

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARLEN PERDOMO BATISTA**

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR AS  
COMPLICAÇÕES CARDIOLÓGICAS EM PACIENTES  
HIPERTENSOS, ESF 705, SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Juiz de Fora-MG  
2016

**MARLEN PERDOMO BATISTA**

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR AS  
COMPLICAÇÕES CARDIOLÓGICAS EM PACIENTES  
HIPERTENSOS, ESF 705, SÃO JOÃO DEL REI-MG**

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 Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari.

Juiz de Fora-MG  
2016

**MARLEN PERDOMO BATISTA**

**EFICÁCIA DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA DIMINUIR AS  
COMPLICAÇÕES CARDIOLÓGICAS EM PACIENTES  
HIPERTENSOS, ESF 705, SÃO JOÃO DEL REI-MG**

Banca Examinadora

Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – UNIFAP - Orientador

Examinador: Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triangulo Mineiro-  
UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: 28/07/2016

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais e meu filho, fonte de permanente apoio.

A todos os que fizeram possível a realização deste estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por me iluminar e abençoar minha trajetória.

Ao meu pai Gabriel, e minha mãe Maribel, pelo apoio e por tudo que sempre fizeram por mim, pela simplicidade, exemplo, amizade, e carinho, fundamentais na construção do meu caráter. Além da ajuda incansável da minha mãe para ajudar nos cuidados com meu filho.

Ao meu amado filho René Gabriel, que chegou para alegrar as nossas vidas. Hoje a minha vitória também é dele.

## RESUMO

Este trabalho tem por objetivo verificar a eficácia da intervenção educativa como método para diminuir complicações cardíacas de hipertensos cadastrados na UBS 705, município de São João Del Rei-MG. O plano de intervenção foi desenvolvido segundo os métodos descrito pelo Planejamento Estratégico Situacional; e para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, procedeu-se com revisão narrativa da literatura em bases de dados e documentos do ministério da Saúde. O problema priorizado foi a alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiologicas pela baixa adesão e estabeleceu-se como nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados, processo de trabalho da equipe de saúde inadequado, falta de apoio da família, nível de conhecimento baixo sobre os riscos e complicações da HAS de a população, estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o atendimento de pacientes. Tendo em vista que o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica demanda ações tanto a nível individual como coletivo e que principalmente deve-se enfatizar no acompanhamento e orientação acertada para que o usuário com hipertensão arterial sistêmica tenha um cuidado continuado adequado, acredita-se que a presente proposta de intervenção possa contribuir para o controle desse e a diminuição do problema na comunidade assistida.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Educação em Saúde. Intervenção Médica Precoce.

## **ABSTRACT**

This work aims to verify the effectiveness of educational intervention as a method to decrease cardiac complications of hypertension registered in the UBS 705, São João del Rei-MG. The intervention plan was developed using the methods described by the Situational Strategic Planning; and to support the theoretical approach and construction of this project, it proceeded with narrative literature in databases and ministry of health documents. Prioritized problem was the high prevalence of hypertension with cardiac complications by low adherence and settled as critical nodes: habits and styles of inadequate life, inadequate health team work process, lack of family support, low level of knowledge about the risks and complications of the population of SAH, structure of health services inadequate to meet the patient care. Given that control of Hypertension demand actions both individually and collectively and that especially should be emphasized in monitoring and guidance right to the user with hypertension have adequate continuity of care, it is believed that this intervention proposal may contribute to the control of this and diminution problem in assisted community.

**Keywords:** Hypertension. Health Education. Medical Early Intervention.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>15</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>20</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>



## 1 INTRODUÇÃO

O município de São João Del-Rei, está situado no estado de Minas Gerais, a aproximadamente 200km da capital Belo Horizonte, cidade localizada na porção centro - sul do Estado de Minas Gerais e configura a região conhecida como Campo das Vertentes. Possui uma área aproximadamente de 1464 km<sup>2</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010), abrigando uma população de aproximadamente 84.469 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010); e um crescimento demográfico (na última década) de cerca de 7% (conforme dados dos Censos de 2000 e 2010).

São João Del-Rei se desenvolveu em consequência da corrida do ouro quando passou a integrar a Estrada Real, compreendida de Parati- RJ a Diamantina-MG, que posteriormente se dividiu em caminho novo e velho, onde a mesma agregou às cidades o caráter de Cidade Histórica, referência no quesito de preservação e religiosidade (CUNHA, 2007).

No período compreendido entre 1703 a 1704, o português Manuel João de Barcelos descobriu, nas fraldas dos montes, ricas manchas de ouro, e os paulistas Pedro do Rosário e Lourenço da Costa iniciaram os trabalhos de faiscação. Nas encostas das serras, atualmente denominadas Senhor do Monte e Mercês, onde ainda há reservas de ouro, surgiu o outro arraial - o do Rio das Mortes - com sua igreja (no local denominado Morro da Forca) consagrada a Nossa Senhora do Pilar, originando-se aí São João Del Rei (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Na guerra entre paulistas e emboabas, ainda no início do século XVIII, foi o arraial do Rio das Mortes fortemente abalado com a morte e o afastamento dos paulistas, aos quais foram usurpadas as minas. Apesar dessas lutas e disputas, a povoação continuou a prosperar (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A construção da estrada de ferro (1878-1881) e a chegada, em 1886, de imigrantes italianos, procedentes de Bolonha e Ferrara, aceleraram o progresso do Município. Esses imigrantes, destinados a agricultura, localizaram-se na Várzea do Marçal, onde formaram as colônias do Marçal, Recondego e Felizardo, e na Fazenda José Teodoro. Posteriormente, grande número de sírios fixou-se no Município, dedicando-se de preferência ao comércio (INSTITUTO BRASILEIRO DE

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A comarca, criada com o nome de Rio das Mortes em 1714, recebeu, por força da Lei estadual número 11, de 13 de novembro de 1891, a denominação de São João Del Rei (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em 1881, a cidade de São João Del-Rei integra-se à rede de ferrovias através da estrada de Ferro Oeste de Minas, o que impulsionou a sua vida econômica e cultural. Instalam-se novos empreendimentos, entre eles, a Companhia Têxtil Sanjoanense, em 1891, e constrói-se o novo Teatro Municipal, inaugurado em 1893. Na história da nação brasileira, São João Del-Rei tornou-se conhecida por seus educandários, suas orquestras, o Regimento Tiradentes, e em especial, pelas personalidades célebres de Tiradentes, Bárbara Heliodora e Tancredo Neves. O Estado de Minas Gerais, segundo a divisão territorial do IBGE de 2000, é dividido em doze mesorregiões, quais sejam: Campo das Vertentes, Central Mineira, Jequitinhonha, Metropolitana de Belo Horizonte, Noroeste de Minas, Norte de Minas, Oeste de Minas, Sul/Sudoeste de Minas, Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Vale do Mucuri, Vale do Rio Doce e Zona da Mata (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000).

São João del-Rei faz parte do circuito turístico trilhas dos inconfidentes juntamente com mais quinze municípios (TOLEDO et al.,2007).

Sua economia é alimentada pelo setor de serviços. Pode-se dizer que o serviço de educação contribui significativamente para a geração de emprego e renda na cidade, movimentando a economia local, especialmente a partir da instituição da Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ) no município em 2002. A cidade é conhecida por ser uma cidade universitária devido aos centros de ensino presentes no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

A cidade conta com postos de saúde tradicionais e de Unidades Básicas de Saúde, e com mais de dez unidades que fazem parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). O pronto atendimento (Urgência e Emergência) é realizado na UPA 24h Antônio Andrade Reis Filho e em o hospital nossa senhora das mercês.

Alem, implanto-se na cidade uma unidade regional do SAMU e corpo de bombeiros, responsável por atender São João del-Rei e região.

A ESF de Bom Pastor fica em a Rua Letícia Deangelo s/n perto de a rua

principal por onde transita o transporte público e é a área onde eu exerço meu trabalho, ela atende duas microáreas na 704 e a 705, minha área é a 705, ela tem 3397 habitantes, com 978 famílias cadastradas. Sendo distribuídos em: 1593 pacientes masculinos e 1804 pacientes femininas, com um índice de alfabetismo em pessoas de 15 anos e mais de 96,04%. O tipo de casa que predomina é de tijolo/adobe com condições de habitação favoráveis. Tem serviços de luz elétrica, água, telefonia, e as pessoas vivem a maioria do trabalho assalariado.

O trabalho e funcionamento do posto de saúde durante a semana é de 07:00hrs às 17:00 horas e de segunda até sexta-feira. A equipe está formada por enfermeiro (Gerente do PSF), médico, dois odontologistas, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários, duas técnicas de odontologia e uma auxiliar de serviços gerais.

As consultas médicas são por demanda agendada e programada que pode ser: com cuidado continuado ou demanda espontânea fundamentalmente, além de consultas médicas em visitas domiciliares. Os espaços têm infraestruturas pouco adequadas onde se realizam as atividades diárias de saúde. Têm prioridade programas de saúde específicos como Vacinação, Atenção à mulher grávida, Puericultura, acompanhamento a doente com doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis. Além disso, desenvolvem-se atividades de promoção à saúde e estímulo à prática de atividades físicas e hábitos saudáveis.

Em nossa unidade de saúde realizamos discussão com a equipe de saúde, para conhecer os principais problemas que temos na comunidade da área de abrangência. O trabalho em equipe permitiu definir os principais problemas que apresenta a comunidade, os que tiveram este ordem de prioridade depois da análise dos mesmos:

- Alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica com alterações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.
- Alta prevalência de depressão e ansiedade.
- Alta incidência de parasitose intestinal.
- Alta incidência e prevalência de Diabetes Mellitus.
- Alto número de fumantes e Alcoolismo.

Na comunidade o maior problema de saúde que estamos enfrentando é a alta incidência e prevalência da HAS, onde mais do 20 % da população maior de 18 anos têm hipertensão arterial.

## 2 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) 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-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acessos a medicamentos (BRASIL, 2006).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (WILLIAMS, 2010).

A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta. Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial. Existe boa evidência médica de que medidas de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais

e coletivos para a prevenção da HAS e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006).

O PSF de Bom Pastor o maior problema de saúde que estamos enfrentando é a alta incidência e prevalência da HAS, onde mais do 20 % da população maior de 18 anos têm hipertensão arterial com alterações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo, gerando maior atendimento a demanda espontânea e urgências pela doença.

Neste contexto, este projeto visa realizar ações de saúde com vistas aborda vários aspectos da doença, sensibilizando aos hipertensos sobre o benefício do tratamento, os fatores de riscos cardiovasculares e complicações, cobrindo o espectro da ajuda familiar, além disso, lograr um melhor controle dos pacientes e à redução de complicações em estes casos na área de abrangência. Pelo que foi necessário elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento desses pacientes.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Geral**

Verificar a eficácia da intervenção educativa como método para diminuir complicações cardíacas de hipertensos cadastrados no ESF Bom Pastor, município de São João Del Rei-MG.

#### **Específicos**

1. Identificar o nível de conhecimento sobre HAS, em relação à etiologia, sintomas e fatores desencadeantes das exacerbações da doença.
2. Realizar intervenções educativas, de acordo com as necessidades identificadas.
3. Avaliar o nível de conhecimento sobre a doença e sobre a prevenção das exacerbações ou complicações dos pacientes hipertensos.

## 4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção implementado em no PSF Bom Pastor área 705 em 2016. O público-alvo foram os pacientes hipertensos cadastrados maiores de 18 anos.

A equipe ao definir as prioridades levou em conta a importância do problema e capacidade para enfrentá-lo. Considerou a alta incidência e prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), na primeira etapa foi realizado o diagnóstico de saúde do PSF Bom Pastor, realizado por meio da análise dos prontuários, consultas médicas, visitas domiciliares, reuniões, utilizando o método de estimativa rápida para encontrarem os problemas. Para facilitar o diálogo entre os atores que participam no processo de planejamento o emprego do Planejamento Estratégico Situacional (PES) é fundamental para o domínio do método. O conhecimento de todos os aspectos relacionados ao PES é importante durante a gestão de qualquer plano de ação.

A hipertensão arterial sistêmica foi um problema com muitas consequências, em o ESF 705 bom pastor, desenvolvido principalmente pela falta de conhecimento da doença em questão e a falta de acompanhamento do paciente, por isso tem com frequência muitos pacientes que fazem-se o diagnóstico inicial por uma complicação.

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações referentes a estudos de Hipertensão Arterial Sistêmica, riscos cardiovasculares e suas complicações, nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base de dados eletrônica Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no site do Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 1980 a 2015, utilizando os seguintes descritores: Hipertensão. Educação em Saúde. Intervenção Médica Precoce.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **5.1 Epidemiologia da hipertensão arterial**

Os estudos epidemiológicos sobre a hipertensão arterial sistêmica no Brasil iniciaram-se no final da década de 1970 foram publicados os primeiros estudos brasileiros sobre epidemiologia da hipertensão arterial (HA) no Brasil.

Silenciosa, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil. Em 2008, 2.969 óbitos foram registrados em excesso pelas doenças cerebrovasculares em comparação ao total de óbitos por doenças isquêmicas do coração; portanto, a importância social da HAS é incontestável (LESSA, 2010).

A identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade, em quase todos os países desenvolvidos (PASSOS et al., 2006).

Estudos clínicos demonstraram que a detecção, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares (KANDEL, 1996).

### **5.2 Hipertensão Arterial sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ( $PA \geq 140 \times 90$  mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (Brasília, 2013). A hipertensão arterial pode ser essencial (primária) ou secundária segundo a etiologia. Em a Hipertensão Primária na maioria das vezes, as causas não são identificadas. Alguns estudos apontam que pode ter causas hereditárias (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).



Fatores podem contribuir para o surgimento e complicações da doença, como: estresse, obesidade, hipercolesterolemia, sedentarismo, má educação alimentar, etc (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em pacientes com hipertensão arterial que não fazem tratamento em um longo período de tempo podem aparecer danos em órgãos como: o cérebro, os olhos, o coração, os rins e sistema vascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

Em nossa área de abrangência existem vários fatores de risco que favorecem a aparição desta doença crônica e entre eles temos: sobrepeso, obesidade, dislipidemias, maus hábitos dietéticos e estilos de vida, pouca prática de nenhuma de exercício físico, nível de pressão social, nível baixo de informação, também tem influência o modelo de desenvolvimento econômico e social o qual é determinante na política pública e tem influência no modelo assistencial e na estrutura dos serviços de saúde.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, contribuem para definir o diagnóstico clínico e da conduta terapêutica. Além disso informam ao paciente hipertenso como deve fazer o tratamento e as medidas que deve seguir para evitar complicações.

É preciso convencer ao paciente de manter o tratamento para que não tenham complicações fatais. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que uma grande parte de os pacientes hipertensos também apresenta outras doenças, como diabetes, dislipidemia etc, e isso implica um gerenciamento das ações terapêuticas que sejam precisadas para o controle de diversas condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.

### **5.3 Fatores de Risco para Hipertensão Arterial**

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) são:

- **Idade:** Existe relação direta e linear da PA com a idade<sup>1</sup>, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

- **Gênero e etnia:** A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5ª década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca.
- **Excesso de peso e obesidade:** O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m<sup>2</sup> no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão. A obesidade central também se associa com PA.
- **Ingestão de sal:** Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Por outro lado, o efeito hipotensor da restrição de sódio tem sido demonstrado.
- **Ingestão de álcool:** A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral.
- **Sedentarismo:** Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.
- **Fatores socioeconômicos:** A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.
- **Genética:** A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver HAS.
- **Outros fatores de risco cardiovascular:** Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável.

**A pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos) pode classificar-se em:** < 120/< 80mmHg(ótima);

- ✓ < 130 /< 85 mmHg (normal);
- ✓ 130-139/85-89mmHg(limítrofe\*);
- ✓ 140-159/90-99mmHg(hipertensão estagio 1);
- ✓ 160-179/100-109mmHg (hipertensão estagio 2);
- ✓ ≥ 180/≥ 110mmHg (hipertensão estagio 3);

- ✓  $\geq 140 / < 90$  mmHg (hipertensão sistólica isolada).

**Os fatores de risco cardiovascular adicionais nos pacientes com HAS segundo a VI diretrizes brasileira, 2010 são:**

- ✓ Idade (homem  $> 55$  e mulheres  $> 65$  anos).
- ✓ Tabagismo.
- ✓ Dislipidemias: triglicérides  $\geq 150$  mg/dL; LDL colesterol  $> 100$  mg/dL; HDL  $< 40$  mg/dL.
- ✓ Diabetes melito.
- ✓ História familiar prematura de doença cardiovascular: homens  $< 55$  anos e mulheres  $< 65$  anos.
- ✓ \*Segundo a VI diretrizes brasileira, 2010 a estratificação do risco cardiovascular global pode ser:
- ✓ Pacientes com pressão arterial: ótima, normal e limitrofe sem fator de risco o risco cardiovascular é basal.
- ✓ Pacientes com pressão arterial: ótima, normal, limítrofe com 1-2 fatores de risco e com hipertensão estágio 1 (sem fator de risco) :tem risco baixo adicional.
- ✓ Pacientes com pressão arterial: ótima, normal com 3 ou mais fatores de risco, Lesão de Órgãos-Alvos ou Síndrome Metabólica-Diabetes Mellitus; além dos pacientes com hipertensão estágio 1 (com um ou dois fatores de risco) e hipertensão estágio 2 (sem fator de risco e com um ou dois fatores de risco) :tem moderado risco adicional.
- ✓ Pacientes com pressão arterial limítrofe; hipertensão estágio 1, hipertensão estágio 2 com três ou mais fatores de risco, e pacientes com hipertensão arterial estágio 3, Lesão de Órgãos-Alvos ou Síndrome Metabólica-Diabetes Mellitus sem fator de risco: tem alto risco adicional.
- ✓ Pacientes com pressão arterial ótima, normal, limítrofe, hipertensão estágio 1 e 2 com condições clínicas associadas tem risco adicional muito alto.
- ✓ Além que os pacientes com hipertensão estágio 3 que tem um ou dois fatores de risco; ou três ou mais fatores de risco, Lesão de Órgãos-Alvos ou Síndrome Metabólica-Diabetes Mellitus e/ou condições clínicas associadas tem um risco adicional muito alto.

Esta estratificação é feita segundo: risco adicional atribuído à classificação de hipertensão arterial de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas (Classe IIa, Nível C).

#### 5.4 Complicações na hipertensão arterial

Existem incontáveis trabalhos em relação na prevalência da hipertensão arterial sistêmica na literatura mundial. No Brasil, alguns trabalhos avaliam a associação entre a hipertensão arterial sistêmica e características demográficas, como faixa etária, sexo, grupo étnico, nível socioeconômico, tabagismo, consumo de álcool, ingestão salina, estresse, diabetes e obesidade. Entretanto, pouca atenção tem sido dada ao controle do tratamento anti-hipertensivo, responsável pelo insucesso terapêutico em até mais de 60% dos casos (FREITAS et al., 2001).

O risco de complicações de hipertensão arterial, em geral, é maior em homens do que em mulheres. Os idosos têm mais risco de complicações cardiovasculares, acentuadamente aumentadas nas mulheres após a menopausa (NOBLAT, 2004). Além da idade, a raça também deve ser levada em consideração, se não faz um tratamento farmacológico ou não farmacológico pode ter complicações em órgãos alvos como em cérebro, olhos, coração, rins, e sistema vascular mais podem acometer muitas complicações que podem ter um final fatal.

Pacientes que não fazem tratamento médico (farmacológico e não farmacológico) desenvolvem complicações como no nível do coração: a hipertrofia ventricular esquerda e disfunção diastólica foram as complicações mais freqüente em nos pacientes em consultas. Tem outras complicações como retinopatias hipertensivas que não aconteceria se tivesse um bom acompanhamento do paciente, e se este levava um tratamento certo com um exame do fundo de olho pelo menos anual e uma tabela de Snellen (conhecida como Escala Optométrica de Snellen é utilizada para fazer pré-diagnóstico da acuidade visual das pessoas, o teste utiliza um letreiro no qual aparecem letras ou números, e que o paciente deve dizer o que enxerga) é o exame que avalia o potencial da visão em os pacientes para avaliar a acuidade visual e assim prevenir a perda da visão por uma hemorragia tanto retiniana como vítrea. Mais não tem o oftalmoscópio em o ESF e o medico oftalmologista demora demais para avaliar os pacientes pela gram demanda ou outras causas.

Alem tem outras complicações que foram encontraram que atingem na população como: doenças vasculares hipertensivas tanto hemorrágicas como isquêmicas e insuficeça renal crônica.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Após a análise do diagnóstico de saúde foram identificados os problemas fundamentais:

Em a nossa comunidade o maior problema de saúde que estamos enfrentando é a alta incidência e prevalência da HAS, onde mais do 20 % da população maior de 18 anos têm hipertensão arterial. Pelo que esta em correspondência com a situação de saúde a nível mundial.

Elevado número das Doenças mentais e de consumo de psicofarmacos: Tem dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com síndrome Bipolar, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia) transtorno do humor e ansiedade, e transtornos do sono.

O elevado número de verminose intestinal: tem incidência a qualquer idade com predomínio em as crianças.

Elevado número de drogadição e alcoolismo: Aqui podemos observar que as pessoas com baixa condição socioeconômica são, mas propensos para o consumo de drogas ilícitas e álcool.

### 6.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Os problemas foram selecionados pela ESF 705 Bom Pastor considerando os seguintes critérios: importância, urgência e principalmente pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Solicitou-se sua classificação em: importante, menos importante e residual e se outorgou um valor a cada problema de zero a dez pontos.

**Quadro 1.** Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional.

Comunidade PIO II – PSF Bom Pastor (705) / Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesão ao	Alta	9	Parcial	1

tratamento.				
Elevado numero de pacientes com doenças mentais e em uso de medicamentospsicotrópicos	Alta	8	Parcial	2
Elevado numero de pessoas com parasitose intestinal.	Alta	6	Parcial	3
Elevada prevalência de Diabetes Mellitus.	alta	8	parcial	5
Elevado numero de pacientes alcoólicos e usuarios de drogas.	Alta	7	Parcial	4

**Fonte: Autor**

Após da priorização dos problemas identificados, o orden de prioridades ficou como pode se ver no Quadro 1.

O problema escolhido foi “A alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicacoes cardiologicas pela baixa adesao do tratamento ,e por ser dentro os outros problemas, aquele que na equipe pode fazer um maior enfrentamento e pela repercusao de suas consequências e complicações para o paciente, a comunidade e os serviços de saúde.

### **6.3 Terceiro e Quarto Passos: Descrição e Explicação do Problema**

A hipertensao arterial sistemica (HAS) e uma condicao clinica multifatorial caracterizada por niveis elevados e sustentados de pressao arterial (PA). Associa-se frequentemente a alteraçoes funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alteraçoes metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais importantes causas de morbi-mortalidade universal, e identificada como um dos mais prevalentes fatores de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva. A elevada prevalência desta condição clinica e as devastadoras seqüelas atribuídas ao não adequado controle da pressão arterial estão bem documentadas e incluem, além das doenças cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura. O impacto desses dados e a perspectiva do controle da

elevação da pressão arterial, através de estratégia terapêutica bem aplicada, justificam a alta prioridade que deve ser dada à sua detecção pelos médicos, tanto os clínicos gerais como os especialistas. Apesar da grande variedade e disponibilidade dos agentes anti-hipertensivos disponíveis para o tratamento da HAS, menos de 1/3 dos pacientes hipertensos adultos tem a sua pressão adequadamente controlada. Dados epidemiológicos da população dos EUA têm evidenciado que de 54% das pessoas que sabem ser hipertensas e recebem tratamento para esta condição, apenas 27% têm a sua pressão arterial controlada em níveis recomendados (ANDRADE E COLS, 2002).

Pela elevada prevalência de pacientes Hipertensos sem bom controle que tem causas como:

- Baixo nível de informação sobre a doença, conseqüências e riscos.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Baixo nível socioeconômico.

#### **6.4 Quinto passo: Identificação dos nós críticos**

Foram selecionados como “nós críticos”:

- Hábitos e estilos de vida inadequados
- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.
- Falta de apoio da família.
- Nível de conhecimento baixo sobre os riscos e complicações da HAS de a população.
- Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o de atendimento de pacientes.

#### **6.5 Sexto passo: Desenho das operações**

**“Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, em São João Del rei, Minas Gerais.**

---

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos e Estilos de Vida Inadequados.
<b>Operação</b>	Modificar Estilos e hábitos de vida.
<b>Projeto</b>	Melhorar a saúde.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuição dos hábitos e estilos de vidas inadequados.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliação do nível de conhecimento dos pacientes e sua motivação em nas atividades. Programas Educacionais com população vulnerável.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Medica, enfermagem, agentes comunitarias.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: posto de saúde, sala de reunião. Cognitivo: Atividades educativas. Financeiro: Folhetos Educativos. Político: Mobilização Social.
<b>Recursos críticos</b>	Conseguir um espaço na comunidade para fazer a labor educativa e para na incorporação da família al grupo recursos econômicos: materiais didáticos, educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: secretaria de saúde. Motivação: favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão de gestores.
<b>Responsáveis:</b>	Gerente do ESF e médica.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Desenvolvimento de tudo o projeto /inicio dois meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestao e acompanhamento permanente. Avaliacao gerais cada dois meses.

Fonte: Autor.

“Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema "Alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesao ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de



**Saúde da Família, em São João Del rei, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 2</b>	Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.
<b>Operação</b>	Aumentar a capacitação da equipe para trabalhar e acompanhar ao paciente com HAS.
<b>Projeto</b>	Saber +
<b>Resultados esperados</b>	Cobertura adequada ao 100% da população com HAS. Diminuir a prevalência de HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica, enfermagem.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: livros, internet, folhetos. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: Financiamento dos projetos. Político: Mobilização Social + aprovação dos projetos.
<b>Recursos críticos</b>	Recursos econômicos: materiais didáticos, educativos. Livros e folhetos de hipertensão arterial em atenção básica de saúde.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: coordenadora do ESF. Motivação: favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão de gestores.
<b>Responsáveis:</b>	Gerente do Esf e médica.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Desenvolvimento de tudo o projeto /início dois meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestão e acompanhamento permanente Avaliação gerais cada dois meses

Fonte: Autor.

“Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema "Alta

**prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, em São João Del rei, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de apoio da família.
<b>Operação</b>	Aumentar a participação familiar com o paciente usuário.
<b>Projeto</b>	Interação familiar +
<b>Resultados esperados</b>	Melhora em na ajuda da família
<b>Produtos esperados</b>	Programas educativos com participação ativa da família
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica , enfermagem, agente comunitária
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: posto de saúde, sala de reunião. Cognitivo: Atividades educativas. Financeiro: Folhetos Educativos Político: Mobilização Social.
<b>Recursos críticos</b>	Conseguir um espaço na comunidade para fazer a labor educativa e para na incorporação da família al grupo recursos econômicos: materiais didáticos, educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: comunicação social. Motivação: favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão de gestores
<b>Responsáveis:</b>	Gerente do ESF, médica, e associações do bairro.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Desenvolvimento de tudo o projeto /início dois meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestão e acompanhamento permanente. Avaliação gerais cada dois meses. Avaliação de atividades de grupo, palestras e visitas domiciliares.

Fonte: Autor.

“Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, em São João Del rei, Minas Gerais.

<b>Nó crítico 4</b>	Nível de conhecimento baixo sobre os riscos e complicações da HAS de a população.
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de conhecimento sobre os riscos e complicações da HAS.
<b>Projeto</b>	Saber +.
<b>Resultados esperados</b>	Diminuir o número de pacientes com complicações por HAS, e na prevalência de HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos das complicações da HAS.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica , enfermagem
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: posto de saúde, sala de reunião. Livros, internet, folhetos. Cognitivo: Atividades educativas. Financeiro: Folhetos Educativos. Político: Mobilização Social.
<b>Recursos críticos</b>	Recursos econômicos: materiais didáticos, educativos.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Setor de comunicação social, Secretaria de Educação. Motivação: favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão de gestores.
<b>Responsáveis:</b>	Gerente do ESF e médica.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Desenvolvimento de tudo o projeto /inicio dois meses.
<b>Gestão,</b>	Gestao e acompanhamento permanente.

<b>acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação gerais cada dois meses. Avaliação de atividades de grupo, palestras, consultas médicas e visitas domiciliares.
-----------------------------------	---

Fonte: Autor.

**“Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Alta prevalência de Hipertensão Arterial com complicações cardiológicas pela baixa adesão ao tratamento”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, em São João Del rei, Minas Gerais.**

<b>Nó crítico 5</b>	Estrutura dos serviços de saúde inadequados para enfrentar o atendimento de pacientes.
<b>Operação</b>	Melhorar a estrutura do sistema de saúde para enfrentar este tipo de atendimento. Implantar o mecanismo de referência e contra referência.
<b>Projeto</b>	Acceso +.
<b>Resultados esperados</b>	Garantia dos exames previstos nos protocolos para os pacientes com HAS.
<b>Produtos esperados</b>	Capacitação do profissional da saúde e aumento das consultas e instituições hospitalares para internação dos pacientes.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Secretario de saúde.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: secretaria de saúde.  Cognitivo: Elaboração dos protocolos para atendimento.  Financeiro: Folhetos Educativos.  Político: Mobilização Social+ adequação dos programas de saúde.
<b>Recursos críticos</b>	Aumentar os recursos para melhorar os serviços.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretario Municipal de Saúde. Motivação: favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Adesão de gestores.
<b>Responsáveis:</b>	Secretario de saúde.

<b>Cronograma / Prazo</b>	Desenvolvimento de tudo o projeto /inicio dois meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Gestao e acompanhamento permanente. Avaliacao gerais cada dois meses.

**Fonte: Autor.**

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados levantados foi possível compreender que predominantemente temos uma população jovem segundo as famílias cadastradas.

A Hipertensão Arterial é um grande problema de saúde pública e torna-se cada vez, mas numeroso os afetados por essa doença crônica ao nível mundial. Esta doença afeta por geral na população adulta sobre tudo idosos por lo que è de muita importância fazer este estudo com os hipertensos de nossa área para assim diminuir sua prevalência e suas complicações.

Acreditamos que a educação em saúde na Atenção Básica, em especial na Estratégia Saúde da Família, consiste num dos principais elementos de promoção da saúde, pois além de os profissionais conhecerem os fatores de risco para diversas doenças, aqui citando a Hipertensão arterial, sabem quais são os hábitos de vida daquela população, assim fica mais fácil de implementar uma intervenção positiva.

Para isso, além da necessidade de mudança de paradigmas biomédicos e da valorização de novos conceitos sobre o processo saúde-doença, faz-se necessário que os usuários de saúde sejam co-produtores de um processo educativo para as mudanças de hábitos, contribuindo para que diminua a frequência de vários agravos, incluindo a hipertensão arterial, melhorando a qualidade de vida da população e garantindo um envelhecimento saudável.

As atividades educativas voltadas para a população devem ter por objetivo prevenir a hipertensão arterial, já para aqueles que têm a hipertensão arterial instalada as atividades devem ser voltadas para a redução dos níveis de pressão arterial, controle de outros fatores de risco cardiovasculares e a redução do uso de medicamentos anti-hipertensivos. As estratégias recomendadas devem ser voltadas para a cessação do tabagismo e do uso abusivo de álcool, redução do peso entre aqueles com sobrepeso, implementação de atividades físicas, redução do consumo de sal, aumento do consumo de hortaliças e frutas, além da diminuição de alimentos gordurosos, estímulo ao auto cuidado e promoção a uma vida saudável.

Acredito que este trabalho possa servir principalmente para que os profissionais da saúde pensem em como se da à relação profissional/paciente e qual é a forma de repasse de informações para uma população que necessita de informações para a manutenção de uma qualidade de vida saudável, já que muito se

faz e às vezes tendo pouco resultado.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, P.J. et al. Aspectos epidemiológico da aderência ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v.79, n.4, p.375-379, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p.
- BRASIL. Ministério da saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Brasília: Ministério da saúde, 2010.
- CAMPOS, C.F.C. et al. Elaboração do plano de ação. Disponível em Módulo Planejamento e Avaliação em Saúde do curso Estratégia de Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Plataforma Nescon Agora.
- CABRERA-PIVARAL, C.E. et al. Impacto de la educación participativa en el índice de masa corporal y glicemia en individuos obesos con diabetes tipo 2. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 1, p. 275-281, 2004.
- DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO VI. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v.13, n. 1, p. 7-10, 2010.
- FREITAS O.C. et al. Prevalência da Hipertensão arterial em Catanduva. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 77, n. 1, p. 9-15, 2001.
- IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Revista brasileira de estadísticas*. Dados do censo 2010 publicados no DOU em 04/01/2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>.
- KANNEL, W. B. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. *JAMA*, n. 273, p. 1571-1576, 1996.
- LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. *Revista Brasileira Hipertensão*, v. 8, n. 4, p. 383-392, 2001.
- LESSA, I. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 8, p.1470, 2010.
- PASSOS, V. M. A, ASSIS, T. D; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 35-45, 2006.



SANJULIAN A.F. Fisiopatologia da hipertensao arterial: conceitos teoricos uteis para a pratica clinica. Revista brasileira de cardiologia, Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio, v. 15, n. 4, p.210,2002.

SIMONNETTI, J.P; BATAISATA, L.; CARVALHO, L.R. Hábitos de saúde e fatores de riscos em pacientes hipertensos. Revista Latino-americana Enfermagem, v. 10, n.3, p. 415-422, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 95 (supl.1), p. 1-51, 2010.

TOLEDO DE OLIVEIRA, S, DA COSTA JANUÁRIO, M. V. O turismo em São João Del Rei - Minas Gerais: um analise preliminar. CULTUR- Revista de Cultura e Turismo, ano 01, n. 01, p. 04, 2007.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. JACC, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.