

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

MÁRCIO RICARDO MARTINS

**PLANO DE CUIDADOS CONTINUADOS E PREVENÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EM
UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL**

MONTES CLAROS-MG
2018

MÁRCIO RICARDO MARTINS

**PLANO DE CUIDADOS CONTINUADOS E PREVENÇÃO DAS
COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, EM
UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DA ZONA RURAL**

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

Orientadora: Professor(a) Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

**MONTES CLAROS-MG
2018**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a cidade de Rubelita, a região de Amparo do Sítio, principalmente, aos hipertensos moradores da zona rural.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e amor infinito, as tutoras Tayllany Zimmerer Silveira e Ayla Norma Ferreira Matos pelo apoio dedicação e tempo, a equipe de saúde e a comunidade Amparo do Sítio pela oportunidade de trabalho, e a todos que colaboraram para a execução do trabalho de conclusão de curso.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica comum na população. Na zona rural, o tratamento, os cuidados e a prevenção das complicações são difíceis. Os pacientes hipertensos de zona rural enfrentam dificuldades de acesso a informação ainda maiores que os da área urbana. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção buscando os cuidados continuados e a prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, na população adscrita da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, na zona rural do município Rubelita, estado de Minas Gerais. Foi realizada a revisão da literatura, visando subsidiar a elaboração do projeto de intervenção. Buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde, por meio das bases de dados do Scientific Electronic Library Online, artigos e Trabalhos de Conclusão de Curso, utilizando como palavras chaves para a busca de artigos, pressão arterial, hipertensão, Estratégia Saúde da Família, zona rural. Os artigos foram publicados no período de 2001 a 2016 e, a seleção dos artigos ocorreu no período de janeiro a abril de 2018. Após a revisão foi elaborado um plano de intervenção, a partir do diagnóstico da realidade local, utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional simplificado. As principais propostas foram de ampliar a informação sobre a doença, estabelecer hábitos de vida saudáveis para a população e fortalecer as ações de educação em saúde dos profissionais. Concluiu-se que o plano de intervenção proposto é viável e necessário, visando atuar na prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e na promoção da saúde. Considerando a realidade de uma Unidade Saúde da Família na zona rural, planejar estratégias e monitorar é fundamental para vencer os desafios.

Palavras-chave: Pressão arterial. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família. Zona Rural.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a common chronic disease in the population. In rural areas, treatment, care and prevention of complications are difficult. Hypertensive patients in rural areas face difficulties in accessing information that is even greater than in urban areas. The objective of this work is to elaborate an intervention project seeking the continued care and prevention of complications of Systemic Arterial Hypertension in the attached population of the Health Team of the Vanguarda III Family, in the rural area of the municipality Rubelita, state of Minas Gerais. The literature review was carried out, aiming to subsidize the preparation of the intervention project. The Virtual Health Library was searched through the databases of the Scientific Electronic Library Online, articles and Conclusion Works, using key words to search for articles, blood pressure, hypertension, Family Health Strategy, zone rural. The articles were published in the period from 2001 to 2016, and the selection of the articles occurred from January to April 2018. After the review an intervention plan was drawn up, based on the local reality diagnosis, using the Strategic Planning method Situational simplified. The main proposals were to expand information on the disease, establish healthy living habits for the population and strengthen health education actions of professionals. It was concluded that the proposed intervention plan is feasible and necessary, aiming to act in the prevention of complications of Systemic Arterial Hypertension and in health promotion. Considering the reality of a Family Health Unit in the rural area, planning strategies and monitoring is key to meeting the challenges.

Key words: Blood pressure. Hypertension. Family Health Strategy. Countryside.

“Tudo posso naquele que me fortalece.”
(Filipenses 4:13)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DAP	Doença Arterial Periférica
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DRC	Doença Renal Crônica
EAP	Edema Agudo Pulmão
FR	Fator de Risco
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IC	Insuficiência Cardíaca
IMC	Índice de Massa Corporal
MG	Minas Gerais
NOAS-SUS	Norma Operacional da Assistência à Saúde/Sistema Único de Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
RFG	Ritmo Filtração Glomerular
RVP	Resistencia Vascular Periférica
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SP	São Paulo
USF	Unidade Saúde da Família
WHO	World Health Organization

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Amparo do Sítio, Unidade Básica de Saúde Vanguarda II, município de Rubelita, estado de Minas Gerais 14

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1- Estilos de vida inadequados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais 27

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2 - Processo de trabalho inadequado da equipe”, da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais.28

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3 - Falta de informações sobre as doenças”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Breves informações sobre o município de Rubelita	12
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A equipe de saúde da família amparo do sítio, seu território e sua população.	12
1.4 Estimativa rápida: problemas do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	14
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Hipertensão arterial sistêmica.....	20
5.2 Prevenção da HAS	21
5.3 Tratamento medicamentoso da HAS	22
5.4 Fatores de risco para HAS.....	23
5.5 Complicações da HAS	24
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	27
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Rubelita

Rubelita é um município brasileiro do estado de Minas Gerais (MG). Está localizado na mesorregião do Norte de Minas e microrregião de Salinas. Compõe com outros municípios da região o Alto Rio Pardo. É uma cidade considerada pequena e sem crescimento populacional, com pouca distribuição de renda, baixo nível de desenvolvimento humano. A principal fonte de renda é a agricultura familiar juntamente com o agronegócio. A prefeitura é a principal fornecedora de cargos e capital para a linha de comércio na cidade.

A seguir algumas informações sobre o município:

Área	1 109,229 km ²
População	6 937 hab. estimativa
Densidade	6,25 hab./km ²
Altitude	940 m (Chap. da Pindora)
Clima	Semiárido
Fuso horário	UTC-3

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (2009).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde é composto por uma autarquia, secretaria de saúde, coordenadora da atenção primária. Na cidade existe um Centro de Saúde e uma USF e, três Unidades Saúde da Família (USF) na zona rural, do município. Disponibiliza serviços de laboratório, fonoaudiólogo, nutrição, psicologia. Atendimentos com profissionais especializados nas áreas de pediatria, ortopedia, ginecologia, neurologia a cada quinze dias. Encaminhamentos para serviços de média e alta complexidade para as cidades de referência, Salinas e Montes Claros. Há atendimento de urgência e emergência noturno no centro de saúde.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Amparo do Sitio, seu território e sua população.

Amparo do Sitio é uma comunidade de cerca de 1500 pessoas, localizada na zona rural de Rubelita-MG. A agricultura familiar de subsistência é a principal renda para a comunidade. A população empregada vive basicamente do trabalho rural, plantio de forrageiras e de mandiocais. É grande o número de desempregados e subempregados.

A Unidade foi inaugurada aproximadamente há 10 anos e está situada na zona rural. Sua infraestrutura pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (1500 pessoas), o espaço físico é muito bem aproveitado. A distribuição das pessoas na área de abrangência é assimétrica, sendo poucas pessoas e grandes espaços de distância da unidade. A maioria dos atendimentos são no horário da manhã, famosa demanda espontânea, horário corrido de 8 horas dia.

A estrutura de saneamento básico na comunidade, deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo e outros).

Existem várias iniciativas de trabalho na comunidade por parte da Igreja, Secretaria de Cultura, Esporte e Saúde. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães.

A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Em Amparo do Sitio, trabalham uma equipe de saúde da família e uma equipe de saúde bucal.

A equipe é composta por um médico, uma enfermeira, cinco agentes, uma técnica, duas ajudantes de serviços gerais e um motorista. O território é localizado a 40 km do centro da cidade de Rubelita.

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades administrativas, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Sendo que os atendimentos médicos e odontológicos são realizados em horário corrido 8 às 14h. Isso devido a distância e ser uma ESF de zona rural.

O tempo da Equipe Amparo do Sitio está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas e visitas domiciliares. A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho tem sido motivo de alguns conflitos entre os membros da equipe.

1.4 Estimativa rápida: problemas do território e da comunidade (primeiro passo)

A equipe realizou ao diagnóstico situacional da sua área de abrangência para levantar as informações do território foi utilizado o método da estimativa rápida. Este método segundo Faria; Campos e Santos (2010, p.35)

[...] constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo planejamento participativo.

Os problemas mais encontrados são hipertensão arterial e suas complicações, diabéticos sem controle e alterações do humor e afeto, falta de medicamentos e má adesão ao tratamento, dificuldades no transporte sucateado e estradas ruins, ausência de rede esgoto. A água é tratada, mas é de má qualidade.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Os critérios preconizados pelo Módulo de Planejamento, Avaliação e Programação em Saúde de autoria de Faria, Campos e Santos (2010), foram utilizados para priorização, dos problemas ou seja, a importância do problema. Esta, por sua vez, pode ser alta, média ou baixa, sua urgência (o total dos pontos distribuídos vai até 30). Foram avaliados também, a capacidade de enfrentamento do problema pela própria equipe, a sua viabilidade e os recursos de que dispõe., conforme pode ser observado no quadro abaixo.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Amparo do Sítio, Unidade Básica de Saúde Vanguarda II, município de Rubelita, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Hipertensão arterial e suas complicações	Alta	10	Parcial	1
Diabetes descontrolado	Alta	10	Parcial	2
Dificuldades no transporte sucateado	Média	5	Fora	3

Distúrbios humor e ansiedade	Média	5	Parcial	3
Falta de rede esgoto	Baixa	2	Fora	3
Estradas ruins	Média	5	Fora	3
Falta de medicamentos e má adesão ao tratamento.	Alta		Parcial	3

Fonte: adaptação do quadro do Módulo de Planejamento, avaliação e programação em saúde (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O problema priorizado para a realização do projeto de intervenção foi a “hipertensão arterial e suas complicações” no território da Unidade Básica de Saúde Vanguarda III, município de Rubelita, estado de Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi realizado para conclusão do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado da Saúde da Família. O problema priorizado foi a Hipertensão arterial e suas complicações. Observamos que na zona rural as dificuldades para tratamento são acentuadas, quer seja pela distância ou por falta de transporte ou mesmo pela falta de adesão ao tratamento e as orientações médicas e da enfermagem e também pela falta de conhecimento sobre a doença. Como é do nosso conhecimento que a hipertensão é um fator de risco para doenças cardiovasculares, aumento de internações, licenças médicas e gastos com medicamentos. Diante deste fato a equipe decidiu elaborar um projeto de intervenção que possibilitasse o controle da hipertensão e diminuição das complicações na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vanguarda III.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia relata que a HAS é uma doença de causas diversas, podendo ser diagnosticada através da aferição da Pressão Arterial (PA), observando níveis elevados da mesma. A HAS está ligada a outras doenças, sendo essas consideradas complicações. Essas doenças afetam órgão vitais do nosso organismo, sendo o coração, os rins e o cérebro mais frequentemente acometidos. Dentre essas complicações podemos citar como principais exemplos o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Doença Renal Crônica (DRC) também conhecida como Insuficiência Renal Crônica (IRC), e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) (SBC, 2010).

Alguns estudos feitos no Brasil mostraram que a prevalência da HAS varia de acordo a classe econômica também. Na cidade de São José do Ribeião Preto foram encontrados resultados com porcentagens entre 22% e 44% de acordo o nível de vida baixo, médio e alto. Considerando esta prevalência, é uma doença comum no nosso meio. Portanto, justifica-se a realização deste estudo, buscando um plano de ações para prevenção da HAS e suas complicações (CESARINO et al., 2008).

Existem dados no Sistema Único de Saúde (SUS) que mostram que as doenças e complicações decorrentes da HAS matam mais de 17 milhões de pessoas no país, sendo que 18% dessas mortes ocorreram em indivíduos com menos de 60 anos. O SUS ainda mostra que, esse número de 17 milhões tende a aumentar cerca de 40% até o ano de 2030. Com esses dados nota-se que a HAS e suas complicações é uma doença perigosa. Tem elevado custo para o SUS, uma vez que para o tratamento principalmente de suas complicações é gerado um alto custo com mão de obra qualificada, exames de alta complexidade, sem falar da alta taxa de morbidade causada nas pessoas afetadas, deixando de gerar renda para o país (MENDIS; PUSKA; NORRVING, 2011).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção buscando os cuidados continuados e a prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica, na população adscrita da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, na zona rural do município Rubelita, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar na literatura dados sobre a prevalência e incidência da HAS;
- Discutir a importância de conscientizar a população sobre os fatores de risco da HAS e suas complicações;
- Identificar formas de prevenção da HAS e de suas complicações.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foram realizadas reuniões com a equipe, acompanhamento da rotina de trabalho na ESF sobre os principais problemas acerca do manejo dos pacientes hipertensos. Por meio de práticas educativas, pesquisa de dados em meios eletrônicos e documentos da Secretaria de Saúde, por meio da estimativa rápida, foi elaborado um diagnóstico situacional visando o levantamento dos problemas para subsidiar um plano de intervenção.

Foi realizado a revisão da literatura, sobre o tema para a elaboração do referencial teórico. Buscou-se na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio das bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SCIELO), artigos e TCC, descrever a HAS e suas complicações, utilizando como palavras chaves para a busca de artigos, pressão arterial, hipertensão, Estratégia Saúde da Família, zona rural. Os artigos foram publicados no período de 2001 a 2016 e, a seleção dos artigos ocorreu no período de janeiro a abril de 2018.

Foram utilizados os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para elaboração do plano, de acordo o Módulo de Planejamento, Avaliação e Programação em Saúde de autoria de Faria; Campos; Santos (2010). O PES consta de dez passos, a saber:

1. Primeiro passo: Diagnóstico situacional utilizando a Estimativa Rápida que deve, além de identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência, produzir informações que permitam conhecer as causas e as consequências do problema.
2. Segundo passo: priorização de problemas. Após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).
3. Terceiro passo: descrição do problema selecionado. A identificação e priorização dos problemas não são suficientes para que se possam definir as intervenções na perspectiva de solucioná-los. É preciso avançar mais na compreensão ou explicação de cada problema, caracterizá-lo e descrevê-lo melhor.
4. Quarto passo: explicação do problema. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas. Importância do passo e resgate de conceitos fundamentais.
5. Quinto passo: seleção dos “nós críticos”. A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”.

6. Sexto passo: desenho das operações. Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.
7. Sétimo passo: identificação dos recursos críticos. O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas.
8. Oitavo passo: análise de viabilidade do plano. A ideia central que preside esse passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para a execução do seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.
9. Nono passo: elaboração do plano operativo. O objetivo desse passo é designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definir os prazos para a execução das operações.
10. Décimo passo: gestão do plano. Neste passo, vai desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano, e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A medida que acontece o desenvolvimento científico e tecnológico observamos que a expectativa de vida aumenta cada vez mais, isso ocorre devido a diminuição das doenças infecto contagiosas, mas por outro lado as doenças chamadas crônico degenerativas como a HAS tendem a aumentar. Observa-se que a tendência é que aumente a prevalência do número de óbitos por doenças crônico degenerativas principalmente em países de primeiro mundo onde as doenças infecto contagiosas tem maior controle (FAVA et al., 2006).

Existe um dado no Brasil que evidencia que de acordo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016) haviam mais de 35 milhões de hipertensos, sendo que a maior parte, mais de 50% acometem os idosos. Isso mostra que boa parte dos óbitos são causados por essa doença. A HAS juntamente com suas principais complicações que são o AVE, o IAM, a DRC, deixam para o país um déficit de mais de 4 bilhões de dólares ligados diretamente a diminuição da produtividade no setor trabalhista, e diminuição da renda familiar (SBC, 2016).

Na fisiopatologia da HAS encontramos alterações metabólicas que levam a distúrbios fisiopatológicos em chamados órgãos-alvos, esses distúrbios pioram quando além da HAS encontramos, os chamados Fatores de Risco (FR). Os mais comuns são a obesidade, sedentarismo, aumento do colesterol, Diabetes Melitos (DM), ingesta de sódio em excesso (SBC, 2016).

O que acontece na maioria das vezes é que o indivíduo portador de HAS não nota a doença inicialmente, chamada de doença silenciosa por muitas vezes as pessoas só percebem a doença quando existe sinais de complicações da mesma. Atualmente a HAS é uma doença que acomete tanto indivíduos jovens quanto idosos (ROSA et al., 2006).

A HAS é a segunda causa de DRC, perdendo apenas para a DM. A HAS é responsável por cerca de 27,5% dos casos de IRC. Considerando que a doença tende a aumentar com o desenvolvimento técnico científico da população, os índices de pacientes terminais também tendem a subir (ROSA; TAVARES; RIBEIRO, 2007).

Observando o aumento da prevalência da HAS no decorrer do tempo, cabe a Atenção Primária da Saúde (APS) atuar na prevenção e tratamento da doença, a fim de evitar as suas complicações. Dentre as complicações, a renal é assintomática, e para seu controle é necessário o controle e tratamento da HAS, com medicamentos e exames de função renal, como os de ureia e creatinina (FERREIRA; ROCHA; SARAIVA, 2005).

A HAS pode ser diagnosticada através da aferição da PA. É considerada HAS níveis a partir de 140x90 mmHg. Ela também é classificada de acordo os níveis de PA sustentados, podendo ser de estágio 1, 2, ou 3. Sempre considerar a maior pressão, por exemplo: PA de 150x80mmHg, a pressão diastólica está dentro da normalidade, mas a pressão sistólica está acima do considerado normal, logo devemos pegar como referência a pressão sistólica sendo classificada nesse exemplo como nível de HAS estágio 1 (SBC, 2016).

5.2 Prevenção da HAS

No ano de 1994, o Ministério da Saúde implantou o Programa Saúde da Família (PSF), com objetivo de reorganizar a prática assistencial a partir da atenção básica. A dinâmica proposta pelo referido programa é centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permitindo a identificação mais precoce da doença (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

A priorização do cuidado aos hipertensos é orientado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS 01/2001), que estabelece entre as responsabilidades dos municípios, estão as ações estratégicas de saúde, entre elas a prevenção, controle e tratamento de suas complicações (BAPTISTA; MARCON; SOUZA, 2008).

A prevenção da HAS sempre será a melhor escolha para evitar as complicações geradas pela doença. A prevenção nada mais é que manter estilos de vida que ofereçam dietas saudáveis, atividades físicas, lazer, bem estar, cuidado continuado na aferição da PA, quanto mais cedo descobrir o problema mais fácil é tratar e logo prevenir suas complicações. Sua prevenção também significa economia uma vez que vai gerar menos comorbidades na população. Assim, a Atenção Básica a Saúde (ABS) tem papel importante no sentido da implementação do cuidado integral à doença, considerando principalmente as ações desenvolvidas na Estratégia Saúde da Família (ESF) (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Medidas não-medicamentosas e mudanças de estilo de vida previnem o aparecimento da HAS, ajudam no controle da PA de indivíduos com PA limítrofe, bem como diminui a mortalidade cardiovascular. Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendados na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe (RAINFORTH et al., 2007).

Uma boa alimentação, a diminuição do consumo de sal, álcool e açúcar, combate ao sedentarismo através de atividades físicas, a ausência de vícios com tabaco e drogas são medidas não medicamentosas e preventivas para o controle da PA. A incorporação de hábitos

saudáveis devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando as características regionais, culturais e econômicas do indivíduo (SBC, 2010).

Indivíduos com PA limítrofe sem algum tipo de risco cardiovascular não é necessário instaurar o tratamento medicamentoso. Agora, caso o indivíduo tenha FR associados, e outras doenças cardíacas o uso de anti-hipertensivo é indicado, afim de diminuir as complicações em órgãos alvo (NEVES; OIGMAN, 2009).

O problema da HAS é de nível primário ou seja pode ser resolvido ou controlado na APS, e esse controle é realizado através de campanhas, grupos de hiperdia, busca ativa dos agentes comunitários, da enfermagem e consultas medicas. No ano de 2010 no Brasil a rede pública assistia, acompanhava três quartos da população, sendo o outro restante pertencentes a rede privada. A AP é onde encontramos a maioria dos profissionais que atuam na saúde pública. A prevenção é o melhor meio de evitar qualquer doença, com a prevenção é possível diminuir os gastos com tratamentos de média e alta complexidade (SBC, 2010).

5.3 Tratamento Medicamentoso da HAS

Entre as principais classes de medicamentos utilizados na HAS, tem: Os diuréticos com efeitos natriuréticos; Os de ação central com efeitos na diminuição da atividade simpática; Os betabloqueadores que diminuem o débito cardíaco; Os vasodilatadores diretos são hidralazina e minoxidil, reduzem a resistência vascular periférica; Os bloqueadores dos canais de cálcio também agem na redução da RVP e na diminuição da quantidade de cálcio dentro das células; Os inibidores da enzima conversora da angiotensina, impedem a transformação de angiotensina I em angiotensina II; Os bloqueadores dos receptores angiotensina II, antagonizam a ação da angiotensina II; Os inibidores diretos da renina, inibição direta da ação da renina (SBC, 2016).

De acordo coma a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016, p. 38):

[...]a estratégia anti-hipertensiva inicial para pacientes com HAS estágio 1, com risco cardiovascular baixo e moderado, monoterapia, visam os seguintes aspectos: - capacidade de o agente escolhido reduzir a morbimortalidade cardiovascular; - mecanismo fisiopatogênico predominante no paciente a ser tratado; - características individuais; -doenças associadas; condições socioeconômicas.

As classes de anti-hipertensivos atualmente consideradas preferenciais para o controle da PA, em monoterapia inicial, são os tiazídicos, inibidores da enzima conversora de angiotensina; bloqueadores canais de cálcio; bloqueador receptor de angiotensina. O beta bloqueador poderá ser considerado como fármaco inicial em situações específicas, como a associação de arritmias supraventriculares e enxaqueca. A combinação de medicamentos na

maioria da vezes é necessária para que as metas sejam atingidas. Para a escolha dos medicamentos em associação, deve ser evitado o uso de anti-hipertensivos com mesmo mecanismo (SBC, 2016).

Caso o objetivo da monoterapia não seja atingido, três condutas podem ser tomadas, tais como, aumentar a dose do medicamento; se mesmo em dose máxima, o medicamento não tem o efeito desejado, o mesmo pode ser reduzido ou retirado, acrescentando uma outra classe de anti-hipertensivo e por fim, se ainda apresentar sem a resposta desejada, devem-se associar três ou mais medicamentos de classes diferentes (SBC, 2016).

5.4 Fatores de Risco para HAS

Existem FR que podem ser modificados. Esses FR identificados devem ser retirados do cotidiano do indivíduo, acrescentar medidas e hábitos de vida saudáveis para diminuição do risco cardiovascular. Dentre os FR que podemos modificar encontramos a obesidade, a falta ou pouca atividade física semanal, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas em excesso, as dietas com alto teor de sódio, e o estresse (SBC, 2016).

Em relação a idade, quanto maior for idade maior a prevalência da HAS. Por ser uma doença crônica degenerativa é comum sua prevalência em indivíduos com idade superior a 60 anos. Essa estatística pode ser observada em um estudo realizado no Rio de Janeiro e São Paulo, onde constataram que nos metalúrgicos com idade superior a 40 anos a prevalência da HAS foi maior (MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Sobre o gênero e a etnia, no mundo, a proporção entre mulheres e homens afetados pela HAS demonstram-se equiparadas, sendo que até os 50 anos é mais comum nos homens, e após os 50 anos é mais comum nas mulheres. Com relação a cor, a HAS é mais comum em indivíduos negros. E quando associado os dois fatores juntos, as mulheres negras são 130% mais afetadas do que as mulheres brancas (LESSA, 2001).

Podemos observar que existem indivíduos com sensibilidades diferentes quanto a ingestão de sódio. Ou seja, pessoas com alta sensibilidade quando ingerem o sal em quantidades acima do adequado espera-se um aumento da PA, sendo a ocorrência 5 vezes maior comparada com indivíduos que possuem baixa sensibilidade (SBC, 2016).

Quanto a obesidade, o peso está ligado diretamente a HAS. Quanto mais pesado o indivíduo maior a chance de desenvolver a doença. É notado que a cada aumento no IMC de 2,4 kg/m² aumenta as chances do indivíduo desenvolver HAS, mesmo que esse indivíduo seja ativo fisicamente. Além da obesidade, pode-se perceber é que o ganho de massa está ligado diretamente ao desenvolvimento da HAS (SBC, 2016).

O consumo de álcool por longos períodos de tempo pode aumentar a PA, e consequente a mortalidade do indivíduo. Na população brasileira o consumo excessivo de álcool é bem evidente, e sua associação com a ocorrência de HAS independe das características demográficas. Ou seja, independentemente da localização de moradia do etilista, seja ele da região norte ou sul do país, o consumo do álcool que está ligado diretamente a HAS (SCHERR; RIBEIRO, 2009).

A atividade física tem impacto na redução da incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como também na mortalidade e no risco de DCV. Através da perda de calorias temos uma consequente perda de peso, uma melhora da respiração, aumento do metabolismo, e melhora da circulação sanguínea (PESCATELLO et al., 2004).

Em relação ao nível socioeconômico, a ocorrência da HAS traz dificuldade de ser estabelecida por ser muito complexa. No entanto, Cesarino et al. (2008) relataram que o resultado em um estudo feito na cidade de São José do Rio Preto, a HAS apresentou mais prevalente entre pessoas com menor nível de escolaridade, classe econômica baixa ou média, e moradia ruim ou precária (CESARINO et al., 2008).

De acordo a SBC (2010), na VI diretriz, relata que a associação genética para HAS está bem definida no surgimento da doença. Mas, ainda não se tem conhecimento se os determinantes genéticos indicam a probabilidade individual de desenvolvimento futuro para a doença. Entre esses fatores genéticos, cita-se a obesidade e as doenças endócrinas.

5.5 Complicações da HAS

De acordo com dados da SBC (2016), as principais complicações encontradas na HAS, são: a crise hipertensiva dividida em emergência hipertensiva, considerada mais grave podendo incluir acometimento, renal, neurológico, ocular, hepático, e cardíaco, e a urgência hipertensiva essa com sintomas menos graves; a doença renal crônica, definida por Ritmo Filtração Glomerular < 60 ml/min ou anormalidades na análise da urina e/ou morfologia renal mantidas por 3 meses.

“Todo paciente com HAS deve-se dosar a creatinina sérica, calcular o RFG e realizar análise de urina para o rastreamento de DRC; o AVE a HAS é o principal fator de risco para, principalmente o hemorrágico.” (SBC, 2016, p. 67).

Pode ser diagnosticado no exame físico neurológico, tomografia computadorizada do crânio e a ressonância nuclear magnética, permitem definir o tipo do AVE em isquêmico ou hemorrágico (SBC, 2016).

“As síndromes coronarianas podem estar acompanhadas de elevação da PA, com o aumento da RVP eleva a demanda de oxigênio miocárdico, pelo aumento da tensão parietal do ventrículo esquerdo, que leva ao Infarto Agudo do Miocárdio” (SBC, 2016, p.80)

O Edema Agudo de Pulmão (EAP) consiste no extravasamento de líquido capilar para o interior do alvéolo pulmonar. A isquemia miocárdica pode estar envolvida na fisiopatogênia do EAP; e a dissecação aguda de aorta deve ser sempre considerada em pacientes com dor precordial e elevação da PA. Sua progressão está relacionada com o aumento do valor de PA e a velocidade de ejeção ventricular (SBC, 2016).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado hipertensão arterial e suas complicações, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O tema escolhido foi “Cuidados continuados e prevenção das complicações da hipertensão arterial sistêmica”. A HAS está presente em maior proporção dentre outras patologias comuns. Seu tratamento consiste em mudanças de hábitos de vida, atividades físicas e medicamentos, sendo que quando controlada deixa de ser uma doença. A maior dificuldade encontrada foi a dificuldade de adesão dos pacientes nas mudanças de hábitos e uso dos medicamentos prescritos e orientações recebidas. Dentre suas complicações causadas pela hipertensão arterial temos, como principais: o AVC, IAM, e a DRC. A solução consiste em acompanhamento e adequação dos fatores de exposição e de riscos. As doenças crônicas hipertensão arterial e diabetes representam um problema de saúde pública devido ao seu impacto na saúde e na qualidade de vida da população.

Hoje, a população de hipertensos da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, na zona rural do município Rubelita, Minas Gerais corresponde a 20%, de uma população total de 1700 pessoas. Dos quais apenas 10% participam das atividades de grupos de hiperdia e de atividades educativas.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Explicar é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. “Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas”. É necessário conhecermos bem a hipertensão arterial, suas complicações, seus fatores agravantes e também modo de viver dos hipertensos para termos coerência nas nossas orientações e quais medicamentos prescrever (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.63).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 e 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Campos; Farias; Santos (2010, p.60) abordam que as causas mais importantes no desencadeamento do problema são conhecidas como nós críticos e merecem ser enfrentadas para solucionar o problema. As causas devem estar “dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”.

Para elaborar o projeto de intervenção visando enfrentar o problema priorizado hipertensão arterial e suas complicações em uma Unidade Saúde da Família da zona rural, os “nós” críticos identificados foram os seguintes:

- 1- Estilos de vida inadequados.
- 2- Processo de trabalho inadequado da equipe.
- 3- Falta de informações sobre a doença.

Consideramos como estilo de vida inadequados a falta de atividade física regular, dieta hiperlipídica e consumo de bebida alcoólica e tabagismo. O processo de trabalho inadequado da equipe é quando a equipe está desorganizada e este fato tumultua o direcionamento das atividades ficando muitas vezes aquém do desejado. Falta de informações sobre as doenças, este é o fator mais marcante. É uma dificuldade encontrada por qualquer profissional que for se inserir na área. A falta de informação sobre as doenças leva o indivíduo a desmotivação e não preocupação com o tratamento.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema, estão detalhados em quadros, a seguir:

Quadro 2 – Operações sobre o “Nó crítico 1 - Estilo de Vida Inadequado” relacionado ao problema hipertensão arterial e suas complicações na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Estilo de vida inadequado
Operação (operações)	<p>-Formar grupos de pacientes e discutir sobre o estilo de vida adequado: alimentação saudável, prática de atividades físicas regularmente, não consumir álcool, diminuir o uso de tabaco.</p> <p>-Conscientizar os pacientes da importância da adesão de hábitos saudáveis para sua vida.</p>

Projeto	Vida saudável.
Resultados esperados	Adesão da população às atividades que promovem estilos de vida mais saudáveis, buscando menores índices de sedentarismo, obesidade, dieta hipossódica e hipolipídica.
Produtos esperados	-Criação grupos para prática de atividades físicas e de orientação sobre alimentação saudável; Campanhas educativas, com dicas no rádio sobre prevenção da doença. Pacientes capazes de distinguir entre os estilo de vida saudável e não saudável.
Recursos necessários	-Cognitivo: Repasse de conhecimento
Recursos críticos	-Estrutural: equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Locais de práticas de atividades físicas- -Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos -Político: procurar o local, mobilização social. -Cognitivo: informação sobre o tema
Controle dos recursos críticos	-Secretaria Municipal de Saúde. -Motivação: Favorável -Médico e enfermeira; motivação favorável
Ações estratégicas	-Não necessita de usar nenhuma ação estratégica porque o médico, enfermeira e secretária de saúde estão favoráveis.
Prazo	-3 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	-O médico e a enfermeira vão estruturar um sistema de gestão que possibilite e facilite coordenar e acompanhar o desenvolvimento das operações, indicando as correções necessárias.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	-O médico e o enfermeira vão monitorar e avaliar cada operação visando o “sucesso do plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010, p.19)

Os estilos de vida inadequados são comprovadamente fatores desencadeantes da hipertensão arterial sistêmica, o controle dos mesmos melhora a prevenção e diminui os gastos com saúde pública.

Quadro 3 – Operações sobre o “Nó crítico 2 - Processo de trabalho inadequado da equipe” relacionado ao problema hipertensão arterial e suas complicações na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	-Processo de trabalho inadequado da equipe
---------------------	--

Operação (operações)	<p>-Capacitar a equipe. Reuniões e trocas de informações constantes.</p> <p>- Discussão de estudos de casos.</p> <p>-Elevar, o nível de conhecimento da equipe, a capacidade de transmitir conhecimentos sobre prevenção e tratamento para a população.</p> <p>-Discutir a função de cada profissional da equipe e ressaltar a importância do trabalho de equipe.</p>
Projeto	Organização já!
Resultados esperados	-Organização da equipe para melhorar o ambiente de trabalho a fim de obter melhores resultados e maior alcance da promoção a saúde.
Produtos esperados	<p>-Reuniões periódicas destacando as principais deficiências para um melhor processo de trabalho.</p> <p>- Programa de Educação Permanente.</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: organização do serviço, indicar responsáveis.</p> <p>Político: Aquisição de programa de educação permanente por escola especializada.</p>
Recursos críticos	<p>-Estrutural: equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Locais de práticas de educação permanente.</p> <p>-Financeiro: recursos audiovisuais</p> <p>-Político: alocação de espaço e tempo para reuniões da equipe</p> <p>-Cognitivo: gestão da equipe</p>
Controle dos recursos críticos	<p>-Secretaria Municipal de saúde</p> <p>-Médico e enfermeira</p>
Ações estratégicas	-Médico, enfermeiro e equipe motivados
Prazo	Curto prazo (0 a 6 meses)
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	-O médico, a enfermeira e a equipe vão estruturar um sistema de gestão que possibilite e facilite coordenar e acompanhar o desenvolvimento das operações, indicando as correções necessárias.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	-O médico e o enfermeira vão monitorar e avaliar cada operação visando o “sucesso do plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010, p.19)

O processo de trabalho adequado da equipe otimiza o atendimento e, com isso, obtêm-se resultados rápidos, sendo a população beneficiada.

Quadro 4 – Operações sobre o “Nó crítico 3 - Falta de informação sobre a doença” relacionado ao problema hipertensão arterial e suas complicações na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vanguarda III, do município Rubelita, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Falta de informação sobre a doença
Operação (operações)	-Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a hipertensão arterial e seus fatores de risco, complicações, medidas preventivas e a importância do tratamento. -Aproveitar na hora da consulta médica, de enfermagem, no hiperdia e visitas domiciliares para esclarecer dúvidas e orientar sobre a doença.
Projeto	-Conhecimento é vida!
Resultados esperados	-Elevar o nível de conhecimento da população sobre a doença. -População mais informada, mais comprometida com o autocuidado. -Diminuição dos índices pressóricos e diminuição de casos novos de hipertensão e prevenção das complicações.
Produtos esperados	-População consciente. -Indivíduos propagadores do conhecimento.
Recursos necessários	-Cognitivo: Repasse de conhecimento
Recursos críticos	-Estrutural: equipe de Saúde e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Locais para palestras. -Financeiro: recursos audiovisuais, panfletos -Político: alocação de transporte e lugar para palestras -Cognitivo: promoção do conhecimento
Controle dos recursos críticos	-Secretaria Municipal de saúde Motivação: Favorável -Médico e enfermeira; motivação favorável
Ações estratégicas	
Prazo	Curto prazo (0 a 6 meses)

Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Medico, enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	O médico e o enfermeira vão monitorar e avaliar cada operação visando o “sucesso do plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS 2010, p.19)

A falta de informação sobre as doenças leva o indivíduo a desmotivação e não preocupação com o tratamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos diante de uma doença crônica degenerativa, a hipertensão arterial, que a população exposta a fatores de risco e estilos de vida inadequados, contribui para o aumento de suas complicações. O projeto dispõe de um levantamento com as causas e principais complicações da HAS.

Pensando no plano de intervenção proposto, podem ser encontrados alguns desafios para a solução do problema, em especial por se tratar de uma Unidade Saúde da Família da zona rural. Assim, será necessário estratégias da equipe a fim de melhorar os processos de trabalho, uma vez que precisarão mobilizar a comunidade visando ajudar a melhorar o estilo de vida e, também a desinformação sobre a doença e suas complicações.

Com o controle dos fatores de risco, a melhoria do processo de trabalho da equipe e o conhecimento da população sobre a doença é possível sim diminuir a incidência da HAS. O tratamento das complicações da HAS necessita de recursos financeiros mais elevados. A economia de gastos públicos em saúde com medidas preventivas mostra-se importante, favorável e possível.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, E. K. K.; MARCON S. S.; SOUZA R. K. T. Avaliação da cobertura assistencial das equipes de saúde da família às pessoas que faleceram por doenças cerebrovasculares em Maringá, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 24, n.1, p. 225-229, jan. 2008.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFGM, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Material_dos_Cursos/Curso_de_Especializacao_Estrategia_Saude_da_Familia_CEESF/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_em_saude. Acesso em: 18 jun. 2018.

CESARINO, C. B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. **Arq Bras Card**. v. 91, n.1, p. 31–35, 2008.

FAVA, S. M. C. L., et al. Complicações mais frequentes relacionadas aos pacientes em tratamento dialítico. **Rev. Min. Enf.**, v.2, n.10, p. 145-50, 2006.

FERREIRA, S., ROCHA A. M., SARAIVA J. F. K. Estatinas na doença renal crônica. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 85, n. 5, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2005002400012&lang=pt. Acesso em: 30 jun. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Rubelita Estimativa populacional**, 2009. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/rubelita/panorama>. Acesso em: 9 mar. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Divisão Territorial do Brasil. Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. 1 de julho de 2009. Disponível em: http://www.sieg.go.gov.br/downloads/Divisao_Territorial_do_Brasil_e_Limites_Territoriais_2.pdf. Acesso em: 11 ago. 2018.

LESSA, I. Epidemiologia da insuficiência cardíaca e da hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Rev Bras de Hipertens**. v.8, p. 383–392, 2001.

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

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de Risco para Hipertensão Arterial e Diabete Melito em Trabalhadores de Empresa Metalúrgica e Siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 87, n. 4, p. 471–479, 2006.

MENDIS, S.; PUSKA, P.; NORRVING, B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. **World Health Organization** (WHO), Geneva, 2011.

NEVES, M. F.; OIGMAN, W. Pré-hipertensão: uma visão contra o tratamento medicamentoso. **Rev. Bras. Hipertensão**. v.16, n. 2, p. 112–115, 2009.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.

PASSOS, V. M. A., ASSIS, T. D., BARRETO, S. M. Hypertension in Brasil: Estimates from population-based prevalence studies. **Epidemiol e Serv de Saúde**, p. 35-45, 2006.

PESCATELLO L. S, et al. American College of Sports Medicine position stand. Exercise and hypertension. **Med Sci Sports Exerc.** 2004; v. 36, p. 533-553.

RAINFORTH, M. V. et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. **Curr. Hypertens. Rep.** v. 9, n.1, p. 520-528, 2007.

ROSA, E. C.; TAVARES, A.; RIBEIRO, A. B. Tratamento da hipertensão na doença renal crônica. **Rev. Soc. Cardiol.** São Paulo. v.17, n. 1, p. 66-80, 2007.

ROSA, M. L. G. et al. Pré-hipertensão arterial e pressão de pulso aumentada em adolescentes: prevalência e fatores associados. **Arq Bras Cardiol.** 2006 v. 87, n. 1. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2006001400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2018.

SCHERR, C.; RIBEIRO, J. P. Colesterol e gorduras em alimentos Brasileiros: Implicações para prevenção de aterosclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 3, p. 190-195, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 95, n.1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. v. 107, n. 3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em: 12 abr. 2018.

VIANNA, L. G.; VIANNA, C.; BEZERRA, A. J. C. Relação médico-paciente idoso: desafios e perspectivas. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n.1, 2010.