerem do enfermeiro competências específicas para cuidar desse segmento etário, tendo em vista a baixa adesão dos idosos ao tratamento anti-hipertensivo. A relevância do papel do enfermeiro nesse contexto é indiscutível, porquanto lhe cabe desde a preservação e manutenção da capacidade funcional do idoso, até as orientações de cuidado à família nas condições de adoecimento do seu idoso durante a visita domiciliar e na prevenção de agravos⁽²⁾.

A crescente incidência das doenças cardiovasculares é importante consequência do envelhecimento da população mundial, constituindo a principal causa de óbito entre os idosos. A presença de hipertensão e diabetes nesse segmento etário merece atenção, devido à maior vulnerabilidade que traz consigo quando as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares se associam com as condições clínicas e outros fatores de risco que se acumulam ao longo do tempo⁽³⁾. Contudo, esse grave comprometimento de saúde pode ser revertido por meio de intervenções de prevenção de doenças e promoção e recuperação da saúde, reduzindo as chances de risco de eventos indesejáveis com monitoramento e detecção da hipertensão, prevenindo complicações e iniciando o tratamento oportuno.

Os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, as mudanças nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas. A modificação dos padrões de consumo repercute no comportamento e no estilo de vida. Hábitos não saudáveis vão se cristalizando e incrementando as condições crônicas, como tabagismo, consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sexo inseguro, inatividade física, excesso de peso, alimentação inadequada e estresse social⁽⁴⁾.

Nesse sentido, as práticas de promoção da saúde podem ser entendidas como estratégias que auxiliam os indivíduos e a coletividade a desenvolver habilidades necessárias a sua sobrevivência⁽⁵⁾. Assim, a pessoa idosa deve ser vista como agente fundamental

na construção de saberes e práticas que possam suprir suas reais necessidades e desenvolver suas potencialidades. Por isso, o papel do enfermeiro como membro da equipe interdisciplinar é reconhecer no idoso com fatores de risco a capacidade para restabelecer sua saúde e se autocuidar.

Como resposta ao desafio do combater as Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNTs), o Ministério da Saúde do Brasil tem implantado importantes políticas para enfrentá-las, com destaque para a Organização da Vigilância de DCNT, cujo objetivo é conhecer a distribuição, magnitude e tendência das doenças crônicas e agravos com seus fatores de risco, apoiando as políticas públicas de promoção da saúde⁽⁶⁾.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), publicada em 2006, prioriza diversas ações governamentais no campo da alimentação saudável, atividade física e prevenção do uso do tabaco e do álcool. O programa Academia da Saúde, criado em abril de 2011, visa à promoção de atividade física e tem por meta estendê-lo para quatro mil municípios até 2015, incluindo a prevenção de enfermidades e a promoção da saúde como prioridade na política de saúde do país⁽⁶⁾.

A ação educativa é uma das diretrizes da PNPS por meio da qual o empoderamento e a participação social devem levar as pessoas a optar por caminhos de transformação que apontem para valores de justiça e solidariedade, produtividade e equidade, equivalendo a um processo de desenvolvimento de poder e busca de seus direitos para alcançar a melhoria da qualidade de vida⁽⁷⁾.

Ao desenvolver ações de educação em saúde o enfermeiro tem a consciência de que essa educação não se restringe às ações coletivas, mas ocorre também no âmbito individual com a pretensão de formar para a cidadania ativa e para a ação transformadora da realidade social; busca melhorar a qualidade de vida, não se preocupando apenas com a comunicação da informação, mas também promovendo a motivação, as habilidades e a confiança necessárias para que as pessoas tomem medidas para melhorar sua própria

saúde e de sua comunidade, aumentando seus conhecimentos, habilidades e consciência crítica.

Uma das estratégias que a equipe de enfermagem pode usar para promover a saúde é o diálogo constante com os movimentos sociais, estabelecendo formas de articulação mais permanentes e sustentáveis, possibilitando a multiplicação de soluções de enfrentamento dos problemas de saúde⁽⁸⁾. As ações devem pressupor que os indivíduos são capazes e têm potencial para lidar com seus problemas de saúde de maneira saudável, tornando-o empoderados.

O empoderamento possibilita a aprendizagem de maior independência pessoal e adoção de estilos de vida mais saudáveis, que venham a melhorar o relacionamento das pessoas com seu ambiente social. Porém, para que se alcance tal meta, é indispensável promover a educação em saúde, evento este apontado como um dos principais passos para promover o empoderamento das pessoas a quem se dirigem as ações de saúde⁽⁹⁾.

Acrescido à reflexão anterior, discutem-se muito o diálogo e a relação profissional-paciente, que muitas vezes não consegue concretizar-se em decorrência da atitude do profissional de saúde, que nem sempre está apto a acolher e realizar uma escuta ativa, provocando uma repercussão negativa na continuidade do tratamento⁽⁹⁾. Diante do exposto, cabe aqui o seguinte questionamento: quais são os eventos cardiovasculares e risco adicional em idosos hipertensos acompanhados em Unidade de Saúde da Família em Natal?

Para responder tal questionamento, buscou-se investigar eventos cardiovasculares e risco adicional em fichas de idosos hipertensos acompanhados numa Unidade de Saúde da Família (USF) em Natal/RN, Brasil.

Método

Estudo documental⁽¹⁰⁾, quantitativo, realizado no período de agosto a dezembro de 2012 em uma Unidade de Saúde da Família em Natal/RN, Brasil, situada no distrito sanitário Oeste da Cidade do Na-

tal, a qual possui quatro equipes de ESF, no entanto a pesquisa foi realizada junto a uma dentre as quatro equipes.

O estudo documental possibilita ao pesquisador descrever e conhecer o teor de documentos, com vistas a responder o seu questionamento através da descrição e análise destes. A análise documental é representada por documentos autênticos, denominados fontes primárias; no caso deste estudo, a amostra constitui-se de 106 fichas de idosos cadastrados no Hiperdia da USF.

Foram utilizados como critérios de inclusão as fichas atualizadas e completamente preenchidas. Esta é constituída por dados sociodemográficos (idade, sexo, raça, situação familiar/conjugal, escolaridade), clínicos (pressão arterial sistêmica, IMC, circunferência abdominal, fatores de risco e doenças concomitantes, antecedentes familiares cardiovasculares, diabetes, tabagismo, sedentarismo, sobrepeso/obesidade, hipertensão, presença de complicações infarto agudo do miocárdio, outras coronariopatias, acidente vascular encefálico, pé diabético, amputação por diabetes, doença renal), e de caracterização do tratamento (tipo de tratamento, número de medicamento ao dia, insulina, uso de outros medicamentos).

Os valores pressóricos foram os da PA registrada na ficha de cadastro, já aferida e classificada no momento do cadastro conforme a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010. Para avaliar o risco cardiovascular adicional desses idosos foram considerados, além dos valores pressóricos, a presença de fatores de risco, as lesões de órgãos-alvo e as doenças cardiovasculares registradas nas fichas de cadastros investigadas. Analisados descritivamente, os resultados foram organizados em forma de tabelas e gráficos. Para caracterizar a população e organizar os dados, utilizou-se o software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 15.0. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), que o aprovou no Parecer 122047/2012.

Resultados

Os resultados mostram que das 106 fichas investigadas dos idosos hipertensos, 66,1% são do sexo feminino e 33,9% do sexo masculino, o que caracterizou uma maior participação de mulheres. Quanto à escolaridade, a maioria dos idosos hipertensos são alfabetizados (73,5%), dentre esses 36,8% apenas sabem ler e escrever e 35,8% tiveram a oportunidade de chegar ao ensino fundamental ou ensino médio.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos idosos hipertensos cadastrados no Hiperdia

| Características sociodemográficas | n (%) |
|--|-----------|
| Não sabe ler nem escrever | 28 (26,5) |
| Alfabetizado | 39 (36,8) |
| Ensino fundamental ou médio (incompleto ou completo) | 38 (35,8) |
| Ensino superior (incompleto ou completo) ou mais | 1 (0,9) |

A Tabela 2 evidencia que 68,9% dos idosos hipertensos apresentam pressão arterial variando entre ótima (PAS <120 e PAD <80 mmHg) a limítrofe (PAS 130-139 e PAD 85-89mmHg) com o controle terapêutico medicamentoso ou não, mas ainda assim requerem atenção.

Tabela 2 - Classificação dos idosos quanto aos níveis pressóricos

| Pressão arterial | n (%) |
|-----------------------|-----------|
| Ótima | 35 (33,0) |
| Normal | 8 (7,5) |
| Limítrofe | 30 (28,4) |
| Hipertensão estágio 1 | 17 (16,0) |
| Hipertensão estágio 2 | 9 (8,5) |
| Hipertensão estágio 3 | 7 (6,6) |

As doenças que afetam o sistema circulatório estavam entre as principais lesões em órgão-alvo, sendo o Acidente Vascular Encefálico o primeiro, com 13,2%, em seguida o Infarto Agudo do Miocárdio, com 10,37%, e outras coronariopatias em terceiro, com 8,4%.

No relacionado ao risco cardiovascular, de acordo com as informações das fichas dos idosos, 68,9% não possuíam risco, enquanto 14(13,3%) apresentavam risco muito alto, 11(10,4%) risco médio e 6(5,6%) risco alto. O risco cardiovascular era baixo em 2 (1,8%) do total de idosos.

Discussão

Houve predomínio do sexo feminino corroborando com os resultados encontrados em estudo realizado em Fortaleza, Ceará, Brasil, no qual do total de participantes, 69,2% eram do sexo feminino e 30,8% do sexo masculino⁽²⁾. Segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽¹¹⁾, a prevalência global de HA entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada em homens mais jovens, até 50 anos. Porém, essa condição se inverte a partir dessa idade, como destaca a referida diretriz.

As mulheres buscam mais frequentemente o serviço de saúde do que os homens. Por outro lado, a pequena clientela masculina nos serviços de saúde é de idosos que tomam essa iniciativa movidos por alguma doença crônica, como a hipertensão e a diabetes, em busca de consultas, receitas ou de medicamento gratuito⁽¹²⁾.

Quanto à escolaridade, estudo realizado em Fortaleza, Ceará, Brasil, 88,5% eram de baixa escolaridade, até o ensino fundamental incompleto⁽²⁾. O nível de escolaridade influi diretamente na assimilação das orientações acerca da patologia, portanto quanto mais baixa a escolaridade mais difícil de compreender o diagnóstico, mudanças de hábitos e aderência aos esquemas posológicos, inferindo-se que há relação entre educação formal e adesão ao tratamento⁽¹³⁾. Em contraponto a essa afirmação, destaca-se que o trabalho de educação desenvolvido nas universidades abertas da terceira idade preconiza a educação aos idosos com base na concepção de educação ao longo da vida e reafirma a exigência da utilização de metodologias de ensino adequadas em todas as etapas do viver humano.

O conceito atual de educação ao longo da vida

elimina a distinção tradicional entre educação formal inicial e educação permanente, convergindo em direção a outro conceito, proposto com frequência: o da sociedade educativa, na qual tudo pode ser uma oportunidade para aprender e desenvolver talentos⁽¹⁴⁾.

A educação ao longo da vida deve abrir as possibilidades da educação a todos, com vários objetivos: oferecer uma segunda ou terceira oportunidade; dar resposta à sede de conhecimento, de beleza ou de superação de si mesmo; ou, ainda, aprimorar e ampliar as formações estritamente associadas às exigências da vida profissional, incluindo as formações práticas. Em suma, deve aproveitar todas as oportunidades oferecidas pela sociedade⁽¹⁴⁾. A ação educativa deve estimular as pessoas a optarem por caminhos de transformação com valores de justiça e solidariedade, produtividade e equidade, equivalendo, pois, a um processo de desenvolvimento para buscar seus direitos e alcançar a melhoria da qualidade de vida⁽⁷⁾.

Embora o número de participantes com cifras ótimas, normais e limítrofes sejam maior, ainda é grande a frequência de idosos hipertensos com níveis pressóricos descontrolados, pois ao analisar os valores pressóricos, conforme classificação da VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, foram evidenciados no estudo a soma de 31,1% dos casos com pressão fora dos limites considerados normais. Essa situação caracteriza real fator predisponente das doenças cardíacas, cerebrovasculares e renais, contribuindo para elevar a mortalidade cardiovascular e atingir diretamente a qualidade de vida e a longevidade dos idosos. Diante dessa constatação, deve ser fortalecida a prática do cuidado de enfermagem no monitoramento contínuo desses idosos.

O AVE é a principal causa de internação, mortalidade e disfuncionalidade, tendo a HA como principal fator de risco para desenvolvê-las; já quando a pressão arterial está controlada, o risco de AVE cai até sete vezes⁽¹⁵⁾.

Na população brasileira, estimativas do Data-sus apontam quase 650 mil óbitos em indivíduos acima de 60 anos em 2007. Desse total, cerca de 230 mil

são por doenças do aparelho circulatório, 66 mil por doenças isquêmicas do coração e 75 mil por doenças cerebrovasculares, condições intimamente relacionadas à hipertensão arterial⁽¹⁶⁾.

Complicações decorrentes da hipertensão devem ser postergadas ao máximo, para que a dependência, principalmente a física, e as incapacidades manifestadas pelos idosos sejam somente aquelas decorrentes do próprio envelhecimento, às quais o idoso se adapta facilmente, e não aquelas que comprometam suas atividades de vida diárias⁽¹⁷⁾.

Integrante fundamental na execução das políticas públicas de saúde e exercendo papel relevante na estratégia saúde da família, a enfermagem deve incorporar à sua prática profissional ações de promoção da saúde e controle das DCNTs, considerando-as como parte da atenção à saúde. Entretanto, o enfrentamento das DCNTs ainda exige esforços do setor de saúde e de outros setores, por sua magnitude e pela complexidade de seus determinantes⁽⁶⁾.

As ações de promoção da saúde são essenciais e visam à proteção universal, à comunicação em saúde e à atuação intersetorial, entre outros. A regulação é essencial no Plano de DCNTs, e várias medidas adotadas contemplam a articulação intersetorial, envolvendo temas como álcool, tabaco e alimentação, os quais exigem integração entre governo, poder legislativo e sociedade, na definição das medidas que possam abranger maior contingente populacional, como a regulamentação da propaganda de alimentos, a proibição de propaganda de tabaco e álcool e a proibição da venda de bebidas para menores, entre outras⁽⁶⁾.

Ao avaliar o risco cardiovascular adicional, constatou-se que 68,86% dos idosos não o apresentam, mesmo assim, devem ser mantidos sob vigilância e tratamento para que não venham a enquadrar-se em outro momento no escore global, evitando um evento cardíaco indesejado. Contudo, 31,11% foram classificados em condição de risco variando entre risco baixo e risco muito alto para as doenças cardiovasculares.

Os pacientes de risco muito alto são aqueles com algum evento cardíaco prévio, devendo manter a vigilância, pela probabilidade maior de repeti-lo. Esses resultados induzem à reflexão acerca da necessidade de concretizar as propostas das políticas de saúde para atender idosos no contexto do SUS voltado para uma ação de prevenção por meio da educação em saúde que contemple a pessoa idosa como indivíduo capaz de cuidar da sua saúde.

Esses resultados diferem de trabalhos realizados em outro contexto por estudo realizado em Fortaleza em 2009, em que 35,8% dos idosos apresentavam risco médio adicional e 35% risco alto adicional para doenças cardiovasculares. Percebe-se que os idosos do presente estudo apresentam valores mais baixos, supondo-se que estão em melhores condições de saúde⁽¹⁸⁾.

O tratamento medicamentoso e o não medicamentoso devem objetivar não apenas a redução pressórica, mas diminuir a morbimortalidade cardiovascular⁽¹⁹⁾. Diante dessa realidade, torna-se evidente o papel dos profissionais da saúde da família, em especial do enfermeiro, aos quais compete compreender a natureza dessas doenças e os fatores de risco associados para o planejamento de estratégias de controle e acompanhamento desse grupo etário. É imprescindível o desenvolvimento de atividades de promoção e a educação ao longo da vida para que a pessoa idosa possa prevenir agravos à saúde e possíveis sequelas⁽²⁾.

Nesse sentido, o enfermeiro assumindo o papel de educador poderá influenciar concretamente nos comportamentos da pessoa idosa, promovendo mudanças nos fatores de risco para a hipertensão arterial evitando assim as complicações cardiovasculares.

Como limitação desta pesquisa destaca-se à utilização de dados secundários, pois estes, muitas vezes, foram de difícil interpretação devido a problemas no preenchimento da ficha de cadastramento tais como, dados ilegíveis e informações incompletas.

Conclusão

Os resultados mostraram que os idosos participantes do estudo foram vítimas de Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio e outras coronariopatias. Na estratificação do risco cardiovascular, uma parcela importante dos idosos com risco variando de médio a muito alto para doença cardiovascular. Os eventos cardiovasculares na pessoa idosa requerem atenção interdisciplinar, e uma visão voltada para o potencial de funcionalidade da pessoa, devendo-se considerar a questão da educação ao longo da vida com vistas ao planejamento e à proposição de ações efetivas alinhadas à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Essa realidade exige o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde voltadas para grupo de idosos hipertensos, visando ao seu empoderamento para o autocuidado, com o objetivo de informá-los da necessidade e importância da adoção de um estilo de vida saudável, evitando possíveis agravos. Assim sendo, este estudo traz contribuições para os enfermeiros, como trabalhadores do cuidado, tendo o compromisso de operar mudanças e transformações através da sua prática, promovendo a saúde e a vida.

Os dados coletados são dignos de reflexão para a pesquisa e para prática profissional da enfermagem, principalmente no que se refere à reorganização do seu processo de trabalho, assumindo um dimensionamento ampliado na proposição de ações de saúde que articulem os saberes dos idosos e demais profissionais à medida que aumentam a prevalência da HA e suas complicações, exigindo práticas de saúde mais eficazes.

Agradecimentos

Agradecemos a equipe da Estratégia Saúde da Família da unidade básica em que o estudo foi realizado, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, pelas contribuições para com o estudo.

Colaborações

Queiroz RF e França ALM contribuíram para a concepção, coleta dos dados de campo, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Alvarez AM e Erdmann AL contribuíram para a concepção, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Pereira CBS contribuiu para a concepção e coleta dos dados.

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa unidade básica de saúde da família de Fortaleza-CE. *Rev Rene*. 2011; 12(n esp):988-94.
3. Romero AD, Silva MJ, Silva ARV, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Características de uma população de idosos hipertensos atendida numa unidade da família. *Rev Rene*. 2010; 11(2):72-8.
4. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
5. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(2):2029-40.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. Lima VLGP, Campos NZR, Barros MAB, Arruda JM, Zandonadi RCMB, Branco VMC. Política pública de valorização de paternidade: sistematização e análise de sua implantação no Rio de Janeiro. In: *Contrib AMF, Dias MAS, Frota MA. Promoção da saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas: Saberes; 2011. p. 45-63.
8. Sousa MLT, Lima FA, Sousa RM, Paresque MAC, Carvalho WRL. Por uma nova promoção da saúde.

- de com arranjos participativos emancipatório na estratégia saúde da família. In: Catrib AMF, Dias MAS, Frota MA. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família. Campinas: Saberes; 2011. p.111-24.
9. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(11):2923-30.
 10. Cellard A. A análise documental. In: Poupart J, Deslauriers JP, Grulx LH, Paperriere A, Mayer R, Pires A. A pesquisa qualitativa – enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis: Vozes; 2008. p. 295-316.
 11. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1):1-69.
 12. Knauth DR, Couto MT, Figueiredo WS. A visão dos profissionais sobre a presença e as demandas dos homens nos serviços de saúde: perspectivas para a análise da implantação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012; 17(10):2617-26.
 13. Vera RFS, Oliveira JS. Aspectos sociodemográficos que influenciam na adesão ao tratamento anti-hipertensivo. *Rev Rene*. 2009; 10(3):132-7.
 14. Delors J, Al Mufti I, Amagi I, Chung F, Geremek B, Kornhauser, et al. Educação: um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre a Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO; 2010.
 15. Mendonça LBA, Lima FET, Oliveira SKP. Acidente vascular Encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Esc Anna Nery*. 2012; 16(2):340-6.
 16. Brandão AP, Brandão AA, Freitas EV, Magalhães MEC. Hipertensão arterial no idoso. In: Freitas EV, Py L, Cansado FAX, Gorzone ML, Doll J. Tratado de geriatria e gerontologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p.436-54.
 17. Oliveira CJ, Moreira TMM. Caracterização do tratamento não farmacológico de idosos portadores de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2010; 11(1):76-85.
 18. Silva DB, Moreira TMM, Alencar GP, Carvalho IS. Avaliação do risco cardiovascular em idosos hipertensos de uma unidade de saúde de Fortaleza. *Rev Tend Enferm*. 2009; 1(2):475-80.
 19. Bertoletti AR, Costa AGS, Costa FBC, Oliveira ARS, Oliveira CJ, Araújo TL. Diagnóstico de enfermagem falta de adesão em pacientes acompanhados pelo programa de hipertensão arterial. *Rev Rene*. 2012; 13(3):623-31.