

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE
RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS
USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUIS FERNANDO
MAGALHÃES, NO MUNICÍPIO DE CAPIXABA-ACRE**

RIO BRANCO/ACRE

2018

FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE
RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS
USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUIS FERNANDO
MAGALHÃES, NO MUNICÍPIO DE CAPIXABA-ACRE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

RIO BRANCO/ACRE

2018

FRANCISCO ALVES DE OLIVEIRA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DOS FATORES DE
RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NOS
USUÁRIOS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA LUIS FERNANDO
MAGALHÃES, NO MUNICÍPIO DE CAPIXABA-ACRE**

Banca examinadora

Professora Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - UFTM

Professor (a) Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2018.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao qual depus tanto amor, dedicação e esforço, a toda a minha família, que estiveram ao meu lado, dando a força necessária e o apoio que eu tanto precisei.

AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos direcionando-os primeiramente a Deus pela minha vida e por tudo que vem me proporcionando, onde durante esse período aprendi que tudo são bênçãos, as coisas boas são presentes, as coisas ruins são aprendizado;

Agradeço também a minha família, aos meus pais, meus irmãos, meus filhos, e minha amiga Mariane por me transmitir força, foco e fé, estando sempre ao meu lado me acompanhando ao longo desses anos e que não me permitiu desistir.

Aos meus professores e orientadores, pela confiança, amizade e por todos os ensinamentos que compartilharam comigo.

Agradeço a todos que fizeram parte dessa etapa decisiva em minha vida.

EPÍGRAFE

O conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.

Aldous Huxley

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica, usualmente conhecida também como pressão alta, é o nome dado à pressão igual ou acima de 140 por 90 mmHg. É considerada uma doença silenciosa, tendo em vista que na maioria dos indivíduos não apresenta sintomas visíveis, sendo que esses só se apresentam quando se trata de uma fase patológica muito avançada, ou quando a PA aumenta de forma abrupta, causando grande desconforto a quem é acometido. Ciente dos inúmeros malefícios que essa doença vem causando a toda à população mundial, e sabendo que a população do Município de Capixaba, no interior do Acre, apresenta alto índice de hipertensos, esse trabalho tem como objetivo, criar um plano de ação, que venha a combater o agravo das pessoas que são acometidas por essa doença, bem como, prevenir os fatores de risco dessa patologia na população na Unidade de Saúde da Família (USF) Drº Luis Fernando Magalhães. Para isso, utilizou-se como metodologia a forma de junção do saber técnico proporcionado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, emparelhando-a ao saber e prática técnica que foi desenvolvida na Unidade. Espera-se que a implantação dessa proposta de intervenção possa tornar os usuários com conhecimento acerca de hábitos e estilos de vida adequados e mais conscientes sobre os benefícios da modificação desses hábitos prevenindo novos casos e reduzindo o número de hipertensos assistidos pela equipe.

Palavras-chave: Unidade Básica de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde Preventiva.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension, also known as high blood pressure, is the name given to a pressure equal to or greater than 140 by 90 mmHg. It is considered a silent disease, considering that in the majority of the individuals it does not present visible symptoms, they only present themselves when it is a very advanced pathological phase, or when the AP increases abruptly, causing great discomfort to who is affected. Aware of the innumerable harms that this disease has caused to the entire world population, and knowing that the population of the Municipality of Capixaba, in the interior of Acre, presents a self-index of hypertensive individuals, this work aims to create and put into practice strategies and plan of action, that will combat the aggravation of the people who are affected by this disease, as well as, to prevent the risk factors of this pathology in the population The Family Health Unit (USF) Dr Luis Fernando Magalhães. In order to do this, the following methodology was used as a way of joining the technical knowledge provided by the Specialization Course in Family Health at the Federal University of Minas Gerais: Monitoring and evaluation, organization and management of the service, public engagement and qualification of clinical practice, matching -a to the technical knowledge and practice that was developed in the Basic Health Unit Luis Fernando Magalhães. It is hoped that the implementation of this intervention proposal can make users with knowledge about habits and lifestyles adequate and more aware of the benefits of modifying these habits, preventing new cases and reducing the number of hypertensive patients assisted by the team.

Keywords: Basic Health Unit. Primary Health Care. Systemic Arterial Hypertension. Preventive Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Entrada do Município de Capixaba-AC.....	12
Figura 2 – Órgãos mais afetados pela hipertensão.....	234

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade de Saúde da Família Drº Luis Fernando Magalhães, município de Capixaba, Estado do Acre..... 15

Quadro 2 - Ações sobre o "nó crítico" Hábitos e estilos de vida inadequados, relacionado ao problema priorizado "alta prevalência de HAS" na comunidade adstrita à equipe de Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no Município de Capixaba-Acre30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do Município.....	12
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A unidade de saúde da família Drº Luis Fernando Magalhães.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Drº Luis Fernando Magalhães.....	14
1.6 O dia a dia da equipe	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	14
1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Conceito da Hipertensão arterial	19
5.2 Epidemiologia da Hipertensão arterial.....	20
5.3 Fatores de risco.....	21
5.4 Consequências.....	233
5.4.1 Lesões no coração	244
5.4.2 Lesões no cérebro.....	24
5.4.2 Lesões nos rins	25
5.5 Prevenção e tratamento	255
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	28
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Surgiu na década de 60 a partir de um aglomerado de seringais, a vila Galvão e um dos principais marcos desta foi a criação da Escola Estadual Argentina Pereira Feitosa, fundada pelo professor José Clóvis Raulino e de uma igreja católica. Esta vila era habitada principalmente por ex-seringueiros, que saíam de suas localidades distantes e passaram a residir perto uns dos outros.

Por volta da década de 70, começou a migração de pessoas advindas principalmente do sul do país, pois, iniciara no Acre com o incentivo do governo estadual, a implantação de grandes fazendas (latifúndios) de criação de gado, pois o governo acreditava que a pecuária traria o tão sonhado desenvolvimento para o Estado. Então, na onda de migração rumo ao Acre, na Vila Gavião chegou uma família vinda do Espírito Santo que trouxera na bagagem uma pequena serraria manual conhecida como pica-pau e se instalou na vila ou km 47 como também era conhecida. A partir daí, todos que queriam ir ao km 47 ou na Vila Gavião, tinham como ponto de referência a serraria do capixaba. Com o passar do tempo todos começaram a chamar a antiga Vila de Vila Capixaba (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2016).

Foi elevada à categoria de município e distrito com a denominação de Capixaba, pela Lei Estadual nº 1.027, de 28-04-1992, alterado em seus limites pela Lei Estadual nº 1.062, de 09-12-1992, desmembrado de Rio Branco e Xapuri. Nos dias atuais, distante em média 85 Km da capital do Acre, Rio Branco, esta localizado Capixaba. Cidade pacata, onde a tranquilidade reina e dá a sensação de estarmos imunes a criminalidade e os efeitos negativos que se apresentam nas grandes regiões. A população do município é estimada de acordo com o IBGE em torno de 1.136 pessoas. Capixaba possui uma área de aproximadamente 1.702,581 km² (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS, 2016).

Figura 1 - Entrada do Município de Capixaba-AC



Fonte: Autoria Própria (2018)

1.2 Aspectos da comunidade

Capixaba é formada pela junção de cinco bairros, sendo eles: Centro, Conquista, Paraíso, Quixada Amorim e Loteamento Edsom Barbosa. O Sistema Educacional é composto por quatro Escolas, sendo as Municipais: Mundo Encantado – Ensino Infantil, Noélia Maria – Ensino Fundamental, Nair Sombra – Ensino Fundamental; e a Estadual. Argentina Pereira Feitosa – Ensino Fundamental e Médio.

A rede de segurança pública também trabalha de forma muito eficaz, e é composto por uma Delegacia de Polícia Civil e um posto de atendimento da Polícia Militar.

1.3 O sistema municipal de saúde

A Secretaria de Saúde esta localizada na Rua João Sombra - Centro - Capixaba, AC - CEP: 69931-000, o telefone pra contato é (68) 3234-1069, e esta sobre a direção de Edna Guimarães.

A Secretaria Municipal de Saúde tem como fundamental objetivo formular, regulamentar e coordenar a política municipal de saúde. Estando também sob sua responsabilidade as seguintes atividades: Assessorar e apoiar a organização dos sistemas locais de saúde, acompanhando e avaliando a situação da saúde e da prestação de serviços; Desenvolver políticas voltadas à saúde, de modo que atenda às necessidades da população; Prestar serviços de saúde através de unidades especializadas de vigilância sanitária e epidemiológica.

A rede de saúde é dividido por regionais, sendo a Zona Urbana composto pelo PSF Dr Luis Fernando Magalhães e Centro de Saúde Idelfonço Cordeiro, já na Zona Rural, realizam atendimentos o PSF Raimundo Lustosa e PSF Alcoolbras.

1.4 A Unidade de Saúde da Família (USF) Drº Luis Fernando Magalhães

No município de Capixaba existe somente uma unidade para cobrir toda a área urbana, ficando esta sobrecarregada para ofertar um suporte de maior qualidade à comunidade. A Unidade de Saúde da Família (USF) Drº Luis Fernando Magalhães, localiza-se na Av. Governador Edmundo Pinto S/N, no bairro Centro, Município de Capixaba/AC.

Trata-se de um local adaptado, que ainda não conta com todos os serviços que exige o Sistema Único de Saúde (SUS). No momento conta com uma sala de espera, um salão de recepção, sala de enfermagem, sala médica, sala odontológica, sala dos

Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sala de curativo, sala de nebulização, sala de triagem, sala de vacina que está fechada desde 2017, dispõe de dois banheiros para usuários, e outro que é para os funcionários da UBS.

A UBS conta com uma população de 3068 pessoas cadastradas segundo informações da data SUS com uma estimativa de 243 hipertensos cadastrados na UBS. A USF funciona de segunda a sexta-feira, das 07h00min às 17h00min horas.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde da Família Drº Luis Fernando Magalhães

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma recepcionista, uma pessoa que faz a limpeza da USF, uma dentista que trabalha apenas no período matutino, um atendente de saúde bucal, uma pessoa que faz as notificações de doenças compulsórias e sete ACS. A USF tem excesso de demanda espontânea o qual não me permite dedicar tempo a outros programas. A dificuldade encontrada é de não contar com nutricionista, vacinas e dentista que trabalhe todos os dias.

1.6 O dia a dia da equipe

A equipe atende a população por meio das seguintes atividades: visitas domiciliares de toda a equipe de saúde (exceto dentista); consultas médicas, consultas de enfermagem, consultas odontológicas, procedimentos de assistência de enfermagem na unidade e, se necessário no domicílio, reuniões de grupo somente Hiperdia, gestantes e puericultura, prevenção de câncer de colo uterino.

1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos principais problemas do município de Capixaba-Acre, que tem uma população de 3068 pacientes cadastrados e 243 pessoas estão diagnosticadas com a doença.

Outros problemas identificados são tabagismo e alcoolismo e drogas; sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis e gravidez na adolescência.

1.8 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

O Quadro abaixo apresenta a classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade de Saúde da Família Drº Luis Fernando Magalhães, município de Capixaba, Estado do Acre.

Quadro 1-Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde, Unidade de Saúde da Família Drº Luis Fernando Magalhães, município de Capixaba, Estado do Acre				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão Arterial	Alta	08	Parcial	01
Tabagismo e alcoolismo e drogas	Médio	05	Parcial	03
Sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis.	Alta	06	Parcial	04
Gravidez na adolescência.	Alta	07	Parcial	02

Fonte: Autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas degenerativas especificamente a HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. Esse não requer tecnologia sofisticada e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, medicamentos de baixo custo e poucos efeitos colaterais, comprovadamente e eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (RIBEIRO, COTTA, RIBEIRO, 2012).

A partir de 115 mmHg de pressão sistólica (PS) e de 75 mmHg de pressão diastólica (PD), o risco para eventos cardiovasculares aumenta de forma constante, dobrando a cada 20 mmHg no primeiro caso e a cada 10 mmHg no segundo caso (CHOBANIAN et al., 2003).

Os valores de 140 mmHg para a PS e de 90 para mmHg para PD, empregados para diagnóstico de HAS correspondem ao mesmo em que a duplicação de risco repercute de forma mais acentuada, pois já parte de riscos anteriores mais elevados (CHOBANIAN et al., 2003).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da USF é fundamental, pois o controle da Pressão Arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), problemas renais entre outros (BRASIL, 2013).

Esses fatores desencadeantes de outras doenças provocam ao indivíduo incapacidade e, ao mesmo tempo, descontrolam a funcionalidade da família provocando crises de desorganização no âmbito familiar. Influem na qualidade de vida populacional, na qualidade do sistema de saúde e incentiva a fazer um projeto de intervenção para melhorar a qualidade do atendimento na USF a esse grupo específico da população.

Portanto um projeto de intervenção que busque reduzir os fatores de risco para HAS para seus usuários, orientando-os sobre os hábitos e estilos de vida inadequados implicaria na melhoria da qualidade de vida, aumentaria o meio de vida desse grupo populacional, os anos de vida úteis na sociedade e de certa forma influiria economicamente ao diminuir os gastos por internações, medicamentos entre outros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Desenvolver e apresentar um projeto de intervenção que busque reduzir os fatores de risco para HAS para os usuários da Unidade de Saúde da Família Luis Fernando Magalhães, no Município de Capixaba-Acre.

3.2 Objetivos específicos

Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos;

Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular;

Promover a saúde dos hipertensos.

4 METODOLOGIA

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados SciELO (Scientific Eletronic Library On-Line), LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), e MEDLINE por meio dos seguintes descritores: Unidade Básica de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Saúde Preventiva.

Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Além da pesquisa bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES)/Estimativa rápida, conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Para tanto, foi realizada a sistematização da análise situacional, onde passos que constituem este plano de intervenção foram elaborados de acordo com os nós críticos identificados e seleção do problema prioritário.

Assim, este Projeto de Intervenção é uma atividade constituída a partir de uma problemática, identificada após levantamento epidemiológico, embasado em consultas aos sistemas de informação: SIAB, também com o Análise Situacional realizado pela Equipe Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no município de Capixaba-Acre.

As ações estarão em compatibilidade com o eixo pedagógico propostos pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A população alvo da intervenção são portadores de HAS residentes na área de abrangência da USF.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceito da Hipertensão Arterial

Hipertensão arterial (HA) é uma condição clínica associada a muitos fatores e *caracterizada pela* elevação da Pressão Arterial (PA) a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ou 90 mm Hg de diastólica, associadas frequentemente a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM) (MALACHIAS et al., 2016).

É uma patologia muito presente no dia a dia da população mundial, pois está intimamente relacionada com fatores de estilo de vida. Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados (HARBRON, 2002)

Neves; Burlá; Oigman (2013) descrevem que apesar do reconhecimento da HA como um problema de saúde pública, seu controle adequado está longe de ser obtido, isso porque a relação entre PA e risco de eventos cardiovasculares, como infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular encefálico e doença renal, é contínua e independente de outros fatores de risco. O diagnóstico da hipertensão é baseado em aferições múltiplas, realizadas em ocasiões independentes.

Vale ressaltar também que a HA apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Por ser uma doença em que causa grandes malefícios para pessoa que é acometida, o estudo que envolve os principais fatores que permeiam a temática são de grande necessidade, sendo assim, a seguir, será abordado a epidemiologia da HA.

5.2 Epidemiologia da HA

Já foi dito anteriormente os inúmeros malefícios que a HA vem desenvolvendo no organismo humano. O número de pessoas acometidas por esta patologia vem aumentando progressivamente, tendo em vista que se trata de uma doença que se manifesta nos indivíduos decorrente aos fatores de risco de suas próprias escolhas e estilo de vida, como veremos no próximo tópico (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Inúmeros estudos mostram que a HA sistêmica (HAS) é uma patologia que vem preocupando médicos e demais profissionais da área há muito tempo. “Numa revisão de estudos epidemiológicos de vários países publicada em 1988, as prevalências de hipertensão variaram de 1% em regiões rurais de alguns países africanos até aproximadamente 30% entre operários urbanos de São Paulo”. Outros estudos também relatam que pessoas que residem em regiões rurais, e até mesmo índios que possuem pouco contato com os “homens brancos” apresentam índices baixíssimos de hipertensão, tendo em vista que possuem uma rotina contínua de afazeres na própria tribo, e não consomem alimentos gordurosos e com alto teor de sal. No México foram encontradas uma prevalência de HA Sistêmica de 17,2% entre homens e 18,1% entre mulheres de 35 a 64 anos (OLMOS, LOTUFO, 2002).

Quando nos referimos ao início dos estudos no Brasil, Lessa (2001) descreve que no final da década de 1970 foram publicados os primeiros estudos brasileiros sobre epidemiologia da HA no Brasil. A partir de então, até os dias atuais, vários trabalhos foram apresentados em congressos e outras informações foram registradas em dissertações ou teses, sem que os autores tivessem se preocupado em divulgar os seus trabalhos.

Desde então, outros inúmeros estudos surgiram com o objetivo de investigar, identificar, prevenir e tratar os fatores de risco que venham a corroborar com a ascensão dos índices de pessoas acometidas pela HAS em todo o território (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Nos dias atuais, a HA esta intimamente relacionado com a mortalidade, isso porque, de acordo com o Ministério da Saúde:

No ano de 2010, as doenças cardiovasculares foram a segunda causa de internações em adultos no Brasil, superando as doenças do aparelho respiratório, que, desde a década de 1960, ocupavam essa posição. Em Salvador, em 2010, as doenças cardiovasculares foram à terceira causa de hospitalização em

adultos; internamente a esse grupo de doenças, destaca-se em primeiro lugar a insuficiência cardíaca, seguida da doença cerebrovascular e da doença isquêmica do coração (BRASIL, 2012).

O que vemos acima são números assustadores, tendo em vista que essa patologia, independente de sua forma mascarada e silenciosa de agir no organismo humano, esta intimamente relacionado com o estilo de vida e das potencializações dos fatores de risco, esses, serão vistos a seguir.

5.3 Fatores de risco

A HA está intimamente relacionada com fatores de estilo de vida, como: constante situações estressantes, falta de exercício físico e posterior sedentarismo, alimentação onde o sal esta fortemente presente, sobrepeso e consumo elevado de álcool (SILVA; SOUZA, 2004).

Como dito anteriormente, inúmeros são os fatores de risco que venham a contribuir e evoluir o caso patológico da HA; são por exemplo: Idade, Sexo e etnia, Fatores socioeconômicos, Alimentação com auto índice de sal, obesidade, excesso de álcool e sedentarismo (SILVA; SOUZA, 2004).

Abaixo será apresentada uma lista com o objetivo de exemplificar de forma objetiva, mas acima de tudo clara, os fatores de risco, com base em informações coletadas:

Idade: De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010), a PA aumenta linearmente com a idade, sendo a prevalência superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. Em indivíduos jovens esta se dá mais frequentemente pela elevação na pressão diastólica e a partir da sexta década pela elevação da pressão sistólica.

Como podemos perceber, ao desenvolver da vida, e ao passar dos anos, a PA vem apresentando uma ascensão emparelhada a idade do indivíduo, contudo, isso não significa dizer que todas as pessoas com idades elevadas serão acometidas por esta patologia necessariamente, tendo em vista que a mesma se refere a uma doença onde a soma dos fatores de risco e de um estilo de vida inadequado é primordial para posterior desenvolvimento da patologia (SILVA; SOUZA, 2004).

Gênero e etnia: Segundo a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a prevalência global de

hipertensão entre homens e mulheres indica que sexo não é um fator de risco para hipertensão. Estimativas sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até os 50 anos e para mulheres a partir da sexta década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca.

Podemos assimilar a informação dada acima, onde os homens apresentam um maior índice de prevalência de serem acometidos, pela HA, isso pode estar relacionado a inúmeros fatores, dentre eles, que homens consomem mais bebida alcoólica e levam uma vida consideravelmente mais agitada.

Fatores Socioeconômicos: A V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) descreve que o nível socioeconômico mais baixo está associado a maior prevalência de HA, além de maior risco de lesão em órgãos-alvo e problemas cardiovasculares.

Dentre os fatores que colaboraram para essa patologia no nível socioeconômico baixo, estão os hábitos como consumo de sal e ingestão de álcool, índice de massa corpórea aumentado, estresse psicossocial, menor acesso aos cuidados de saúde e nível educacional.

Ingestão de sal: De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) o excesso de consumo de sódio contribui para a ocorrência de HÁ, uma vez que a relação entre aumento da PA e avanço da idade é maior em populações com alta ingestão de sal.

Sendo assim, pode-se constatar que a ingestão de alimentos com excesso de sal é um dos grandes vilões quando se fala em HA. “Os alimentos "de risco", ricos em sódio e gorduras saturadas, por exemplo, devem ser evitados, ao passo que os "de proteção", ricos em fibras e potássio, são permitidos” (MILLEN et al, 2001).

Obesidade: O excesso de peso é um fator prejudicial a saúde em várias áreas distintas, desde a ingestão inadequada de alimentos que possam vim a causar malefícios ao sistema digestivo, até a aquisição de um maior nível de massa corporal, causando assim, o sobrepeso e a obesidade.

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens, mas apesar do ganho de peso estar fortemente associado com o aumento da pressão arterial, nem todos os indivíduos obesos tornam-se hipertensos V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Percebe-se que a obesidade é um fator que vem a acarretar prejuízos à vida e a saúde humana, sendo assim, conscientiza-se os usuários da rede de saúde, principalmente os de idade mais avançada, da importância que é a ingestão de alimentos saudáveis, e não gordurosos (OLMOS, LOTUFO, 2002).

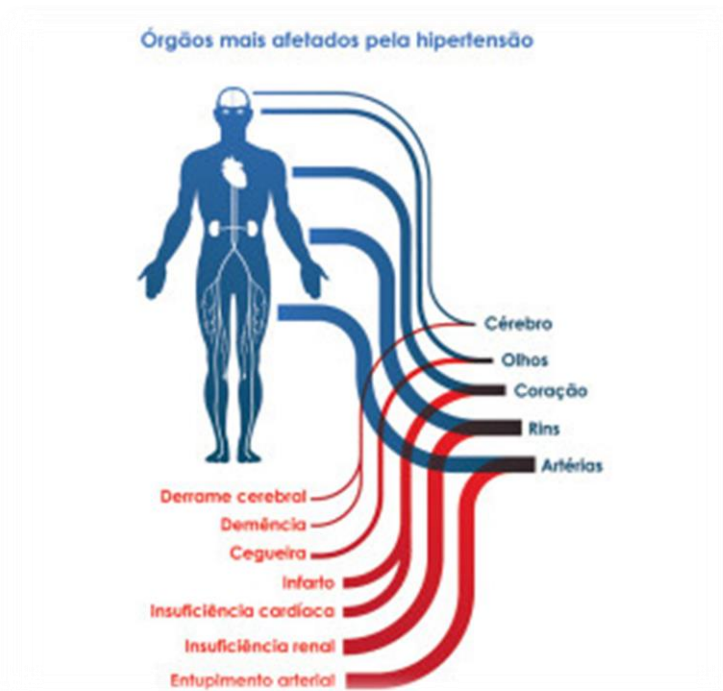
Álcool: A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo e o consumo elevado de bebidas alcoólicas como cerveja, vinho e destilados pode aumentar a PA (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007; VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010), outro fator que vem a corroborar também com o alto índice de hipertenso do sexo masculino, também esta relacionada ao consumo de álcool, tendo em vista que os homens consomem com maior frequência e maior quantidade bebidas alcoólicas.

Sedentarismo: De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007) e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) o sedentarismo aumenta a incidência de HA, com um risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos e a atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de Doenças Cárdio Vasculares.

5.4 Consequências

Quando nos referimos à HAS, esta patologia em si já amedronta a pessoa que é acometida, uma vez que inúmeros são os malefícios, consequências e comorbidades que são resultados da taxa elevada dos níveis de PA. A HA podem causar inúmeros outros malefícios ao organismo humano, como por exemplo: lesões renais causadas pela atrofia dos rins, ocasionando insuficiência renal, enfarte e espessamento do miocárdio, podendo desenvolver insuficiência cardíaca e fluxo sanguíneo insuficiente (OLMOS, LOTUFO, 2002).

Figura 2 – Órgãos mais afetados pela hipertensão



Fonte: Delimitador (2016)

Podemos ver na figura acima que a HA atinge vários órgãos do corpo humano, trazendo malefícios e prejuízos a saúde da pessoa que é acometida por esta patologia, a seguir, será exemplificado de forma sucinta e objetiva, a forma com que a mesma age em cada um desses órgãos.

5.4.1 Lesões no coração

Quanto maior for a tensão arterial, mais o coração tem de trabalhar, (p.ex. o ventrículo) para bombear o sangue para a artéria principal (aorta). O músculo cardíaco tem que se adaptar a este stress crescente ao longo do tempo, e engrossa. Além do espessamento das fibras do músculo cardíaco (hipertrofia do músculo cardíaco), o tecido conjuntivo entre as fibras musculares desenvolve-se. É o chamado "coração hipertenso" (MAESTRO SAÚDE, 2017).

Dentre outros malefícios e comorbidades que podemos entender por resultado da HAS, estão a arritmia cardíaca, ou seja, distúrbio do ritmo inadequado do coração, e o endurecimento das artérias, denominado arteriosclerose.

5.4.2 Lesões no cérebro

A hipertensão é o fator de risco mais importante para os ataques cardíacos. Comparando com pessoas com PA normal, o risco de ter um ataque aumenta 3-4

vezes para os pacientes com PA alta, sendo que 80% dos ataques devem-se a uma oclusão da veia e 20% em hemorragia cerebral. Em cerca de um terço dos casos, a perigosa oclusão de uma artéria cerebral ocorre devido a um coágulo de sangue que arrebenta a parede calcificada da artéria no interior de uma artéria carótida ou na aorta (MAESTRO SAÚDE, 2017).

Outro problema também, é que decorrente do fluxo sanguíneo insuficiente, que venha a afetar as pequenas veias, desenvolve uma baixa produção e fornecimento de oxigênio e nutrientes necessários para um bom funcionamento cerebral, o que pode vir a acarretar uma prematura deterioração mental (demência vascular) (OLMOS, LOTUFO, 2002).

5.4.3 Lesões nos rins

Em caso de lesões renais, a regulação do equilíbrio dos fluídos é comprometida e os resíduos metabólicos acumulam-se no organismo. Isto é conhecido como insuficiência renal. Além disso, devido às lesões no sistema de filtragem, os rins deixam de conservar substâncias, como por exemplo certas proteínas (albumina), que também são importantes para o corpo. Consequentemente, elas são cada vez mais excretadas através da urina (micro albumúria e/ou macro albuminúria/proteinúria) (MAESTRO SAÚDE, 2017, p.32).

A deterioração do fluxo sanguíneo renal não só prejudica a função excretória dos rins, mas também ativa a tensão arterial, a regulação (hipertensos) do sistema hormonal nos tecidos dos rins, o sistema renina-angiotensina-aldosterona que, por sua vez, leva a um aumento da tensão arterial. Não tratadas, estas alterações podem conduzir a insuficiência renal crônica e mesmo falha renal.

5.5 Prevenção e tratamento

Como dito inúmeras vezes, a HA sistêmica é uma patologia extremamente traiçoeira, isso porque, refere-se a uma patologia, que em sua maioria das vezes, se manifesta e apresenta-se de forma silenciosa, demonstrando seus sintomas apenas quando se trata de um caso agravado.

Tendo em vista que se trata de uma patologia que acomete o indivíduo de acordo com seu estilo de vida, a prevenção sempre se dará em forma de alimentação adequada e saudável (evitar excesso de ingestão de alimentos gordurosos e excesso de álcool), pouco consumo de bebidas alcoólicas, exercício físico, entre outras

práticas que visem uma melhoria na qualidade de vida. Esses aspectos podem tanto ser considerados fatores de prevenção com o objetivo de prevenir a HA, como também de tratamentos não medicamentosos para pacientes que se encontram em níveis iniciais desta patologia (OLMOS, LOTUFO, 2002).

A prevenção primária da elevação da PA pode ser obtida através de mudanças no estilo de vida, que incluam o controle do peso, da ingestão excessiva de álcool e sal, do hábito de fumar e da prática de atividade física (OLIVEIRA, 2011. apud LOPES, MORAES, 2011).

Vale ressaltar também que a HA possui fator genético, sendo assim, se o indivíduo possui na família um histórico anterior de hipertensão, deve estar ainda mais atento as medidas de prevenção.

Outro fator importante a ser citado aqui, é o aspecto de envelhecimento, isso porque, essa condição biológica do ser humano é fator de risco, desta forma, conseqüentemente com o passar dos anos a PA do indivíduo tende a sofrer uma ascensão.

Contudo, o aumento da PA com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento é a maneira mais eficiente de combater a HA, evitando as dificuldades e o elevado custo social do tratamento e de suas complicações (LOPES, MORAES. 201, p. 41.).

Quando a HA sistêmica se encontra em um nível elevado, ou seja, onde os tratamentos sem medicação não são suficientes para remissão dos sintomas, inicia-se o tratamento medicamentoso, ou seja, o médico responsável pelo paciente, indica os medicamentos a serem tomados. Segundo a Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: HA sistêmica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), os remédios são escolhidos de acordo com a classificação de risco da doença, podendo ser divididos em: DIURÉTICOS TIAZÍDICOS (Clortalidona, Hidroclorotiazida e Indapamida); DIURÉTICOS DE ALÇA (Furosemida e Bumetanida); DIURÉTICOS POUPADORES DE POTÁSSIO (Espironolactona e Amilorida); INIBIDORES ADRENÉRGICOS (Metildopa, Clonidina, Carvedilol, Propranolol e Doxazosina); BLOQUEADORES DOS CANAIS DE CÁLCIO (Diltiazem e Verapamil) e INIBIDORES DA ECA: (Captopril e Enalapril).

Durante a indicação dos medicamentos, o médico deve alertar para inúmeros fatores que envolvem o processo de tratamento, como por exemplo, frisar a

importância de toma-los de forma correta, todos os dias e nos horários indicados. Deve-se trabalhar também, a ideia de que a HAS não tem cura, ou seja, que infelizmente, é um tratamento que durará toda a vida da pessoa que é acometida.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado "Alta prevalência de HAS" na comunidade adstrita à equipe de Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no município de Capixaba-Acre, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Tendo em vista que o principal problema em nossa área de abrangência é a incidência de HAS, torna-se necessário conhecer quais os fatores de risco que estão atingindo a população da UBS Luis Fernando Magalhães Capixaba que tem uma população de 3.000 pacientes 322 estão com o diagnóstico de HA.

Considerando que deve haver um sub registro, sabendo que esta doença muitas vezes desenvolve de forma silenciosa, na UBS observa-se um alto índice de hipertensos e um grande número de pessoas com fatores de risco sendo um dos principais motivos para abordar esse tema.

No Brasil as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essa doença foi a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% aquelas com 60 ou mais anos (PASSOS; ASSIST; BARRETO, 2006).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), nessa etapa o objetivo é entender a formação do problema que queremos enfrentar identificando suas causas, pois é comum a causa de um problema ser consequência de uma série de problemas.

A PA se eleva por vários motivos, e diversos fatores podem influenciar na HA como: Obesidade; Diabetes; Tabagismo; Excesso de gordura no sangue e Sedentarismo e que na Unidade de Saúde da Família Luis Fernando Magalhães, no Município de Capixaba-Acre é necessário se desenvolver um projeto de intervenção que busque reduzir os fatores de risco para HAS para seus usuários, orientando-os sobre os hábitos e estilos de vida inadequados

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A identificação das causas é fundamental, visto que para enfrentar um problema é necessário atacar as causas. Ao analisar as causas de um problema é preciso se capaz de identificar, entre as causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para realizar está análise, usamos o conceito de “nó crítico”, que é uma causa do problema que quando atingido é capaz de atuar no problema principal e efetivamente transformá-lo. Ele ilumina algo que possa intervir, ou seja que está dentro do espaço das variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementação do plano de ação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O “nó crítico” relacionado ao problema “Alta prevalência de HAS” na comunidade adstrita à equipe de Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no município de Capixaba-Acre refere-se ao hábitos e estilos de vida inadequados dos usuários.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

As operações para o “nó crítico” hábitos e estilos de vida inadequados dos usuários, relacionado ao problema “Alta prevalência de HAS” na comunidade adstrita à equipe de Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no município de Capixaba-Acre, serão detalhadas no Quadro 2, a seguir.

Quadro 2: Ações sobre o "nó crítico" Hábito e estilo de vida inadequados, relacionado ao problema priorizado "alta prevalência de HAS" na comunidade adstrita à equipe de Saúde da USF Luis Fernando Magalhães no Município de Capixaba-Acre

Nó crítico	Hábitos e estilos de vida inadequados da população
Operação (operações)	Capacitar a população acerca da importância da modificação dos hábitos e estilos de vida.
Projeto	Mais saúde
Resultados esperados	População consciente sobre os benefícios da modificação dos hábitos e estilos de vida. Diminuição do índice de obesos, tabagistas e sedentários.
Produtos esperados	Usuários com conhecimento acerca de hábitos e estilos de vida adequados; Implantação de um programa de caminhada orientada.
Recursos necessários	Estrutural: profissional para realizar as atividades educativas. Cognitivo: Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Financeiro: Aquisição de recursos audiovisuais e folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores de saúde e adesão dos profissionais.
Recursos críticos	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de informação pedagógica. Político: Conseguir espaço na rádio local. Financeiro: Articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos	Equipe de saúde da família Motivação: favorável
Ações estratégicas	Educação em saúde.
Prazo	Início em 6 meses e término em 12 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira e coordenador em saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A enfermeira e o médico irão fazer a avaliação após 6 meses do início do projeto.

Fonte: Autoria própria (2018)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde pública nos dias atuais é uma área que infelizmente não está recebendo a atenção necessária, a cada dia que passa, mais e mais pessoas são acometidas por inúmeras patologias, sejam essas de caráter genético, infecciosos, ou no presente caso, resultado de escolhas e estilo de vida errôneos.

Silenciosa, traiçoeira e mortal, assim é caracterizada a HA, uma doença que está em grande crescimento quando nos referimos a quantidade de pessoas que são acometidas pela mesma, que está longe de ser combatida.

Diz o ditado, muito sábio por sinal, que prevenir é melhor do que remediar, e no caso da HAS, trata-se da mais pura verdade, tendo em vista que os maiores fatores de riscos são opções e escolhas inadequadas que fazemos, como consumir alimentos gordurosos e com muito sal, ou fazer uso de bebidas alcoólicas.

Alerta-se aqui, a importância de tratamentos a nível primário, conscientizando da importância de prevenir e evitar os fatores de risco que venham a potencializar os efeitos e sintomas dessa doença em nosso organismo. E é claro, a rede pública de saúde deve trabalhar, com o objetivo de ofertar um trabalho que atue em todos os níveis de atendimento, com relevância no nível primário de prevenção, trabalhando para conscientizar a população da importância de manter hábitos saudáveis e de controle dos sintomas.

Desta forma, conclui-se aqui, defendendo a ideia de que a HAS é uma patologia que independente de sua forma silenciosa de se apresentar, é extremamente perigosa, e deve ser combatida com todos os esforços, que vão desde educação a saúde, como também, tratamentos posteriores.

Espera-se que a implantação dessa proposta de intervenção possa tornar os usuários com conhecimento acerca de hábitos e estilos de vida adequados e mais conscientes sobre os benefícios da modificação desses hábitos prevenindo novos casos e reduzindo o número de hipertensos assistidos pela equipe.

REFERENCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde. (DeCS)**. Brasília, [online] 2017. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 18/07/2018

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise da Situação de Saúde**. Departamento de Informática do SUS [Internet]. Mortalidade: Brasil. 2012. Disponível em: <<<http://www7.bahiana.edu.br/jspui/bitstream/bahiana/218/1/revista%20de%20hipertensao-2014-3-4-artigo%20de%20AVC.pdf>>> Acesso: 18/07/2018

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CHOBANIAN, A.V.; BAKRIS, G.L.; BLACK, H.R.; CUSHMAN, W.C.; GREEN, L.A.; IZZO JUNIOR, J.L.; JONES, D.W.; MATERSON, B.J.; OPARIL, S.; WRIGHT JUNIOR, J.T.; ROCCELLA, E.J. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. **Hypertension**, Dallas, v.42, p.1206-52, 2003

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE MUNICÍPIOS. CNM. **Dados Gerais, Capixaba-Ac**. 2016. Disponível em: <<<https://www.cnm.org.br/municipios/registros/100112/100112005>. Acesso: 07/07/2018>>

HARBRON E. Medical and complementary. **Nurs Times**; 98:32-4, 2002.

LESSA, I. Epidemiologia da HA sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens**, vol. 8, n. 4, p. 383-92, 2001.

LOPES, L.O.; MORAES E.D. **Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial**. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idxvol_10_1339682941.pdf. Acesso em 25/07/2018.

MILLEN B.E.; QUATROMONI P.A.; COPENHAFFER D.L.; DEMISSIE S.; O'HORO C.E.; D'AGOSTINO R.B. Validation of a dietary pattern approach for evaluating nutritional risk: the Framingham Nutrition Studies. **J Am Diet Assoc**, v. 101, n. 2, p.187-94, 2001.

MAESTRO SAÚDE. **Possíveis lesões no coração causadas pela hipertensão.** 2017. Disponível em: http://tensoval.pt/possiveis_lesoes_%20no_coracao.php. Acesso: 17/07/2018

MALACHIAS M.V.B., SOUZA W.K.S.B., PLAVNIK F.L., RODRIGUES C.I.S., BRANDÃO A.A., NEVES M.F.T., et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** v. 107, n. 3 (Supl.3), p.1-83, 2016.

NEVES, M.F.; BURLÁ A.K. OIGMAN, W. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Moreira Jr Editora 2013 Disponível em: <<http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3194&fase=imprime>> Acesso: 17/07/2018

O DELIMITADOR. **Pressão alta ou Hipertensão Arterial.** 2016. Disponível em: <<<http://odelimitador.com/index.php/2016/07/28/pressaoalta/>>> Acesso: 18/07/2018

OLMOS R.D.; LOTUFO P.A. Epidemiologia da Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil e no mundo. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v.9, p.21-23, 2002.

PASSOS V.M.A.; ASSIS T.D.; BARRETO S.M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 1, p. 35-45, mar. 2006.

RADOVANOVIC C.A.T.; SANTOS L.A.; CARVALHO M.D.B.; MARCON S.S. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.4, p. 547-53, jul.- ago. 2014.

RIBEIRO A.G.; COTTA R.M.M.; RIBEIRO S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 7-17, Jan. 2012.

SILVA J.L.L.; SOUZA S.L. Fatores de risco para Hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 89, n. 3, p. e24-e79, Sept. 2007.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010.