

A avaliação da pressão arterial por agentes comunitários pode ser uma estratégia útil para o cuidado da saúde?

Community Health Agents taking blood pressure: a useful primary care strategy?

Leonardo Vieira Targa¹

RESUMO

A avaliação da pressão arterial integra a prática semiológica de médicos e a rotina dos cuidados de enfermagem. Recentemente, essa ação ressurgiu em nosso país como polêmica assim que se cogitou a possibilidade de uma nova categoria profissional inserida profundamente nas comunidades, a dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), praticá-la. Tanto as vantagens alegadas quanto as críticas são analisadas, bem como revisada a literatura sobre o tema. Detectou-se forte demanda populacional para que essa prática fosse implantada, inclusive nos conselhos municipal e local de saúde. Geraram-se dados que avaliam o treinamento de ACS para realizar medidas de pressão arterial e atividades educacionais nos domicílios com a criação e aplicação de um protocolo específico, tendo como resultados: a reprodutibilidade da técnica, o número de usuários que nunca tenham medido pressão arterial antes, o número de medidas consideradas limítrofes e altas, o número de hipertensos mal controlados e a adesão dos usuários às orientações das ACS.

ABSTRACT

For many years, measuring the blood pressure was part of the routine of doctors and nurses. Lately, since the idea of a new professional category deeply involved with community work taking the blood pressure – the Community Health Agents –, this practice has become controversial in our country. In this paper we analyze the favorable opinions and criticisms regarding this proposal and study the literature dealing with the topic. We verified a strong demand of the public for this practice, including from the local and municipal health councils. The training of the CHA in blood pressure taking and educational actions in households was evaluated and specific schedules and guidelines were created and applied. The results obtained were: reproducibility of the technique used by the CHA, the number of people, who never before had their blood pressure measured, the number of cases considered high or borderline, the number of hypertensive people with poor control of their blood pressure and the adherence of users to the instructions of the CHA.

PALAVRAS-CHAVE:

- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Agentes Comunitários de Saúde;
- Cuidados Primários de Saúde;

KEY-WORDS:

- Systemic Hypertension;
- Community Health Agent;
- Primary Health Care.

¹ Médico de Família e Comunidade, SMS - Nova Petrópolis, Professor de Medicina, Prof. Unidades de Ensino Médico de Atenção Primária à Saúde, Universidade de Caxias do Sul.

I - Introdução

A medida da pressão arterial (PA) é um antigo método semiológico de avaliação da saúde. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma patologia freqüente (de 10 a 40% ou mais, conforme faixa etária da população), de alta morbidade e mortalidade, mas que apresenta grande potencial preventivo com baixos custos e esforços¹. Muitas são suas complicações evitáveis: o acidente vascular cerebral (AVC), a cardiopatia isquêmica (CI), a insuficiência renal (IR) e a insuficiência cardíaca (IC), dentre outras. Atualmente, há tendência de, em muitos casos, englobar-se esses conceitos, didaticamente separados em diagnósticos específicos, em síndromes não restritas a um único sistema, mas envolvendo diversos aspectos do metabolismo individual. Além disso, é crescente o entendimento das relações multifatoriais ambientais e de hábitos de vida relacionados a esses problemas além das genéticas.^{2,3}

Muitos hipertensos não apresentam sintomas que os levem a procurar atendimento, sendo freqüente sua detecção em medidas ocasionais ou em consultas por outros motivos. Entretanto, sabe-se que a descoberta precoce de níveis pressóricos elevados é de grande importância para a prevenção das complicações da HAS. O tratamento no Brasil é atualmente fornecido pela rede básica de saúde, de forma gratuita, e é comprovadamente eficaz na redução da morbi-mortalidade. São documentados, no entanto, altos índices de não-detecção e não-adesão, por diversos fatores⁴. O HIPERDIA é um dos programas prioritários que tem tentado reverter esse quadro no nosso país. Segundo o Mi-

nistério da Saúde⁵, "o HIPERDIA é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao diabetes mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde. Além do cadastro, o sistema permite o acompanhamento, a garantia do recebimento dos medicamentos prescritos, ao mesmo tempo que, a médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, e o conseqüente desencadeamento de estratégias de saúde pública que levarão à modificação do quadro atual, a melhoria da qualidade de vida e a redução do custo social.

Levando-se em consideração o momento histórico brasileiro de mudança progressiva de paradigma do cuidado da saúde, para um enfoque integral e responsável, faz-se necessário a criação de estratégias de detecção ativa e precoce dos casos de HAS ainda não descobertos, bem como maior controle pressórico dos usuários já diagnosticados.

Há muitos anos, os sistemas de saúde de diversos países vêm executando, como estratégia, o recrutamento e o treinamento de pessoas da comunidade como parceiras das equipes de saúde. No Brasil, o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), associado a um grande investimento em Atenção Primária em Saúde (APS), tem modificado positivamente indicadores de saúde.^{6,7}

Em revisão de literatura, foram encontrados estudos demonstrando resultados positivos no

envolvimento de agentes comunitários de saúde, tanto no rastreamento como no tratamento de hipertensos.^{8,9,10}

Uma meta-análise de estudos randomizados realizada por Cappuccio *et al* sobre o automonitoramento domiciliar da pressão arterial demonstrou igualmente resultados positivos.¹¹

O trabalho dos ACS é profundamente inserido nas suas comunidades, sendo característico ser elo comunicativo entre equipe e estas. Podem ser agrupadas como atividades principais: a mobilização comunitária; a educação em saúde; o diagnóstico comunitário; a promoção e vigilância da saúde.^{12,13,14}

Devido às características citadas e sua forma de inserção, é questionado se a apropriação da técnica de medida de pressão arterial por parte dos ACS pode melhorar o número de hipertensos detectados, o controle pressórico adequado dos usuários diagnosticados por meio de controle da adesão, da própria medida e da capilaridade que ganham as informações sobre o problema.

O objetivo geral deste trabalho constitui-se, portanto, em avaliar a incorporação da medida da pressão arterial na prática do ACS como forma de produção de saúde coletiva com responsabilidade e maior integralidade. Especificamente, para atingir tal meta, objetivou-se: o treinamento dos ACS quanto à técnica de mensuração de pressão arterial; a normatização da prática sugerida; o estabelecimento de rotinas de fluxo dos casos novos detectados e dos hipertensos que apresentem inadequado controle pressórico; a realização de atividades educacionais sobre o tema hipertensão; a mensuração dos resultados populacionais e a avaliação

crítica do processo.

II - Metodologia

Inicialmente, foi realizada uma reunião com o secretário municipal de saúde de Nova Petrópolis, visando ao consenso sobre a importância do projeto e o apoio do gestor. Também foi efetuado treinamento em grupo com todos os ACS do município, de quatro horas de duração, com os seguintes objetivos:

- 1- Introdução do problema.
- 2- Convite à participação, com assinatura de consentimento informado para os que optassem participar.
- 3- Estudo do tema HAS sob supervisão médica.
- 4- Estudo teórico da técnica de mensuração pressórica por médico.
- 5- Treinamento prático sob supervisão médica, com um aparelho, por ACS. A uniformização e correta aplicação da técnica de aferição da pressão arterial foi garantida por meio da execução repetida individual sob supervisão direta com imediata conferência da reprodutibilidade.

Após essa etapa, houve treinamento individual, em que as ACS executaram medidas de pressão arterial em familiares e colegas, por um mês e, passado esse período, retorno para novo encontro, com duração de quatro horas, agora com os seguintes objetivos:

- 1 - Apresentação e discussão do protocolo de ação e fluxograma de trabalho (quadro 1); treinamento sobre a forma de preenchimento dos relatórios.
- 2 - Revisão da técnica sob supervisão médica e avaliação individual da qualidade/

Quadro 1: Fluxograma de Trabalho

Visita de rotina do ACS no período do estudo.

Perguntar e registrar, no formulário específico, se há pessoas maiores de 20 anos que:

- 1) nunca tiveram a pressão arterial (PA) medida;
- 2) não são hipertensas, mas há mais de um ano não têm a PA medida;
- 3) são hipertensas, com ou sem tratamento

Medir pressão arterial e registrar

<130/80

Informar que a pressão está normal e que deve repetir medida em 1 ano ou conforme orientação da equipe de saúde se estiver em acompanhamento.

$\geq 130/80$ mas $< 140/90$

Informar que a pressão é limítrofe e que deve procurar atendimento na unidade de saúde mais próxima assim que puder. Repetir medida em 1 mês.

$\geq 140/90$

Informar que a pressão está alta e que deve procurar atendimento na unidade de saúde mais próxima assim que puder.

Revisar em um mês se o usuário procurou atendimento. Se não foi, repetir orientação. Caso não ocorra mesmo assim, comunicar equipe para considerar busca ativa.

Orientar SEMPRE, mas em especial para os casos de pressão limítrofe ou alta, a diminuir a ingestão de sal, café, mate, bebidas alcoólicas, tabaco, ambutidos e conservas salgadas.

Orientar sobre o que é pressão alta e quais os riscos que acarreta bem como da importância de acompanhamento pela equipe de saúde.

Se a pressão arterial diastólica for maior ou igual à 120 mmHg ou com sintomas de tonturas, dor de cabeça forte, alterações de visão, comportamento ou fala ou outros sintomas importantes: encaminhar imediatamente à consulta médica - EMERGÊNCIA!

Para os pacientes que já estão em tratamento, verificar a medicação prescrita na carteirinha e confirmar como o paciente está usando.

reprodutibilidade e aprovação ou não para iniciar projeto na comunidade.

3 - Avaliação das dúvidas e ansiedades.

A técnica treinada tomou por base Porto.¹⁵ Os aparelhos utilizados, um para cada ACS, foram fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. O período de execução foi de cinco meses, com previsão de mensuração da pressão arterial de todas as pessoas acima de 20 anos encontradas nos domicílios nos momentos da visita e em todos os domicílios das microáreas.

Foram criados quatro instrumentos para facilitar o registro dos resultados, o agendamento dos retornos para os usuários com pressão limítrofe e a verificação de procura ao serviço de saúde por parte dos usuários que obtivessem medidas de pressão alta (quadros 2, 3, 4 e 5).

Quadro 2 - Formulário a ser preenchido pelo ACS como agenda de verificação de adesão às orientações referentes aos usuários que foram classificados como tendo pressão alta.

Quadro 3 - Formulário a ser preenchido

Quadro 2: Lista de usuários que estavam com pressão alta e que devo conferir se foram ao posto de saúde.

Nome	Foi ao posto?

Quadro 3: Lista de pessoas com pressão limítrofe e que devo medir novamente.

Nome	Data em que devo medir novamente a pressão.

pelo ACS como agenda de segunda medida para usuários que obtiveram pressão limítrofe.

Quadro 4 - Formulário a ser preenchido pelo ACS quando o usuário refere ter pressão alta.

Quadro 5 - Formulário a ser preenchido pelo ACS quando o usuário refere não ter pressão alta.

III - Resultados

Durante cinco meses, 18 ACS realizaram o trabalho em seu dia-a-dia. Alguns deles, devido à obtenção de férias, aplicaram o protocolo em uma rodada apenas, e outros, em duas, totali-

zando 28 formulários completos.

Foram registradas 5041 pessoas com medida de pressão arterial realizada, sendo 1287 na primeira rodada e 3754 na segunda. Isso demonstra uma amostra adequada, visto que a população total, inclusive infantil, de nosso município é estimada em 19 mil habitantes.

Dos participantes do estudo, 1138 (22,5%) disseram, antes de serem examinados, saberem que eram hipertensos, sendo um questionário não preenchido neste campo, e 3903 (77,5%) responderam não serem hipertensos.

Dos usuários que sabiam da sua condição

Quadro 4 - Formulário a ser preenchido pelo ACS quando o usuário refere ter pressão alta.

Pessoa +20 anos e diz que tem pressão alta:

- 1) mediu há 1 mês ou menos _____
 2) mediu há mais de 1 mês _____

##RESULTADO

- Menor que 130/80 = normal _____
 130/80 ou 135/85 = limítrofe _____
 140/90 ou mais = alta = ao posto _____

Tem acompanhamento atual por médico ou equipe de saúde?

- Sim = Manter acompanhamento _____
 Não = Reiniciar acompanhamento _____

- Emergência (PAD > 120 ou sintomas estudados)

Orientar sempre:

- Sal, café, chimarrão _____
 Álcool, fumo _____
 Embutidos, conservas _____
 Atividade física moderada regular _____
 Controlar peso _____

Quadro 5 - Formulário a ser preenchido pelo ACS quando o usuário refere não ter pressão alta.

Pessoa +20 anos e diz que não tem pressão alta:

- 1) nunca mediu PA _____
- 2) mediu há mais de 1 ano _____
- 3) mediu há 1 ano ou menos _____

##RESULTADO

Menor que 130/80 = normal = medir em 1 ano _____

130/80 ou 135/85 = limítrofe = medir em 1 mês (ir para item "2ª medida") _____

140/90 ou mais = alta = ao posto! E revisar em 1 mês se foi _____

2ª Medida das pessoas "limítrofes"

Normal = repetir em 6 meses _____

Novamente limítrofe ou falta = ao posto _____

Não encontrado _____

- Emergência (PAD > 120 ou sintomas estudados)

Orientar sempre:

Sal, café, chimarrão _____

Álcool, fumo _____

Embutidos, conservas _____

Atividade física moderada regular _____

Controlar peso _____

de hipertenso, 311 (27,3%) relataram ter tido a pressão medida pela última vez há mais de um mês e 827 (72,6%) ter tido a pressão arterial medida nos últimos 30 dias.

Desses mesmos 1138 usuários, 531 apresentaram PAS alta (46,6%), 294, PAS limítrofe (25,8%) e 313 PAS normal (27,5%).

O campo dos formulários que questionava sobre o acompanhamento atual de equipe de saúde ou médico foi mal preenchido e, portanto, excluído da análise. Considerando os questionários

corretamente preenchidos nesse campo, observa-se que a grande maioria dos usuários hipertensos respondeu que mantinha acompanhamento atual.

Destes, os quais sabiam que eram hipertensos, 12 (1%) apresentaram PA diastólica (PAD) maior que 120 mmHg e/ou "sintomas chave", sendo assim encaminhados para atendimento imediato.

Dos 3903 usuários que disseram ser não-hipertensos, 402 (10,3%) obtiveram pressão alta, 414 (10,6%), limítrofe e 3087 (79,1%), normal.

Apenas 91 (2,3%) disseram nunca ter tido a pressão medida, e 414 (10,6%) não haviam submetido-se à medição no último ano.

O formulário referente à segunda medida, que tinha finalidade de tentar diferenciar potenciais hipertensos crônicos dos eventuais, com picos ocasionais foi mal preenchido, segundo os ACS, pela dificuldade de conciliar os horários de trabalho com os encontros de usuários específicos. Da mesma forma, o formulário de controle de orientações, que buscava saber se o usuário realmente procurara atendimento, não foi utilizado ou preenchido de forma muito heterogênea, tornando-se vulnerável ao erro de interpretação, sendo excluído das análises.

Foram realizadas recomendações quanto ao consumo correto de sal, café, chimarrão, álcool, fumo, embutidos, conservas, bem como sobre realização de atividade física moderada regular e controle de peso em todos os contatos com usuários.

Tanto as comunidades, avaliadas por meio de contatos pessoais e dos Conselhos de Saúde, quanto os ACS aprovaram o trabalho e referiram problemas. Apenas um usuário recusou-se a participar da proposta. Nenhum ACS negou-se a participar, tendo sido assinado documento de 'consentimento informado', previamente.

IV - Discussão

Foram constatados importantes resultados, até então ignorados pelas comunidades e equipes de saúde locais. A grande maioria (72%) dos usuários hipertensos estava com controle inadequado da HAS, considerando o limite recomendado. Mesmo usando os limites de 140/90 mmHg,

46,6% apresentam-se mal controlados. Apesar das orientações preconizadas nos programas oficiais conforme já descrito, 27% não haviam medido sua pressão no último mês.

Da mesma forma, impressiona o número de usuários que não são hipertensos e que apresentaram, naquela medida, pressão arterial elevada, 10 a 21%, conforme o critério considerado. Dessa população adulta e não-hipertensa, espera-se ao menos uma medida anual de pressão arterial, o que apenas 13% não haviam feito.

Confirmou-se a alta freqüência de HAS, elevada esperada para as regiões serranas do Sul do Brasil, de origem predominante européia, e a detecção oficial abaixo do esperado, apesar do intenso esforço de governos e equipes de saúde. Aparece aqui, mais uma vez, a necessidade de buscar alternativas para o aprimoramento do cuidado da saúde, em especial deste problema de alta relevância. Para tanto, voltaremos a analisar um pouco do cenário que se desenha em nosso país.

Como reação aos questionamentos colocados quanto à validade dessas práticas pelo ACS, surge oposição de algumas categorias profissionais, em especial dos Conselhos Regionais de Enfermagem. Um dos argumentos apresentados é que o ato de medir a PA seria prestar assistência e seria, portanto, "da responsabilidade dos profissionais de saúde, como: médicos; enfermeiros; técnicos e auxiliares de enfermagem, cada qual no âmbito de sua competência".¹⁶ A idéia de desvio de suas funções, que seriam predominantemente educativas, é outra preocupação expressada freqüentemente, bem

como o risco de transformação do ACS em um “técnico de enfermagem ambulante”. É citado que, em alguns estados, muitos dos ACS seriam auxiliares de enfermagem formados pelo Profae¹⁷.

Defensores da medida de pressão por parte do ACS citam o uso corriqueiro leigo desse método e comparam com outros aparelhos de “medir saúde”. O advento dos aparelhos digitais de pressão usados por muitas pessoas, os termômetros axilares ou mesmo cutâneos, os aparelhos de medir glicemia sérica e as balanças, dentre outros, seriam exemplos freqüentemente usados e que nunca teriam sido, antes, questionados como “exercício ilegal”, desde que não acompanhados de condutas como, por exemplo, a automedicação. Cabe lembrar também as engenhocas de farmácias, que, além da pressão arterial, informam peso, altura e freqüência cardíaca. Dentro desse raciocínio, perguntar-se-ia: um ACS contar a freqüência cardíaca, o pulso ou a freqüência respiratória constituiria “exercício ilegal” de enfermagem? Interessante notar que esta última medida, realizada por ACS treinados, é preconizada pela Organização Mundial de Saúde como parte da estratégia de diminuição da mortalidade infantil por pneumonias¹⁸ e vem apresentando bons resultados. Recentes processos judiciais, amplamente divulgados na mídia, envolveram o Conselho Regional de Enfermagem, defendendo a realização, por parte dos enfermeiros, de diagnósticos e prescrição de medicamentos e outras formas de terapia médica. Antiga também é a polêmica a respeito da realização de partos por estes profissionais. Defensores da proposta enfatizam a equivalência de situações e a aparente incongruência de posturas.

Quanto à sujeição hierárquica ao enfermeiro, declara-se não estar clara na legislação. A lei que cria a profissão do ACS (Lei 10.507/2002)¹² cita somente a supervisão do gestor local. Mesmo a portaria anterior (nº 1886/GM)¹³ menciona somente supervisão/instrução de treinamento em serviço, não mencionando claramente submissão hierárquica. A mesma ainda estimula participação de outros membros da equipe^{7,8} e que o conteúdo das capacitações deve considerar as prioridades definidas pelo elenco dos problemas identificados em cada território de trabalho^{8,9}. A mesma portaria, no item 8.14.33, deixa aberta a participação em “outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais”. Outro decreto anterior¹⁴, que fixa diretrizes para o exercício da atividade de ACS, não menciona hierarquia e abre espaço para “outras atividades pertinentes”, caso não haja acordo que “realizar visitas para monitoramento de situações de risco” contemple meios semiológicos ou de rastreamento.

As preocupações de que essa estratégia esvaziaria as funções educativas do ACS, transformando-o em um “mini-enfermeiro-ambulante” são aparentemente contornáveis por meio de regulamentação do uso da técnica de mensuração dentro de um protocolo de ação que limite a prática e priorize o trabalho educativo. A medida de PA poderia enquadrar-se na função de vigilância da saúde do ACS.

Desde 1990¹⁹, os Conselhos de Saúde foram instituídos como forma de participação popular no Sistema Único de Saúde. Além disso, diversas Conferências de Saúde reforçaram e qualificaram o papel dos mesmos. Em nosso município, surge a questão deste trabalho como

demanda social em reuniões do Conselho Municipal de Saúde e de alguns Conselhos Locais de Saúde. Também como resposta a esse anseio, esta pesquisa é realizada.

Faz-se necessária a real avaliação, isenta de interesses, de qual o poder de gerar resultados que uma estratégia de treinamento de ACS para medir pressão arterial em ambiente que não seja o de serviços de saúde pode ter. Optou-se aqui por abordagem domiciliar, visto que seria a que menos interferiria na rotina de trabalho, e pela criação de um protocolo com base em evidências que somente indicassem qual orientação dar ao usuário sem que fossem estabelecidos diagnósticos ou terapêuticas farmacológicas.

Houve dificuldades por parte de dois ACS no preenchimento de alguns campos, durante a primeira rodada, apesar do processo preparatório exaustivo realizado. Segundo eles, isso se deveu a dificuldades de entendimento e tempo. Na segunda rodada, após novos esclarecimentos, os problemas diminuíram, exceto nos campos já citados como excluídos da análise.

A dificuldade de realizar com brevidade uma segunda medida teve como explicação dos ACS o desencontro, a rotina de serviço e o fato de muitos terem repetido as medidas nas unidades de saúde ou em seus médicos. Outro ponto a ser aprimorado é a necessidade de se criar instrumento de maior diálogo entre unidades e ACS, tendo ficado esta comunicação dependente das realidades locais em nosso estudo.

V - Conclusões

Como tentativa de auxiliar na discussão e superação dos impasses relatados, procurou-se

determinar a importância desta estratégia, de forma racional e científica, obtendo-se resultados positivos com baixos custos e esforços. Não se conseguiu demonstrar deformidade alguma do papel dos ACS, desde que instituído protocolo fechado de condutas, nem prejuízo para qualquer dos envolvidos. Gerou-se melhor percepção da situação municipal em relação ao problema hipertensão e evidenciou-se o necessário aprimoramento dos programas de saúde, além da postura dos envolvidos. Como efeitos desejáveis, o poder dos Conselhos de Saúde e a imagem dos ACS foram fortalecidos como capazes de influenciar positivamente na realidade em que estão inseridos. Sugere-se a realização de novos estudos e o aprimoramento do delineamento para aumentar a validade externa desses resultados, bem como aperfeiçoamento dos protocolos para facilitar sua aplicação pelos ACS e a utilização dos dados gerados pelos serviços de saúde.

VI - Referências

1 - The JNC 7 Report The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA, 2003; 289.

2 - Fitzgerald Jr P. *Diabetes Mellitus*. In: Tierney LM, McPhee SJ e Papadakis MA, organizadores. Current Medical Diagnosis & Treatment. 41ªed. Lange 2002;1203-1205.

3 - Meigs, JB. The metabolic syndrome BMJ 2003;327:61-62.

4- Coelho, EB et al. Relationship between regular attendance to ambulatory appointments and blood pressure control among hypertensive patients. Arq. Bras. Cardiol. set. 2005; 85(3):157-161.

5- Brasil. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/se/datasus/area.cfm?id_area=807 Acessado em: ago. 2006.

6 - Melamedi C. In: Fujiwara LM, Alessio NLN, Santos Farah MFS, Organizadores. 20 Experiências de Gestão Pública e Cidadania. São Paulo: Programa Gestão Pública e Cidadania 1998; 176p.

7- Mattos ATR, Caccia-Bava MCG. Repercussões da implantação do programa Saúde da Família no município de Araraquara: impactos e perspectivas. Rev Bras Med Família e Comunidade. 2004; 1 (1):36-43.

8- Levine DM, Bone LR, Hill MN, Stallings R, Gelber AC, Barker A, Harris EC, Zeger SL, Felix-Aaron KL, Clark JM. The effectiveness of a community/academic health center partnership in decreasing the level of blood pressure in an urban African-American population. Ethn Dis. 2003 Summer;13(3):403.

9- Cooke, CJ, Meyers A. The role of community volunteers in health interventions: a hypertension screening and follow-up program. Am J Public Health. 1983 Feb;73(2):193-4.

10 - Bone LR, Mamon J, Levine DM, Walrath JM, Nanda J, Gurley HT, Noji EK, Ward E. – Emergency department detection and follow-up of high blood pressure: use and effectiveness of community health workers. Am J Emerg Med. 1989 Jan;7(1):16-20.

11- Cappuccio FP, Kerry SM, Forbes L, Donald A. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. BMJ 2004 Jul 17;329(7458):145.

12- Disponível em:
<http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/legis/Leis/>

Leis_doc/10507_02.doc - Acesso em: ago. 2006.

13 - Disponível em:

<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/PORTARIAS/Portaria%20n1886%20-%20original%2018dez1997.doc>. - Acesso em: ago. 2006.

14 - Disponível em:

http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/CLT/Profis_regul/D3189_99.html - Acesso em: ago. 2006.

15- Porto, C.C. Semiologia Médica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan, 2001; 4ª. Edição.

16- COREN-SC, Conselho Regional De Enfermagem de Santa Catarina. PARECER COREN-SC Nº012/AT/2004

17- RETSUS nº1, p6

http://www.retsus.epsjv.fiocruz.br/upload/revista/pdf/retsus_revista_1.pdf (acessado em abril/2006)

18- World Health Organization. Evidence base for the community management of pneumonia 2002, WHO/FCH/CAH. Disponível em:

www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/WHO_FCH_CAH_02.23.pdf - Acesso em: abr. 2006)

19 - Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm - Acesso em: ago. 2006.

Endereço para correspondência:

Leonardo Vieira Targa

Rua Pe. Afonso Theobald, 1069/302

Centro – Nova Petrópolis/RS

CEP 95150-000

Endereço eletrônico:

targalv@royalnet.com.br