

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

Dr.:ÁNGEL MIGUEL BEATÓN MORALES

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSOS NA UBS
OITIS II 2014.**

LAGOA SANTA-MINAS GERAIS.

2015.

ÁNGEL MIGUEL BEATÓN MORALES

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSOS NA UBS
OITIS II 2014**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Professora Valéria Tassara

LAGOA SANTA-MINAS GERAIS

2015

ÁNGEL MIGUEL BEATÓN MORALES

**EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA NO CONTROLE DA
HIPERTENSÃO ARTERIAL EM GRUPO DE HIPERTENSO NA UBS
OITIS II 2014**

Banca Examinadora

Professor(a):Valeria Tassara

Professor(a):Ms.Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte-----/-----/-----

“Se não puder voar ,corra.Se não puder correr, ande.Se não puder andar,rasteje,mas continue em frente de qualquer jeito.”

---Martin Luther King Jr.

Resumo

A atenção primária é um espaço privilegiado para a divulgação de práticas que promovam a educação em saúde, incluindo o estímulo aos hábitos alimentares saudáveis, que refletirão em condutas adequadas á manutenção da saúde. Este estudo vai avaliar uma proposta de intervenção educativa em indivíduos com hipertensão arterial para verificar os conhecimentos sobre a doença e como mudar os fatores de risco que agravam a doença. Ao estimular a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e propiciando melhorias na qualidade de vida esse projeto pretende contribuir de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população da UBS Oitis, Equipe 91.

Palavras Chaves: Hipertensão Arterial. Fatores de risco. Intervenção educacional.

ABSTRACT

Primary attention is a privileged space for the dissemination of practices that promote health education, including the stimulus to healthy eating habits, which will reflect on appropriate health maintenance behaviors. This study will evaluate a proposal for educational intervention in individuals with high blood pressure to check the knowledge of how to change the risk factors that aggravate the disease. To stimulate the autonomy of individuals in relation to their health status and provide quality of life improvements this project intends to contribute significantly to improving the health and life conditions of the population the UBS Oitis, Equipe 91.

KEY WORDS: Arterial Hypertension. Risk factors. Educational intervention

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AVE-Acidente Vascular Encefálico.

ACS - Agente Comunitário de Saúde.

DA - Diabetes Mellitus.

DCV-Doença Cardiovascular.

EPS-Educação para Saúde.

HAS-Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE-Instituto Brasileiro Geografia e Estadísticas.

IAM-Infarto Agudo do Miocárdio.

OPAS-Organização Pan-Americana da Saúde.

PA-Pressão Arterial.

PES-Planejamento Estratégico Situacional.

PSF-Posto de Saúde da Família.

UBS-Unidade Básica de Saúde.

SUMARIO

1.INTRODUÇÃO-----	9
1.2.Aspectos gerais do município de Contagem em Minas Gerais.-----	11
1.2. Diagnostico Hipertensão Arterial-----	14
2.JUSTIFICATIVA-----	17
3.OBJETIVOS-----	18
4.METODOLOGIA-----	19
5.REVISÃO DE LITERATURA-----	21
5.1Conceito Hipertensão Arterial-----	21
5.2 Classificação da Pressão Arterial-----	21
5.3 Alguns fatores de risco predisponentes da HAS-----	23
6.PROPOSTA DE INTERVENÇÃO-----	26
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS-----	35
REFERÊNCIAS	

1-INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentado de pressão arterial –PA (PA \geq 140 \times 90mmHg).Associa-se,frequentemente,as alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos (coração,encéfalo,rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas,com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, continua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,2010).

No Brasil, a prevalência média de HAS auto-referida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel-2011), é de 22,7%,sendo maior em mulheres (25,4% do que em homem (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres,alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade.Entre as mulheres destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença:enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS,a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade.Para os homens,o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL,2012).

Nessa mesma pesquisa, a frequência de adultos que referiram diagnóstico de HAS esteve entre 12,9% em Palmas e 29,8% em rio de Janeiro. Ressalta-se que, no sexo masculino, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (23,9%) e

em Campo Grande (23,9%) e entre as mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%) e em Recife (30,3%) (BRASIL,2012).

Trata-se de uma epidemia moderna, em nível nacional e internacional. Ela tem se expandido, mas, segundo levantamento do Ministério da Saúde, em populações pobres e desfavorecidas dos países em desenvolvimento.

O estudo de Melo Neto (2006) apresenta a HAS como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares conforme apontam os estudos de (Duncan *et al*, 1993 apud Melo Neto,2006) e que pode ocorrer associada a outros fatores de risco que são independentemente associados a doenças cardiovasculares como os fatores sócio-demográficos, comportamentais e clínicos.

Na época atual, a prevalência média mundial estimada da HAS é de 26,4%, com uma ampla variação dependendo da população estudada, atingindo 33,5 a 39,7% nos países europeus, entre 28 e 30% em Cuba, 15 a 21,7% nos países africanos e asiáticos, cerca de 40% na América Latina, 21,0% nos EUA e Canadá. Destes em torno de 70% tem conhecimento do diagnóstico, porém apenas 59% recebem tratamento e 34% têm seus níveis pressóricos controlados de acordo com as diretrizes atuais. (CUBA, 2008).

Segundo Rolim (2005), estima-se que 30 % da população brasileira acima de 40 anos possa ter a pressão arterial elevada. Trata-se de um dado preocupante, pois, tal enfermidade oferece riscos para o agravamento de outras doenças.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica nº15 (2009.p.9), dedicado à HAS, do Ministério da Saúde, de 2006, a hipertensão arterial sistêmica vem a ser: um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos dois mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40 % das mortes por acidentes vascular encefálico, por 25 % das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal.

Em Belo Horizonte e municípios metropolitanos, os índices de hipertensão arterial são bastante elevados, com variação entre as diferentes faixas etárias: 9,9% de 25 a 39 anos, 32,4% de 40 a 59 anos e 52,5% para maiores de 60 anos. Em nossa área de abrangência, especialmente, representam 24% da população maior de 15 anos como portadora desta doença uma tendência similar à média mundial, muitas destas pessoas tem pouco conhecimento dos fatores de risco e de outras alternativas de tratamento para esta patologia (BELO HORIZONTE, 2009).

1.1 Aspectos gerais do município Contagem, em Minas Gerais.

Contagem, município brasileiro do estado Minas Gerais está situado na região central, é o município com a terceira maior população do estado, com 637 961 habitantes. Contagem integra a região metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos seus mais importantes municípios. Tem uma área de 195 268 km². Com uma densidade populacional de 3013 habitantes/km², (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015)

A equipe da Saúde da família 91 da Unidade Básica de Saúde Oitis

O distrito sanitário da Ressaca em Contagem, área de atuação do autor deste trabalho, tem uma população de 96 118 habitantes, atendidas por 17 unidades de saúde e 25 equipes do Programa Saúde da Família, promovendo trabalhos de prevenção à saúde na região. A equipe de saúde 91, da Unidade Básica de Saúde (UBS) Oitis, tem uma população adscrita de 4400 habitantes; com um total de 1107 famílias cadastradas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015).

As funções dos componentes da equipe de saúde, segundo o documento “Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus” elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2001; são cumpridas em nossa equipe da seguinte forma:

- Agente Comunitário de Saúde:

Deve esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção; rastrear a HAS em

indivíduos com mais de 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa; encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de HAS, verificar se os pacientes hipertensos estão tomando a medicação corretamente, além de alertar para a dieta e atividades físicas, fazer registros em fichas.

- **Auxiliar de Enfermagem:**

Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças comportamentais; alertar a comunidade quanto aos fatores de risco da HAS, agendar consultas, cuidar dos equipamentos, controlar os estoques dos medicamentos, etc.

- **Enfermeiro:**

Capacitar os auxiliares de enfermagem; realizar consultas de enfermagem; desenvolver atividades educativas de promoção de saúde.

- **Médico**

Realizar consultas para confirmação diagnóstica e avaliação dos fatores de risco, solicitar exames complementares, prescrever tratamento não-medicamentoso: tomar a decisão terapêutica, etc.

- **Equipe multiprofissional**

É de fundamental importância a abordagem multiprofissional no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas. Como a hipertensão arterial é uma síndrome clínica multifatorial, contar com uma contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é procedimento desejável sempre que possível.

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem recomendado e promovido ações multiprofissionais na atenção primária à saúde no combate à hipertensão arterial. Nesse contexto insere-

se o Programa de Saúde da Família (PSF), onde a atenção é centrada na família e estruturada em uma unidade de saúde e a população adscrita esta sob a responsabilidade de equipe multiprofissional. (ANDERSON,GUSSO, CASTRO FILHO.2005).

A organização da assistência, com competência bem definidas e integradas entre os membros da equipe multiprofissional, é centralizada no binômio médico-enfermeiro e se estende até o agente comunitário de saúde. O agente é o elo fundamental entre o domicílio e a Unidade Básica de Saúde e representa a principal diferença entre a atuação desse programa e a atividade usual da UBS, nos seus moldes de atuação tradicional.

As equipes de saúde são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. Atuam com ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes,desenvolvendo ações educativas(BRASIL,2006).

Sabe-se que toda mudança requer um processo educativo, e esse se dá de uma forma lenta e deve ser contínuo. Assim, as ações desenvolvidas pelos profissionais que trabalham com esses pacientes, devem atender às necessidades de cada um, à medida que se tenta manter o tratamento por longo tempo (ALMEIDA, 2004).

Observa-se um elevado consumo de sal na dieta da população brasileira, superior a 12 g/dia per capita, e cerca de 80% deste excesso de sódio consumido são provenientes de produtos industrializados como: embutidos, conservas, enlatados e defumados (V DIRETRIZES, 2006; CESARIANO *et al*,2004).

Como a pressão arterial é considerada uma variável contínua, um dos aspectos desafiadores é decidir os limites entre os valores normal e anormal. Atualmente os valores que caracterizam a HAS para indivíduos acima de 18 anos são aqueles iguais ou superiores a 140 mm/Hg, para pressão sistólica e/ou iguais ou superiores a 90 mm/Hg para pressão diastólica. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; CUBA, 2008).

1.2 Diagnóstico da Hipertensão Arterial

Segundo Porto (2005), trata-se de uma enfermidade que vem atingindo uma parte significativa da população adulta, em todo o mundo; o autor afirma ainda que a confirmação diagnóstica da HAS deve ser efetuada com mais de uma tomada de pressão, em mais de uma ocasião.

Para ele, um diagnóstico insatisfatório pode induzir à prescrição de terapêutica desnecessária ou prejudicial aos pacientes, considerando-se que qualquer número para se definir pressão normal ou elevada é arbitrário e toda classificação é defeituosa. Segundo ele consideram-se para a definição de Hipertensão Arterial os níveis de pressão diastólica e sistólica.

No que se refere à avaliação clínica da hipertensão arterial, o documento “Hipertensão e Diabetes” elaborado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em 2007, afirma que essa deve ser criteriosa, com a finalidade de promover a classificação, diagnosticar a etiologia, avaliar os fatores de risco cardiovascular, além de avaliar a presença ou não de doença em órgãos-alvos ou doença cardiovascular clínica.

A medida da pressão arterial, segundo esse mesmo documento, deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados.

Para essa finalidade, utiliza-se o método indireto, aquele com técnica auscultatória, com o esfigmomanômetro de coluna de mercúrio sendo o equipamento mais adequado.

O documento em referência traz ainda outros dados extraídos do “V Diretrizes Brasileira de Hipertensão”, de 2006, relacionados à técnica para aferição da pressão arterial que serão expostos em seguida. Para o preparo do paciente recomenda-se:

No que se refere à investigação diagnóstica na hipertensão arterial, Porto (2005, p. 491) apresenta o seguinte roteiro como sugestão para tal. O roteiro proposto é o seguinte:

1-Obedecer sempre as normas e as recomendações quanto à posição do paciente e ao tipo de manguito, realizando sempre duas mensurações da pressão arterial com intervalo mínimo de 5 minutos entre uma e outra. Se houver diferença significativa nesta avaliação inicial, repetir as mensurações 1 ou 2 dias depois.

2-Sempre que possível, colocar o paciente em dieta hipossódica e sem uso de medicamentos anti-hipertensivos durante 1 semana, para uma correta avaliação do grau de hipertensão arterial (leve, moderada ou grave) e de forma evolutiva (benigna ou maligna).

3-Com os dados clínicos sexo, idade, sintomas e sinais e evolução complementados por exames laboratoriais simples, procurar indícios de enfermidade renal, endócrina ou vascular que possa ser a causa de hipertensão arterial.

4-Avaliar as condições dos órgãos-alvos (coração, rins e cérebro), caracterizando a presença ou não de complicações.

5-Feito o diagnóstico de hipertensão arterial, o médico deve interpretá-la, compreendendo o paciente como um todo, ou seja, jamais ficar restrito às cifras tensionais considerando que elas sintetizam tudo o que o paciente possa ter.

Para o preparo do paciente recomenda-se:

- Repouso de pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, evitar bexiga cheia;
- Não praticar exercícios físicos 60-90 minutos antes da aferição da pressão;
- Não ingerir bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- Manter pernas descruzadas e os pés apoiados no chão, o dorso recostado na cadeira e relaxado;
- Remover roupas do braço no qual será colocado o manguito;

- Posicionar o braço na altura do coração (nível do ponto médio do esterno ou 4^o espaço intercostal) apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido;
- Solicitar que o paciente não fale durante a medida.

Para uma maior segurança no que se refere à medida da pressão arterial, é indicado que sejam realizadas pelo menos três medidas de pressão com intervalo de um minuto entre elas e a média das duas últimas será tomada como a pressão arterial do indivíduo, não devendo essa ser ultrapassado quatro mm Hg de diferença entre as medidas. Caso isso ocorra, torna-se necessária a realização de novas medidas, para a realização de um diagnóstico preciso e, para que não se incorra prejuízos ao possível portador dessa enfermidade.

Muitas vezes as causas de HAS são desconhecidas, porém vários fatores podem estar relacionados com a elevação da pressão arterial como o estresse, sedentarismo, tabagismo, envelhecimento, história familiar, raça, gênero e os fatores dietéticos, principalmente o uso excessivo do sódio (SIMONETTI *et al*,2002).

Ao analisar sobre os objetivos dos serviços de saúde em relação ao controle e tratamento dos portadores de HAS recomendado no caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (BRASIL, 2001), foi proposto junto à equipe do PSF Oitis uma melhoria na organização dos serviços a partir da elaboração de um protocolo.

Esta proposta é relevante pelo fato de que a HAS é a morbidade mais prevalente em nossa área de abrangência.

Diante disso, o objetivo desse estudo é a implementação da Sistematização do atendimento aos portadores de Hipertensão Arterial, para facilitar o acompanhamento e o controle desses pacientes, assim como o planejamento de atividades educativas.

2- JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica tem uma prevalência no Brasil entre 22% a 44 % na população com 18 anos ou mais, segundo dados do Ministério da Saúde (2006). Isso representa em números absolutos um total de 17 milhões de portadores da doença segundo estimativa de 2004 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Em Porto Alegre a prevalência da HAS é de 26 %,sendo um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV),que são a maior causa de mortalidade no Brasil(27%) e no mundo ocidental.A HAS é o problema de saúde mais frequente de consulta nas UBS representando 17% das consultas realizadas em nossa UBS..Frente a magnitude do problema ,o serviço elegeu a HAS como prioridade de atenção.No que diz respeito á transcendência a HAS tem sido a principal causa de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM),Acidente Vascular Encefálico (AVE) e outros agravos importantes,inclusive a própria morte.Outro fato que demonstra a gravidade da HAS é seu curso silencioso,o que implica no atraso do início do tratamento,podendo levar a desfechos desfavoráveis.

No tocante á vulnerabilidade, entre 60 a 80 % dos casos de HAS podem ser tratados na rede básica, pois são de fácil diagnóstico, não requerem tecnologia sofisticada, podendo ser tratadas e controladas com medicamentos de baixo custo, com poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade em atenção primária.

Pela elevada prevalência da HAS na área de abrangência é importante trabalhar mais na promoção e prevenção da HAS e fatores de risco associados, esse objetivo se atinge na atenção básica trabalhando com a comunidade, família e paciente com apoio da escola, rádio, televisão e organizações comunitária, no trabalho conjunto sendo o papel principal desenvolvido pelas equipes de saúde lembrando que a melhor cura é a prevenção.

3 OBJETIVOS

Objetivo geral:

- ✓ Fomentar atividades educativas no controle dos fatores de risco na HAS.

Objetivos Específicos:

- ✓ Realizar atividades educativas sobre hábitos saudáveis de vida com a equipe de saúde.
- ✓ Caracterizar os hipertensos cadastrados no território estudado.

4 METODOLOGIA

O método utilizado, Planejamento Estratégico Situacional (PES), é o processo de elaboração estratégica, no qual se define a relação entre a organização e o ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias alternativas (CAMPOS, FARIAS, SANTOS, 2010). PES é um cálculo que precede e preside a ação para criar o futuro, pretende (por acreditar ser possível) influir na realidade. PES é caracterizado por quatro momentos que constituem uma dinâmica permanente e dialética os quais serão utilizados no trabalho:

Momento Explicativo:

Busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.

Momento Normativo:

É quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados procurando e analisando o momento da elaboração da proposta de solução.

Momento Estratégico:

Busca-se aqui analisar e construir viabilidade para a proposta da solução elaborando, formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.

Momento Operacional:

Momento de execução do plano, aqui devem ser definidos e propostos mecanismos de implementação do modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

Para uma revisão narrativa da literatura sobre o tema foram utilizados descritores em ciências da saúde como: hipertensão arterial, fatores de risco e intervenção educacional selecionando artigos e fazendo uma leitura sistemática e atenta de toda a bibliografia ao respeito, o que permitiu a construção da base teórica ou conceitual do conhecimento disponível que permite entender o fenômeno que analisamos.

Para a elaboração do trabalho foi utilizado o texto de metodologia (CORREA; VASCONCELOS; M. SOUZA, 2013).

Além disso para obter dados específicos da situação real da nossa área de abrangência foi necessário realizar novamente um Diagnóstico da Situação de Saúde, com recadastramento da população segundo variáveis descritas, o que permitiu levantar dados que ajudaram a produzir informações reais e toma de decisões referentes aos principais problemas de saúde da população da nossa equipe, toda essa informação foi analisada em reuniões da equipe e apresentado à Gerente da UBS.

Também foi utilizada a técnica de estimativa rápida como modo de obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento em um período de tempo curto com poucos gastos, usando fontes de informações tais como registros, observação ativa e algumas entrevistas curtas a pacientes e outras pessoas, envolvendo a população de nossa UBS incluindo pacientes hipertensos, agentes comunitários, enfermeiras, autoridades locais e gerente.

Toda a informação foi coletada com uso de técnicas qualitativa e quantitativas, em fichas de trabalho, processadas no computador e realizado o Análise da Situação de Saúde da equipe 91 para o ano 2014, foram discutidos os dados em reuniões

usando técnicas participativas como debates em grupo e tempestades de ideias e finalmente foram elaborados os planos de intervenção para dar saída aos principais nós críticos estabelecidos para o problema selecionado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Conceitos de Hipertensão Arterial

Hipertensão Arterial é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mm/Hg e diastólica acima de 85 mm/Hg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Hipertensão Arterial, conforme Porto (2005), é considerada uma síndrome que se caracteriza basicamente por aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólico, quanto diastólico.

É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de Pressão Arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos- alvos (coração, encéfalo, rins, e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente

vascular cerebral, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva. Quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as conseqüentes lesões de órgãos- alvo ainda mais graves. (SÃO PAULO, 2011).

5.2 Classificações da Pressão Arterial

O documento intitulado “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial”, de 2010, elaborado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia em associação com especialistas de outras áreas da saúde, apresenta a seguinte classificação da pressão arterial.

Quadro 1-Classificação da Pressão Arterial em adultos acima de 18 anos (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2010)

Pressão diastólica (mm/Hg)	Pressão sistólica (mm/Hg)	Classificação
<80	<120	Ótima
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão Moderada (estágio 2)
≥110	≥180	Hipertensão Grave (estágio 3)
<90	≥140	Hipertensão sistólica isolada

De acordo com os dados apresentados, são considerados portadores de hipertensão arterial, aqueles indivíduos que apresentam pressão diastólica acima de 90 mm/Hg e sistólica acima de 140 mm/Hg (acima de 18 anos). Essa mesma classificação pode ser vista no Caderno de Atenção Básica Nº15, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2006.

Segundo Porto (2005, p.488), os níveis pressóricos, em determinadas pessoas podem sofrer variações, para mais ou para menos, em curto períodos de tempo, acarretando cifras acima dos valores normais. O autor acredita que os impactos emocionais podem ser fatores que desencadeiam esse transtorno e, ao mesmo tempo, afirma que, em muitas ocasiões, isto pode ocorrer sem que haja qualquer fator desencadeante.

O estudo apresentado por Porto mostra que dentre as várias classificações desta enfermidade, tem valor prático a que toma como referência as causas da hipertensão arterial.

O autor classifica a Hipertensão Arterial em primária ou essencial e secundária.

- Primária ou essencial: É assim chamada quando não se consegue caracterizar sua etiologia, sendo dependente de diversos fatores, tais como traço hereditário, ingestão excessiva de sal, obesidade, estresse e uso de bebidas alcoólicas.
- Secundária: Neste tipo de Hipertensão Arterial, o mecanismo patogênico é bem conhecido, sendo muitas vezes consequência direta da isquemia renal, a qual põe em ação o sistema renina-angiotensina-aldosterona, responsável pela regulação do fluxo arterial pelos rins: aqui temos doenças renais, doenças endócrinas, doenças vasculares, toxemia gravídica e medicamentosa.

5.3 Alguns fatores de risco predisponentes da Hipertensão Arterial

O documento "Hipertensão e Diabetes", da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, de 2007, traça um perfil epidemiológico e de prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. De acordo com esse documento, tais doenças são de etiologia multifatorial e compartilham vários fatores de risco como tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia. Esses fatores estão associados não apenas ao aumento da incidência destas doenças, mas também ao seu controle e à progressão, devendo, por isto fazer parte da abordagem integral dos pacientes com doenças crônicas.

O documento da secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, "Hipertensão e Diabetes", de (2007, p.17): traz no seu bojo algumas abordagens dos fatores de risco relacionados à hipertensão arterial. Nesse espaço são apresentados os fatores não-modificáveis. Eles são assim descritos pelo seguinte documento.

Não-modificáveis:

- ✓ Hereditariedade: história familiar de hipertensão arterial;
- ✓ Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da HAS em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de HAS mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos;
- ✓ Raça: nos Estados Unidos, estudos mostram que a raça negra é mais propensa à HAS que a raça branca. No Brasil, não há confirmação dessa evidência.

Modificáveis:

- ✓ Sedentarismo: aumenta a incidência de HAS. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver HAS em relação aos indivíduos ativos, a atividade física reduz a pressão arterial;

- ✓ Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e a um maior risco de doenças cardiovasculares;
- ✓ Excesso de sal: o sal pode desencadear agravar e manter a hipertensão;
- ✓ Bebidas alcoólicas: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à HAS.
- ✓ Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para HAS, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado;
- ✓ Estresse: excesso de trabalho angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

Vários estudiosos vêm apontando que a baixa escolaridade tem implicação direta nas condições de saúde das populações. Segundo Berlezi (2007) isso é uma verdade, uma vez que a precária condição socioeconômica associada à baixa escolaridade interfere em todos os aspectos da saúde.

São vários os fatores de risco que contribuem para o agravamento da HAS. Entre os estudiosos do assunto é unânime a afirmação de que entre esses fatores estão o consumo de bebida alcoólica o tabagismo (Oliveira,2000),a obesidade e o sedentarismo.

O paciente com HAS precisa de cuidados de toda a equipe de saúde, portanto o atendimento ao hipertenso deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, onde todos da equipe possam estar treinados para esse atendimento. Apesar disso o enfermeiro é considerado o ponto chave para que o paciente tenha melhor adesão ao seu tratamento é importante que o paciente siga corretamente as orientações e ações realizadas pelo PSF, para que conseqüentemente haja controle de seus níveis pressóricos de pressão arterial (COREN, 2012).

As ações educativas são de grande importância para eficiência do tratamento dos hipertensos, no entanto, essas ações educativas devem ser permanentes e permeadas pela educação em saúde, visto que essas possam esclarecer dúvidas e direcionar o autocuidado. A educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira consciencioso enquanto prática interdisciplinar que possibilite mudanças de comportamento da população. Portanto, isso só pode ocorrer quando essa viabilidade é reconhecida pelos profissionais de saúde, onde estes enquanto profissionais de saúde reconheçam e valorizemos saber socialmente constituído por esta clientela. A partir desse reconhecimento, ocorrerá a produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde da clientela, objetivando atingir o melhor nível de bem-estar no esclarecimento de dúvidas e direcionamento do autocuidado, sendo que a educação é um componente essencial para a promoção, manutenção e restauração da saúde, devendo agir de maneira consciente (JARDIM, 2001 apud HOLANDA *et al* 2005).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O plano de ação tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional e vamos considerar a sua construção como uma caminhada na qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho do plano como um todo. (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

A elaboração do Plano de Ação é uma forma de enfrentar os problemas de equipe de forma mais sistematizada, menos improvisada e por isso, com mais chances de sucesso.

Os passos para a elaboração de um plano de ação são: definição, priorização, descrição, explicação do problema selecionados, seleção de nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade e gestão do plano. (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010).

Partindo do referencial teórico construído por meio da revisão da literatura e da análise dos dados do diagnóstico de saúde os principais problemas identificados foram:

- Elevado índice de hipertensos não controlados.
- Elevado índice de Diabetes Mellitus tipo 1 e 2 não controlados.
- Presença de fatores de risco como obesidade, sedentarismo, hábito de fumar, alcoolismo, consumo de drogas.
- Elevado índice de transtornos de saúde mental.
- Baixo nível educacional da população.
- Maus hábitos dietéticos.
- Dificuldades na coleta do lixo.
- Tráfico e consumo de drogas.
- Elevado consumo de psicofármacos pela população.

Após o levantamento dos problemas foram priorizados os mais críticos para serem trabalhados pela equipe. Inicialmente, foi realizada uma análise criteriosa junto a toda a equipe de saúde da família e a partir daí foi possível identificar as causas consideradas prioritárias para intervenção, ajudados com a técnica de Ranqueio ou Matriz de Ranqueio que foi o instrumento final que

empregamos nesta priorização avaliando e pontuando as variáveis chegamos ao problema principal a ser trabalhado:

Variáveis:

- Tendência
- Magnitude
- Gravidade
- Disponibilidade de recursos.
- Capacidade para enfrentá-lo.
- Importância do problema.
- Urgência

Valores estabelecidos para a classificação dos problemas:

-Alto valor= 3.

-Meio valor= 2.

-Baixo valor= 1.

Quadro 2 Técnica de Ranqueamento para os principais problemas.

Problema	Tendência	Magnitude	Gravidade	Disponibilidade de recursos	Importância do problema	Capacidade para enfrentá-lo	Urgência	Total	Posição
Deficient	2	2	2	1	2	1	3	13	3

e educação para a saúde									
Elevada prevalência de doenças de saúde mental.	3	3	2	1	3	2	3	17	2
Elevada prevalência de HAS.	3	3	3	2	3	2	3	19	1

Fonte:SIAB.ASS.Reunião da equipe 90

6.1 Priorização dos principais problemas, resumindo-os em 3 principais onde a equipe de saúde pode fazer intervenções:

1-Elevada prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis principalmente HAS.

2-Deficiente educação para a saúde.

3-Elevada prevalência de transtornos de saúde mental.

6.2 Descrição do problema.

Problema escolhido para fazer avaliação.

-Elevada prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis principalmente a HAS.

Descrição

A HAS é uma das mais importantes enfermidades do mundo moderno, pois, além de ser muito frequente- 10 a 20 % da população adulta são portadores de HAS, ela é a causa direta ou indireta de elevado número de óbitos, decorrentes de acidentes vasculares cerebrais, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e infarto do miocárdio. (PORTO, 2005, p.487). Também é um dos problemas mais importantes dos sistemas de saúde de países como Brasil, Inglaterra, Canadá, Cuba entre outros

É por isso que temos que considerar o conhecimento dessa doença, a prevenção dos principais fatores de risco da HAS pela população para promover uma melhor qualidade de vida através do controle da HAS e os fatores de risco.

6.3 Explicação do problema

A equipe 91 está localizada em um prédio novo em Ressaca, a assistência durante a maior parte do processo de trabalho é de atendimento as demandas espontâneas da população, contando com uma população na área de abrangência de 4468 pacientes cadastrados sendo 3302 maiores de 15 anos desse total 602 são portadores de HAS, o que representa um 18,2 % da população maior de 15 anos, deles 56 com idade acima de 65 anos, 37 com sobrepeso ou obesos, 52 da raça preta. Neste período avaliado 4 grávidas precisaram atendimento especializado por cifras de pressão arterial elevadas.

Nossa UBS conta com 11 pacientes portadores de seqüelas de acidente vascular encefálico e 15 acamados dos quais 10 tem HAS, elevado consumo de sal e gorduras insaturadas na população.

O processo de trabalho com as doenças crônicas está baseado no atendimento as solicitações espontâneas, o que provoca deficiência na educação em saúde, com redução das visitas domiciliares aos pacientes com doenças crônicas, devido a pressão intensa de trabalho durante as oito horas de trabalho por dia.

Durante 1 ano a UBS só contava com uma equipe de saúde o que provocou incremento de situações desfavoráveis na saúde da população da área de abrangência,tais como:incremento do numero de doentes e conseqüentemente descompensações de doenças como HAS,DM,Asma por falta de tratamento ,atendimento e recomendações sanitárias;muitos pacientes não conheciam os fatores de risco e a importância do tratamento continuo.

6.4 Identificação dos nós críticos do problema escolhido.

1-Baixo grau de conhecimento dos gestores de saúde sobre a educação em saúde para a prevenção da HAS e outras doenças crônicas.

2-Ausência de materiais audiovisuais e escritos para a correta educação em saúde.

3-Modelo de atenção voltado para a demanda espontânea da população de Oitis pertencente à equipe 91.

Quadro 3- Desenho das operações sobre nós críticos identificado na equipe 91,em Oitis, Ressaca,Contagem,Minas Gerais.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Baixo grau de conhecimento dos gestores de saúde sobre a educação em saúde para a prevenção da HAS.	Capacitar ,aumentar o conhecimento dos gestores de saúde. Modificar e informar as decisões de saúde, e a	Gestores bem informados sobre a importância de atividades educativas na prevenção da hipertensão arterial.Bom	Participação de gerentes das reuniões do Distrito Sanitário Ressaca.	Cognitivo: Informação de estratégias a realizar. Organizacional: para organizar a participação de representantes

	importância de Educação para saúde, para prevenção da HAS.	conhecimento dos gestores de saúde sobre HAS.		da ESF nas reuniões. Político: Solicitar autorização para participar na reunião.
Ausência de materiais audiovisuais e escritos para a correta educação em saúde.	Capacitação do pessoal da equipe para uma melhor promoção, prevenção e controle à pacientes, familiares da comunidade em geral com técnicas participativas. Solicitar a Secretaria de Educação materiais audiovisuais.	Melhorar o nível de conhecimento sobre HAS. Incrementar conhecimentos em técnicas de trabalho em EPS, por ACS.	Incrementada a motivação do pessoal de equipe # 91 sobre técnicas de EPS em HAS.	Organizacional: Gerenciar recursos para oferecer educação pela saúde em doenças crônicas. Financeiro: financiamento de materiais para EPS. Político: Apoio para realizar as atividades programadas. Cognitivo: Conhecimento de técnicas de trabalho.
Modelo de atenção voltado para a demanda espontânea da população	Organizar a demanda. Orientar, explicar a população para utilização do serviço de saúde	100% da demanda espontânea inserida na demanda programada.	Organização de agendas para inclusão da demanda espontânea. Educação em	Cognitivo: Informação de estratégia estabelecida. Organizacional: Gerenciar

de Oitis pertencente à equipe 91.	na APS na área de abrangência da equipe 91. Organizar as agendas para atender todas as pessoas agendadas. Implantar a avaliação de Risco Manchester.	100% da população conhecendo como utilizar os serviços na APS.	saúde em sala de espera.	recursos para melhorar o processo de atendimento.
---	---	---	--------------------------------	--

Quadro 4- Identificação dos recursos críticos na equipe 91,Oitis,Ressaca,Contagem,Minas Gerais.

Operação projeto	Recursos críticos
Capacitar.	Cognitivo:Informação de estratégias a fazer. Organizacional:Melhorar nível de conhecimento,modificar formas de atuar dos gerentes e diretivos do setor. Político:Conseguir autorização para

	participar na reunião
Informar para educar	Político:Apoio para realizar as atividades programadas. Organizacional:Gerenciar recursos para oferecer Educação para Saúde(EPS),em doenças crônicas. Financeiro:Financiamento de materiais para educação. Cognitivo:Conhecimento de técnicas de trabalho.
Organizar a demanda	Cognitivo:Informação de estratégias estabelecidas. Organizacional:Gerenciar recursos para melhorar o processo de atendimento.

Quadro- 5 Elaboração do plano operativo

Operação/Projeto	Ação Estratégica	Resultados esperados	Responsável	Prazo
Capacitar	Solicitar apoio da gerencia do posto e da secretaria de	Incrementar nível de conhecimento	Diretora de Distrito	6 meses

		saúde.	dos gestores de saúde.		
Informar para educar		Apoio da prefeitura municipal, Secretaria de Saúde, gerencia das UBS.	Melhorado o nível de conhecimento sobre a doença. Incrementado conhecimentos de técnicas de trabalho em EPS, por ACS.	Secretaria de Saúde, diretores de Distritos Sanitários.	6 meses
Organizar a demanda		Apresentar projetos de trabalho.	Atendimento da população estabelecida segundo portarias do SUS.	Gerente da UBS.	Apresentar solicitude a Secretaria de Saúde e Diretora do Distrito em 6 meses.

Tabela- 6 Acompanhamento dos projetos

Operação/Projeto	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa
Capacitar	Diretora de distrito.	6 meses	Solicitude em tramite	Setembro 2014
Informar para educar.	Secretaria de saúde ,diretores de distritos sanitários.	Solicitado em 6 meses	Elaboração de protocolos,mod elos e materiais educativos.	Novembro 2014
Organizar a demanda	Gerente da UBS.	Apresentar solicitude a secretaria de saúde e diretoria do distrito em 6 meses.	Em processo de elaboração de estratégias de trabalho para diminuir atendimentos a demanda desnecessários.	Setembro- Outubro 2014.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esse plano de intervenção esperamos reduzir o número de hipertensos da população de abrangência, alcançar melhor assistência aos pacientes hipertensos e sua prevenção em nossa equipe de saúde ;trabalhar com os diferentes grupos de risco para evitar complicações; fazer atividades de promoção para melhor prevenção da HAS.

A Hipertensão Arterial ,assim como outras doenças crônico-degenerativas não transmissíveis,apresenta altas taxas de prevalência e reduzido controle adequado na atenção básica a saúde.Por ser passível de diagnostico e controle adequado por meio de medidas farmacológicas,propostas como a do plano de intervenção em questão são importantes por contribuir otimizando o controle das afecções crônicas e diminuindo a ocorrência de eventos cardiovasculares na população acometida pela HAS.Com isso,busca-se reduzir a morbimortalidade relacionadas as DCV e os custos a ela relacionado.

Pelo estudo realizado,e por ser a HAS uma enfermidade crônica para a qual não existe cura,vê-se a necessidade de melhorar a assistência aos portadores de hipertensão arterial,onde há possibilidade de prevenção e controle efetivo.Nota-se a importância de adotar um protocolo com medidas e ações adequadas de vigilância à saúde pelas ESF para que possa reduzir os impactos provocados por este agravo,assim como,contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório Técnico da Campanha Nacional de Detecção de Suspeitos de Diabetes Mellitus**. Brasília:MS,2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/.../reorganizacao_campanha.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília; Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília;Ministério da Saúde;2006 58 p. tab. (Caderno de Atenção Básica;n.15).Disponível em:

<http://www.redehumanizaus.net/71515-hipertensao-arterial-sistemica>

CAMPOS, F.C.C. FARIA H.P. SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2010. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br>

CORRÊA, E.J. VASCONCELOS, M. SOUZA, S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

CUBA. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del programa de Hipertensión Arterial, **Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento**. La Habana. Editorial Ciencias Médicas, 2008. Disponível em:

http://www.hvil.sld.cu/uploads/10/guia_cubana_hta2008.pdf. Acesso em: 2 abr. 2015.

DUNCAN,B.B.As desigualdade sociais na distribuição de fatores de risco para doenças não-transmissíveis.Porto Alegre,1991.Universidade Federal do Rio Grande do Sul,Porto Alegre.

FUCHS et al. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Fatores associados na região urbana de Porto Alegre.Estudo de base populacional.(In:**Arq. Bras Cardiol**,vol. 63,nº 06, 1994,p. 473-479).

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. IBGE Cidades@.Minas Gerais.Contagem.Brasília [online],2015.Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun>

MELO NETO,Olimpio Pereira de.Hipertensão Arterial em Ouro Preto (MG):avaliação da terapêutica farmacológica e de fatores de risco cardiovasculares,2006.Universidade Federal de Ouro Preto.

PESSUTO J,CARVALHO E. C. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. *Rev. Latino-am Enfermagem*, v.06, nº 01, p.33-39, 1998.

PORTO, Celmo Celeno. *Semiologia médica*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2005.

ROLIM N, BRUM P. Efeitos do treinamento físico aeróbio na hipertensão arterial, *Hipertensão*. 2005; 8(1): 35-7.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Manual de orientação clínica:

Hipertensão arterial sistêmica (HAS).Aparecida Teruco Tominaga Yamada,Carmen Lavras e Maria Salete Demuner (orgs.).Sao Paulo SES/SP,2011.Disponível em: www.saude.sp.gov.br/http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia.VI Diretrizes Brasileira de

Hipertensão. **Arq Bras Cardiol** 2010; 95(1 supl.1):Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz hipertensao associados](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /Sociedade Brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia.V Diretrizes Brasileira de Hipertensão,2006.Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/.../2006/VDiretriz-HA.asp>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.95, n.1-51, 2010. Suplemento1.

SOUZA AL. **Prevalência da hipertensão arterial referida, percepção de sua origem e formas de controle em área metropolitana de São Paulo**.São Paulo:Faculdade de Saúde Publica/USP;1999.