

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

ARGELIO RUBIO DONIS

Proposta de intervenção para incrementar o nível de conhecimento da população hipertensa para melhorar a adesão ao tratamento e prevenção das complicações no programa saúde da família de moema, minas gerais.

Formatado: Fonte: Não Negrito

Bom Despacho/ Minas Gerais

2015

ARGELIO RUBIO DONIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA INCREMENTAR O NÍVEL DE
CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO HIPERTENSA PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOEMA, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Profa. Wânia da Silva Carvalho

Bom Despacho/Minas Gerais

2015

ARGELIO RUBIO DONIS

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA INCREMENTAR O NÍVEL DE
CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO HIPERTENSA PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DAS COMPLICAÇÕES NO
PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MOEMA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Profa. Wânia da Silva Carvalho/UFMG

Examinador 2 – Profa. Silvana Spíndola de Miranda/UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

DEDICATÓRIA

Primeiramente a Deus, porque sem Ele nada é possível.

A minha mãe que tanto amo, por guiar sempre meus passos e caminhar junto a mim desde o céu.

A toda minha família que me apoia constantemente e que tanto necessito.

A meus amigos e a povo de Moema por me acolher e me brindar seu carinho.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof. Wania Da Silva Carvalho por suas orientações e educação.

A minha equipe, por sua ajuda e contribuição.

A meus companheiros de trabalho do Posto de Saúde Alexander de Oliveira Filho.

A Secretária de Saúde por sua ajuda incondicional.

.

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, cujo controle é essencial para a prevenção de complicações, em longo prazo, relacionadas à morbidade e à mortalidade cardiovascular e cerebral, dentre outras. O tratamento da HAS baseia-se em medidas não-farmacológicas e farmacológicas. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a orientação médica e o comportamento do paciente. Em nossa unidade, observa-se a dificuldade na manutenção da pressão arterial dos hipertensos, de forma continuada, que pode estar relacionada à falta de adesão desses pacientes ao tratamento. O presente trabalho tem como objetivo propor um plano de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família no PSF Alexandre Oliveira Filho em Moema, MG, além de avaliar os fatores envolvidos na dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo sob o ponto de vista do paciente. Iniciou-se com o diagnóstico situacional em saúde, por meio dele priorizou-se o problema do alto número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde e a baixa adesão ao tratamento. Em seguida explicação do problema e levantou-se os nós críticos e por fim foi necessário uma revisão de literatura para subsidiar o referencial teórico sobre o tema proposto e posteriormente elaborou-se o plano de intervenção. Conclui-se que a não adesão do usuário hipertenso ao tratamento constitui um grande desafio para os profissionais que o acompanham. Deve-se elaborar estratégias de enfrentamento da problemática com foco na educação em saúde. É muito importante que a equipe de saúde conheça as dificuldades dos pacientes em aderir ao tratamento anti-hipertensivo com o objetivo de tentar corrigi-las, juntamente com o paciente, para melhor controle da HAS

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica, adesão ao tratamento da hipertensão, educação em saúde.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a chronic disease for which control is essential to prevent complications in long-term related morbidity and cardiovascular mortality and brain, among others. The treatment of hypertension based on pharmacological and non-pharmacological measures. Membership is considered a treatment the degree of coincidence between the medical personnel and the patient's behavior. In our unit, there is the difficulty in maintaining the blood pressure of hypertensive patients, continuously, which may be related to lack of adherence to treatment of these patients. This study aims to propose an action plan to improve the adherence of hypertensive patients registered in the Family Health Strategy in the PSF Alexandre Oliveira Filho in Moema, MG, and to evaluate the factors involved in adhesion of difficulty to antihypertensive treatment from the point of view of the patient. It began with the situational diagnosis in health, through it prioritized the problem of the high number of registered hypertensive health unit and the low adherence to treatment. Then explanation of the problem and rose critics us and finally a literature review was necessary to support the theoretical framework on the theme and later elaborated that the intervention plan. It is concluded that no user membership hypertensive treatment is a major challenge for the professionals that accompany it. Should develop coping strategies of the issue focused on health education. It is very important that health staff know the difficulties of patients to adhere to antihypertensive treatment in order to try to fix along with the patient, to better control of hypertension

Keywords: Hypertension, adherence to treatment of hypertension, health education.

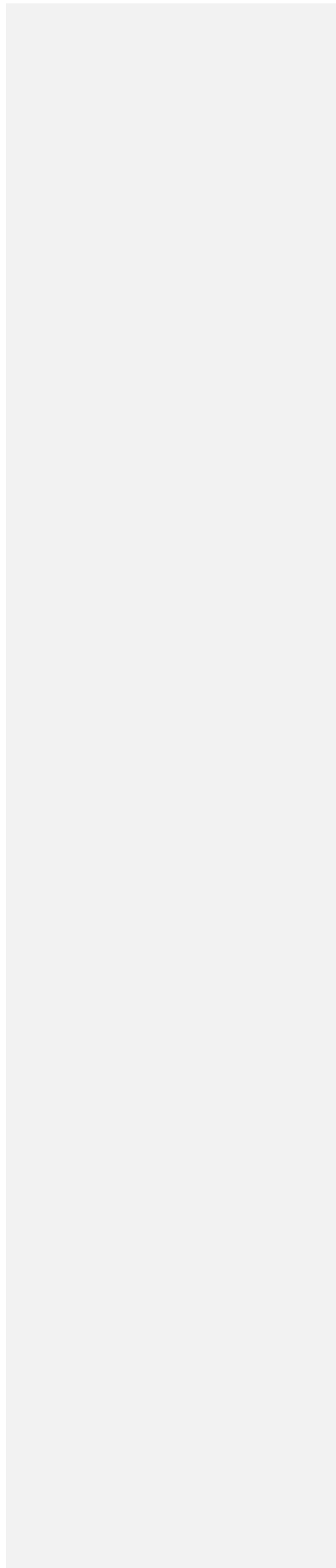
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
SBH	Sociedade Brasileira de Hipertensão
OMS	Organização Mundial de Saúde
ESF	Estratégia da Saúde da família
PSF	Programa Saúde da Família
IMC	Índice de massa corporal
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino – Americana e do Caribe
DVC	Doença Cardiovascular
PA	Pressão Arterial

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL EM SAÚDE.....	14
3 JUSTIFICATIVA.....	20
4 OBJETIVOS.....	22
5 METODOLOGIA.....	23
6 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
7 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERENCIAS.....	36

|



1- INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde no país, não só pela elevada prevalência — cerca de 20% da população adulta — como também pela acentuada parcela de hipertensos não diagnosticada, ou não tratada de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono do tratamento (BRASIL, 2001).

Em 2000, aproximadamente 26% da população adulta em todo o mundo já apresentava HAS e esta proporção deverá aumentar para 29% no ano de 2025, se não houver prioridades como as medidas de intervenção. O aumento na prevalência é esperado principalmente em países em desenvolvimento (SILVA, 2004).

A hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por acometimento cardíaco, cerebral, renal e vascular periférico. É responsável por 25 a 40% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e dos acidentes vasculares cerebrais, respectivamente. Essa multiplicidade de consequências coloca a hipertensão arterial na origem das doenças cardiovasculares e, portanto a caracteriza como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos.

No Brasil, a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) estima que haja 30 milhões de hipertensos, cerca de 30% da população adulta. Entre as pessoas com mais de 60 anos, mais de 60% tem hipertensão. No mundo, são 600 milhões de hipertensos, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008). Embora o problema ocorra predominantemente na fase adulta, o número de crianças e adolescentes hipertensos vem aumentando a cada dia. A SBH estima que 5% da população com até 18 anos tenham hipertensão totalizando 3.5 milhões de crianças e adolescentes brasileiros. A meta Brasileira para os próximos dez anos é reduzir o impacto das doenças crônicas não transmissíveis para menos de 10% das estatísticas atuais segundo a SBH (BRASIL, 2010).

Assim, enquanto as evidências de benefícios de tratamento para indivíduos nessa situação, que representam um contingente excepcional da população geral, não são geradas, deverá então implementar medidas de prevenção primária. Nesse sentido, as modificações de estilo de vida estão definitivamente comprovadas como eficazes e devem ser estimuladas para a população geral e para os grupos de maior risco.

Para evitar as complicações e mortalidade devido a HAS o tratamento continua sendo a principal ferramenta. CARVALHO et al., 2013 esclareceram que para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no entanto para que haja êxito terapêutico, o principal desafio é a adesão do paciente ao tratamento.

O logro da adesão ao tratamento é fundamental para conseguir resultados favoráveis de saúde na população hipertensa, mas não é uma tarefa fácil e muitas vezes a falta de conhecimento é seu principal obstáculo. Alguns autores, ressaltaram que a adesão ocorre somente quando o paciente tem a percepção dos benefícios e resultados positivos, tornando-se suficientemente motivado a aderir-lo. Sugere, assim, que o doente assuma participação em seu tratamento como agente, em contraposição a paciente, termo este associado à idéia de passividade (OLIVEIRA et al., 2013)

Como toda doença crônica que precisa de acompanhamento e tratamento a longo prazo o paciente habitualmente não cumpre nem com o acompanhamento nem com o regime nem também com a medicação recomendada e viola pelo menos um desses. CASTRO et al.2010 descreveram que a não adesão refere-se a um comportamento não coincidente com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Assim, existem várias formas do paciente não aderir ao tratamento como o não comparecimento às consultas médicas e o não seguimento das mudanças no estilo de vida recomendado. Quando o tratamento é mais complexo e mais longo, a baixa adesão torna-se mais frequente.

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) por suas ações destinadas ao indivíduo, comunidade, meio ambiente onde a aplicação da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação tornam-se uma realidade. Junto à ESF os profissionais obtém um alto grau de relacionamento com a comunidade conseguindo o acompanhamento e com ele reduzindo a progressão da HAS e diminuindo o número de acidente vascular

encefálico, a ocorrência de insuficiência cardíaca congestiva, doença renal e doença arterial coronária (CASTRO, V.D, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os valores admitidos: 120/80 mmHg, em que a pressão é considerada ótima; 130/85 mmHg limítrofe e valores superiores a 140/90 mmHg, é considerada Hipertensão (BRASIL, 2001)

Devido ao elevado número de casos de hipertensão arterial na Unidade de Saúde Alexandre de Oliveira Filho de Moema, justifica-se então, a realização do plano de intervenção com o objetivo de evitar a baixa adesão ao tratamento dessa doença, surgimento de casos novos e reduzir as complicações provenientes da hipertensão, atuando sobre os fatores de risco e mudanças do estilo de vida da população em geral para melhorar sua qualidade de vida.

1.1 Contexto de desenvolvimento do projeto de intervenção

Localizado na região do Alto São Francisco, o município de Moema se estende por 202,7 km² e contava com 7428 habitantes no último censo. A densidade demográfica é de 34,7 habitantes por km² no território do município. Vizinho dos municípios de Lagoa da Prata, Bom Despacho e Araújos, Moema se situa a 16 km a Norte-Leste de Lagoa da Prata a maior cidade nos arredores. Situado a 662 metros de altitude, de Moema as coordenadas geográficas do município Latitude: 19° 51' 5" Sul Longitude: 45° 24' 45" Oeste (DIVISÃO TERRITORIAL DO BRASIL, 2008).

Os primeiros povoados da região que hoje compõe o município de Moema foram provavelmente de "Negros Forros", fugindo do imposto da Capitação. A sesmaria do Ribeirão de Santo Antônio foi a primeira demarcação oficial de terras na região, feita em 16 de julho de 1767. O povoado do "Doce", que posteriormente formaria o município de Moema, teve em suas origens dois personagens principais: Manoel da Costa Gontijo e Pedro Ferreira da Silva, que foram os dois primeiros brancos a fixar residência no povoado. A Existência de negros vivendo no povoado anteriormente à chegada desses dois senhores brancos é provável, mas não existem registros históricos a respeito (ENCICLOPÉDIA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, 2007).

Pedro Ferreira da Silva Júnior era neto de Manoel da Costa Gontijo e filho de Pedro Ferreira da Silva, e foi na sua parcela das terras herdadas do avô, com o falecimento de seu pai em 1875, que ele plantou a cruz-semente do povoado do Doce. Na sua fundação, o povoado era habitado pelos descendentes de Manoel da Costa Gontijo e suas famílias, sendo esta sua família a origem então do povoado do Doce, que depois viria a ser o município de Moema. É o cruzeiro plantado por Pedro Ferreira da Silva Júnior na época da proclamação da república que marca, segundo a tradição, a fundação do povoado.

A Primeira capela do Doce foi uma doação de Pedro Ferreira da Silva Júnior para o então padre de Bom Despacho, Pe. Nicolau Ângelo Del Duca, por volta do ano de 1900, com a condição de ter São Pedro como padroeiro. Finda a construção do altar da capela por Irineu Ferreira da Silva, vindo de Pitangui para tal construção, o povoado começou a crescer em volta dela, com a instalação de lojas, e a construção de um grupo escolar, iniciada em 1918 pelo mesmo Irineu Ferreira da Silva, em terras doadas pela família de Pedro Ferreira da Silva Júnior.

Seguindo um movimento popular, em 1923, o povoado do Doce foi elevado a Distrito de Bom Despacho, adotando então o nome de Moema. Desmembrado do município de Bom Despacho, o município de Moema foi emancipado em 12 de dezembro de 1953 (ENCICLOPÉDIA DOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS, 2007).

A ESF Alexandre de Oliveira Filho é formada pelo médico de assistência, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem e seis agentes de saúde comunitários. As agendas dos profissionais estão organizadas para diferentes formas de acesso do usuário no PSF em atenção programada e atenção à demanda espontânea.

A atenção à demanda espontânea se caracteriza por situações de urgências ou emergências onde a queixa e o estado geral do paciente é avaliada pelo médico, que dependendo das suas necessidades receberão atenção de imediato, será encaminhado para o pronto atendimento do hospital do município ou será agendada uma consulta. A atenção à demanda espontânea se realiza em qualquer horário onde a equipe disponibiliza os primeiros auxílios e se for necessário oferece suporte adequado para transferir o paciente de forma segura a outro nível mais especializado.

A atenção programada atinge todos os ciclos de vida do indivíduo, doenças crônicas e gestantes; as puericulturas são realizadas pela enfermeira da equipe. Os

atendimentos programados são agendados previamente com os usuários, caso o usuário falte ao atendimento o agente de saúde agenda novo atendimento. Os grupos operacionais são atendidos tanto nas consultas como nas visitas domiciliares. A educação em saúde dos pacientes é realizada também pelos agentes comunitários de saúde, tanto para o indivíduo doente, como para sua família. Também os médicos do PSF recebem uma educação constante com cursos, atualização terapêutica, entre outros. As reuniões da equipe de saúde são realizadas uma vez ao mês com o objetivo de planejar estratégias para melhorar a qualidade de atenção ao paciente e a família.

A Unidade de Saúde possui espaços adequados para o acolhimento dos pacientes, contando com locais com boas condições estruturais para o atendimento da população descrita.

2- DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Primeiro passo: definição dos problemas:

A seguir é apresentada a lista dos problemas levantados na área de abrangência do PSF Alexandre de Oliveira Filho do município de Moema/MG.

1 - Elevada prevalência de hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população adulta da área de abrangência do PSF;

2- Tabagismo;

3 - Dislipidemias;

4 - Alta dependência da população a psicofármacos;

5- Sedentarismo;

6- Obesidade exógena;

7- Incidência de Diabetes *Mellitus*.

Segundo passo: priorização de problemas:

A partir da definição da lista de problemas foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da

capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção foi feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Tabela 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Alexandre de Oliveira Filho de Moema/MG, 2015.

Principias problemas	Importancia	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de hipertensão arterial e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população adulta da área de abrangência do PSF.	Alta	8	Parcial	1
Tabagismo.	Alta	8	Parcial	2
Dislipidemias.	Alta	8	Parcial	3
Alta dependência da população a psicofármacos.	Alta	7	Parcial	4
Sedentarismo.	Media	5	Parcial	5
Obesidade exógena.	Media	5	Parcial	7
Incidência de Diabetes <i>mellitus</i> .	Media	5	Parcial	6

Fonte: Diagnóstico Situacional do PSF Alexandre de Oliveira Filho

Terceiro passo: descrição do problema selecionado:

A HAS é considerada como um problema de saúde pública tanto por apresentar alta prevalência e incidência, como também por ser um fator de risco para diversas patologias, principalmente para as doenças cardiovasculares, que são as principais causas de mortalidade em todo o mundo, inclusive em populações de condições socioeconômicas favoráveis, além das doenças cerebrovasculares e renais (SILVA, 2004).

Devido à sua alta prevalência e morbidade faz-se necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os já existentes evoluam para quadros mais graves até a incapacidade e a morte.

O tema escolhido para ser abordado no projeto de intervenção é a baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo (farmacológico e não farmacológico). As questões levantadas mais relevantes para justificar esse desajuste é o fato de que dentre os 314 hipertensos cadastrados e acompanhados, 116 são idosos, desses 52 tem baixo nível cultural, 26 moram sozinhos dificultando assim a adesão ao tratamento farmacológico apresentando dificuldades para memorizar os horários ou até mesmo o esquecimento com relação à tomada dos medicamentos.

No PSF escolhido para o desenvolvimento do projeto pode-se perceber outro grupo de pacientes com estilos de vida pouco saudáveis, o que contribui também para a baixa adesão ao tratamento não farmacológico. Esse é muito importante para garantir controles pressóricos adequados. Do total de pacientes hipertensos tem-se um total de 138 pacientes tabagistas, com dislipidemias: 82; sedentários: 58 (pacientes com falta ou diminuição de atividade física regular) e obesidade: 5 (Índice de Massa Corporal (IMC \geq 30).

Em relação ao tabagismo como fator de risco mais elevado para essa população, é fator modificável e produz grandes efeitos sobre sistema cardiovascular, exemplo:

“Quando um indivíduo fuma, substâncias químicas tóxicas do tabaco entram na corrente sanguínea. Alguns destes produtos enviam sinais para o coração e este passa a bater mais forte e mais rápido causando sua sobrecarga”, o coração trabalha com mais força, o músculo cardíaco aumenta sua espessura (hipertrofia), e acaba por funcionar mal com aparição de insuficiência cardíaca ou outra doença cardíaca. (LESSA, I, 2006).

As substâncias tóxicas do tabaco lançadas na corrente sanguínea também favorecem a contração dos vasos sanguíneos, tornando-os mais estreitos e forçando o sangue a percorrer um espaço menor. “A associação desses efeitos pode causar hipertensão arterial sistêmica (pressão alta) com todas as suas consequências para o organismo”, completou o especialista, lembrando que os efeitos do tabaco no coração e sistema circulatório são responsáveis por enfermidades graves, deixando muitas vezes sequelas, incapacitando o indivíduo e levando a óbito.

O fumo também reduz o LDL (bom colesterol) e aumenta a probabilidade de aparecimento de placas de gordura nas artérias, que podem provocar o infarto do miocárdio, além de aumentar também o risco de trombose: formação ou desenvolvimento de um trombo (coágulo sanguíneo) provocando obstrução parcial ou total do vaso sanguíneo. Ao longo do tempo estes efeitos aumentam em quatro vezes o risco de infarto do miocárdio e de acidente vascular cerebral (derrame cerebral) comparado com os não fumantes (LESSA, I,2006).

Fatores de riscos (modificáveis) mais comuns, encontrados na população, do PSF relacionados com a hipertensão arterial e seu inadequado controle.

Fatores de risco em pacientes hipertensos.	Número de pacientes.
Tabagistas.	138
Dislipidemias.	82
Sedentarismo.	58
Obesidade.	5

Fonte: Cadastro familiar agentes comunitários de saúde, ano 2015.

Quarto passo: explicação do problema

Hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso em ambiente tranquilo. Quase sempre, acompanham esses achados de forma progressiva, lesões nos vasos sanguíneos com consequentes alterações de órgão alvos como cérebro, coração,

rins e retina. Geralmente, é uma doença silenciosa: não dói, não provoca sintomas, entretanto, pode matar. Quando ocorrem sintomas, já decorrem de complicações (BRASIL, 2001).

As complicações da hipertensão arterial, em muitos casos, levam o paciente a requerer cuidados médicos de alto custo, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e transplante. No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e reconhecidamente envolvem custos elevados; sendo assim que além do tratamento farmacológico é necessário atuar sobre os estilos de vida e fatores de risco da população, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade por esta doença (SILVA, 2004).

Em relação a esse projeto de intervenção, percebe-se as principais dificuldades para manter um adequado controle sobre a doença identificando possíveis causas de baixa adesão ao tratamento. .

Causas de não adesão da população hipertensa do PSF Alexandre de Oliveira Filho em relação ao tratamento farmacológico:

1- Falta de conhecimento sobre Hipertensão Arterial, evolução e como prevenir as complicações.

2- Não entendimento da orientação/prescrição:

Orientação/prescrições com erros.

Dificuldade de leitura por parte do paciente e o cuidador (baixa escolaridade, analfabetismo).

3- Dificuldade de seguimento das orientações, principalmente orientações por ausência de cuidador dos pacientes idosos.

As principais causas da hipertensão arterial na população estudada em relação aos fatores de risco modificáveis são: tabagismo, dislipidemias, sedentarismo e obesidade, (IMC \geq 30).

As principais consequências do problema são as manifestações cardíacas (cardiopatias isquêmicas, insuficiência cardíaca, acidentes vasculares encefálicos e insuficiência renal e urgências hipertensivas principalmente em pacientes idosos com hipertensão sistólica isolada, aumento de internações, invalidez, óbitos,

aumento da demanda e gastos para o Sistema Nacional de Saúde.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado apresentam-se como nós críticos:

- 1) Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença e suas complicações, dificuldade de entendimento das orientações/prescrições por parte dos pacientes e/ou cuidadores, baixa escolaridade/analfabetismo do paciente).
- 2) Hábitos sociais: **tabagismo**.
- 3) Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável: **dislipidemias**, **sedentarismo** e obesidade.

3- JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial 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 alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (GUSMÃO, 2006).

O desenvolvimento da hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e agravo. Estes fatores são conhecidos como fatores de risco e, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial são: idade, sexo/gênero e etnia, fatores socioeconômicos, ingestão de sal, excesso de peso e obesidade, ingestão de álcool, genética e sedentarismo. Além desses, outros autores acrescentam ainda o tabagismo e a não adesão ao tratamento (LESSA, 2006).

"Muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente". Etnia, idade, sexo e predisposição genética são fatores não modificáveis. E fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade e o sedentarismo são fatores possíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (GUSMÃO, 2006).

Segundo a OMS, a adesão ao tratamento e a medida do comportamento de uma pessoa em relação a tomar sua medicação, seguir a dieta e ou mudar seu estilo de vida, deve seguir as recomendações de um profissional de saúde.

Esse trabalho se justifica pelo elevado número de casos de Hipertensão Arterial no PSF Alexandre de Oliveira Filho, devido a baixa adesão aos tratamentos anti-hipertensivo entre os pacientes das comunidades, pelo alto número de pacientes com níveis pressóricos não controlados, pelo risco cardiovascular aumentado e suas consequências.

O propósito fundamental desse projeto é modificar o conhecimento do paciente hipertenso sobre a doença, fatores de risco e complicações como consequência da baixa adesão ao tratamento, e assim garantir um adequado controle e prevenção das complicações.

A equipe de saúde participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local, tem-se recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto a proposta é viável.

4- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- ✓ Elaborar um projeto de intervenção educativa para melhorar a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo e prevenção das suas complicações na população adulta.

Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar a população hipertensa contemplando a baixa adesão ao tratamento da Hipertensão arterial;
- ✓ Identificar os fatores de risco modificáveis envolvidos na falta de controle da hipertensão arterial na área de abrangência;
- ✓ Incentivar a população a adotar estilos de vida mais saudáveis.

5- METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado no ano 2015 pela equipe de saúde do PSF Alexandre de Oliveira Filho de Moema/Minas Gerais, após realização do diagnóstico situacional, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS, FARIAS, SANTOS,2010)

O público-alvo das ações do projeto será a população adscrita ao PSF, e o problema identificado como prioritário foi a não adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes adultos da população.

Serão considerados como critério de inclusão nas ações do projeto de intervenção todos os pacientes diagnosticados como hipertensos e com fatores de riscos associados que residem na área de abrangência do PSF e concordam em participar das atividades, com prévia explicação dos objetivos do projeto.

Para a elaboração desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe), entre outras publicações em livros e revistas médicas científicas.

Na revisão da literatura serão empregados os seguintes descritores: hipertensão arterial, equipe do Programa Saúde da Família, adesão ao tratamento e prevalência.

6- REVISÃO DA LITERATURA

A HAS constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, atingindo aproximadamente 20% dos adultos e mais de 50% dos idosos. É caracterizada pela persistência de níveis de pressão arterial acima dos arbitrariamente definidos como normalidade, valores de pressão sanguínea sistólica arterial em repouso, acima de 140mm/Hg e/ou a elevação da pressão sanguínea diastólica acima de 90mm/Hg. Trata-se um dos principais fatores de risco para outras doenças cardiovasculares e aposentadorias precoces, além de significar um custo de 475 milhões de reais gastos com 1,1 milhão de internações por ano, tornando a doença tanto uma prioridade como desafio para a saúde pública (BOMFIM--SILVA, RIOS,2012). A HAS associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais"; ainda segundo a SBH no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV), tem sido a principal causa de morte (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO 2010).

Os sintomas mais comuns da hipertensão são os altos níveis pressóricos, trazendo desconforto físico ao paciente, tais como fadiga, tremores, palpitações, formigamentos nos membros superiores e inferiores, cefaléia e visão turva, que podem culminar em um acidente vascular cerebral, causando seqüelas irreversíveis (RIBEIRO; LOTUFO, 2005).

Portanto, os problemas que cercam as pessoas acima de 60 anos, têm merecido o interesse dos órgãos públicos, da sociedade em geral. Grande parte dos indivíduos com hipertensão arterial não apresentam sintomas. Apesar dos sintomas estarem ausentes, os níveis elevados da pressão arterial (PA) estão relacionados a uma maior incidência de riscos cardiovasculares a longo prazo (BRASIL, 2013).

São objetivos da investigação clínica confirmar a elevação persistente da pressão arterial, avaliar lesões de órgãos-alvo, identificar fatores de risco cardiovascular, diagnosticar doenças associadas e a etiologia da hipertensão, avaliação laboratorial de rotina - análise de urina, dosagens de potássio, creatinina, uréia, glicemia

dejejum, colesterol total, HDL-colesterol, triglicérides e eletrocardiograma, dentre outros (BRASIL,2013)

A Hipertensão é um dos fatores de risco mais importantes para o desenvolvimento de acidente vascular cerebral e insuficiência renal. Entre os fatores que contribuem para o surgimento da hipertensão arterial são a alta ingestão de sódio, dietas ricas em gordura saturada, tabagismo, inatividade física, como obesidade, dislipidemia e diabetes. Os mecanismos pelos quais o fumo pode conduzir a desordens cardiovasculares incluem a disfunção endotelial, aterosclerose acelerada, aumento da agregação plaquetária e vasoconstrição coronária (SOUSA et al, 2012). O ritmo de vida corriqueiro da sociedade contemporânea, o consumismo, a mídia, convidam para o consumo de refeições “práticas”, como as industrializadas e os fast foods, aumentando a vulnerabilidade às doenças cardiovasculares (GOMES et al., 2014).

São muitas as complicações da hipertensão arterial, que levam o paciente a requerer cuidados médicos de muito alto custo tanto para eles como para o sistema, exigindo uso constante de medicamentos, exames complementares periódicos e procedimentos como diálise e, até mesmo, transplante dos rins. “No Brasil, as doenças cardiocirculatórias são uma das principais causas de internações hospitalares e, reconhecidamente, envolvem custos elevados” (COSTA et al, 2007 apud OLIVEIRA, 2014).

Mesmo com o grande avanço científico e tecnológico no manejo da hipertensão arterial ocorrido nos últimos anos, uma das grandes dificuldades atuais refere-se à adesão dos pacientes aos tratamentos instituídos, ou seja, até que ponto o paciente segue as recomendações dadas pelo médico ou outro profissional de saúde para o controle do seu problema. Considera-se adesão a um tratamento o grau de coincidência entre a prescrição médica, o que inclui as orientações não farmacológicas e o comportamento adotado concretamente, pelo paciente. No caso da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), envolve a extensão em que o comportamento do indivíduo (em termos de uso efetivo do medicamento, realização de mudanças no estilo de vida e comparecimento às consultas médicas) coincide com o conselho médico. Assim, o controle inadequado da pressão arterial pode

estar relacionado à falta de adesão do paciente hipertenso ao tratamento indicado (MANFROI; OLIVEIRA, 2006).

A não adesão ao tratamento da hipertensão é um grave problema de saúde pública, pois constitui causa direta de morte de milhes de Brasileiros Também sofrem graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez temporal o permanente, aposentadoria precoce e outros (ARAÚJO, 2012).

Segundo Ribeiro et al. (2012) é importante que o Hipertenso tenha conhecimento a respeito de seu processo de saúde doença para incrementar sua adesão e por conseguinte o controle da doença.

Dessa forma as equipes de saúde devem utilizar estratégias de educação em saúde para que o doente tenha autonomia e se aproprie de meios para praticar o autocuidado.

Diante dessa realidade, a equipe de saúde que trabalha diretamente com os pacientes portadores de HAS deve estar apta a fornecer orientações e assistência adequada referente ao tratamento da HAS, para que possibilite evitar complicações e o abandono do tratamento.

Assim, espera-se que os resultados desta pesquisa contribuam para a elaboração de medidas que possibilitem o aumento da adesão ao tratamento da HAS, reduzindo os gastos públicos com internações e morbimortalidade decorrentes das complicações da hipertensão arterial.

7- PLANO DE INTERVENÇÃO

Em discussão com a equipe, analisamos os problemas percebidos após cada um citar e expor suas impressões e, em conjunto, estabelecemos uma lista de problemas. Dos quais o problema que foi priorizado inicialmente foi a elevada prevalência de Hipertensão Arterial e baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo na população adulta da área de abrangência do PSF, sendo que a importância do problema, a urgência e a capacidade de enfrentá-lo foram os critérios utilizados para sua seleção.

Para elaboração do plano de ação, anteriormente, discutimos, identificamos e elegemos os “nós críticos” para o enfrentamento do problema:

1. Baixo nível de informação dos usuários sobre a doença;
2. Hábitos e estilos de vida da população pouco saudável;
3. Hábitos sociais.

Com o problema bem explicado, e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: Baixo nível de informação.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
Operação	Promover e elevar o nível de informação da população sobre a importância do tratamento anti-hipertensivo (farmacológico e não farmacológico), para evitar o surgimento de complicações. - Utilizar a técnica de grupos para estas informações, incluindo pacientes e familiares.
Projeto	Saber+

Resultados esperados	População de hipertensos com maior informação sobre a doença e adesão ao tratamento.
Produtos esperados	<p>Avaliação do nível de informação da população sobre a doença e adesão ao tratamento.</p> <p>Uso da rádio local. Campanha educativa coletiva e individual.</p> <p>Educação continuada e capacitação das agentes comunitárias da saúde para trabalhar o problema da equipe.</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Médico.</p> <p>Enfermeira.</p> <p>Coordenador do PSF.</p> <p>Secretaria municipal de saúde.</p> <p>Agentes comunitários de saúde.</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo - Maior conhecimento sobre as estratégias da informação, comunicação e educação para a saúde.</p> <p>Organizacional - Melhor planejamento e organização da agenda de trabalho.</p> <p>Político - Participação intersetorial, com apoio comunitário e do setor político local.</p> <p>Financeiros - Para folhetos educativos e aquisição de recursos audiovisuais.</p>
Recursos críticos	Político - Participação intersetorial, com apoio

	comunitário e do setor político local. Financeiros - Para folhetos educativos e aquisição de recursos áudio visuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	ESF, Secretaria Municipal de Saúde, Planejamento, Educação.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto para a ESF. Apoio dos profissionais.
Responsáveis:	Médico. Enfermeira. Coordenador do PSF. Secretaria municipal de saúde. Agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em três meses e término em seis meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Fonte: PSF Alexandre de Oliveira Filho.

Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: Hábitos e estilos de vida pouco saudável.

Nó crítico 2	Hábitos e estilo de vida da população pouco saudável: dislipidemias, sedentarismo e obesidade.
Operação	- Modificar estilos e hábitos de vida da população. - Orientação individual e em grupos. - Utilização de visitas domiciliares com maior frequência.

Projeto	+ Saúde
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir o número de pacientes que não praticam atividade física. - Diminuir os hábitos alimentares inadequados aderindo a uma dieta correta.
Produtos esperados	<p>Programa de exercícios físicos orientados.</p> <p>Programa de alimentação saudável.</p> <p>Contratação de consultas especializadas (nutricionista).</p>
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Médico.</p> <p>Enfermeira.</p> <p>Coordenador do PSF.</p> <p>Téc. Em enfermagem.</p> <p>Secretaria municipal de saúde.</p> <p>Agentes comunitários de saúde.</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: organizar a prática de exercícios físicos.</p> <p>Cognitivos: palestras e grupos de rodas sobre o tema.</p> <p>Político: proporcionar espaços e apoio intersetorial.</p> <p>Financeiros: folhetos educativos e recursos áudio visuais.</p> <p>Aumentar oferta de consultas especializadas.</p>
Recursos críticos	<p>Político: proporcionar espaços e apoio intersetorial.</p> <p>Financeiros: folhetos educativos e recursos áudio visuais.</p> <p>Aumentar oferta de consultas especializadas.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>ESF, Secretaria Municipal de Saúde, Planejamento, Educação, Cultura.</p>

Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto para a ESF. Apoio dos profissionais. Apoio das associações
Responsáveis:	Médico. Enfermeira. Coordenador do PSF. Téc. Em enfermagem. Secretaria municipal de saúde. Agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em três meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Fonte:PSF Alexandre de Oliveira Filho.

Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema: Hábitos sociais.

Nó crítico 3	Hábitos sociais: tabagismo.
Operação	- Modificar hábitos sociais da população. - Orientação individual e em grupos. - Utilização de visitas domiciliares com maior frequência.
Projeto	+ Saúde
Resultados esperados	Diminuir em 50% o número de tabagistas.
Produtos esperados	- Uso da rádio local.

	<ul style="list-style-type: none"> - Campanha educativa coletiva e individual. - Programa educativo na população em geral. - Contratação de consultas especializadas (psicólogo, psiquiatra e homeopatia).
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Médico. Enfermeira. Coordenador do PSF. Téc. Em enfermagem Secretaria municipal de saúde. Agentes comunitários de saúde.</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: organizar palestras e atividades educativas. Cognitivos: informação sobre o tema. Político: proporcionar espaços e apoio intersetorial. Financeiros: folhetos educativos e recursos áudio visuais. Aumentar ofertas de consultas especializadas.</p>
Recursos críticos	<p>Político: proporcionar espaços e apoio intersetorial. Financeiros: folhetos educativos e recursos áudio visuais. Aumentar ofertas de consultas especializadas.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>ESF, Secretaria Municipal de Saúde, Planejamento, Educação, Cultura.</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar projeto para a ESF. Apoio dos profissionais. Apoio das associações.</p>
Responsáveis:	<p>Médico.</p>

	<p>Enfermeira.</p> <p>Coordenador do PSF.</p> <p>Téc. Em enfermagem.</p> <p>Secretaria municipal de saúde.</p> <p>Agentes comunitários de saúde.</p>
Cronograma / Prazo	Início em três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Fonte: PSF Alexandre de Oliveira Filho.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse projeto de intervenção é uma proposta que possibilita e garante um aprendizado qualificado junto aos portadores de hipertensão arterial sistêmica com o objetivo de focar a importância da adesão ao tratamento desta patologia, partindo do ponto de que a falta de conhecimento e orientações dificulta a adesão ao tratamento.

Diante do exposto, visa-se então, a necessidade da realização desse projeto, pois a micro área estudada, comporta um alto índice de hipertensos cadastrados, então a intervenção irá incentivar como orientar a adesão ao tratamento da HAS, para que assim, possa-se contribuir para uma melhoria na qualidade de vida, alcançando o controle dessa patologia.

Esta pesquisa possibilitou a identificação de três principais fatores de risco para não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, os quais, atuando de modo inter-relacionado, podem determinar diferentes graus de adesão dentre eles, incluem-se os relativos ao próprio paciente, como as variáveis sócio demográficas, os conhecimentos que os pacientes têm sobre a doença, tratamento e complicações, e o apoio da família ou cuidadores, e os relacionados à terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.

Segundo tudo o que foi pesquisado e analisado, pode-se concluir que a melhor forma de tentar conscientizar os pacientes para que possam aderir ao tratamento anti-hipertensivo é por meio de orientações e informações sobre hipertensão arterial, mudanças de hábitos, estilos de vida e a inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos hipertensos.

A luta contra a Hipertensão arterial e não adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, consiste em um grande desafio, tanto para o poder público como para os

profissionais de saúde, pois depende da implementação de planos, projetos e programas multidisciplinares em todos os níveis de atendimento aos pacientes hipertensos para que as intervenções sejam mais eficazes e tenham a finalidade de evitar o abandono ao tratamento da HAS. Assim, para mudar essa realidade, são necessários mais investimentos financeiros na área da saúde, que visem à qualificação profissional, contratação de recursos humanos, construção de novas unidades de saúde, recursos materiais e, principalmente, no desenvolvimento de programas de saúde que atendam à realidade vivenciada por essa população.

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial (BRASIL, 2006).

A pesquisa nos confirmou como é importante a influência do profissional de saúde durante a vida dos hipertensos, pois visa a melhoria da qualidade de vida desses portadores, ao mesmo tempo em que nos dá o crescimento profissional, nos enriquece quanto seres humanos, transmitindo segurança. Observar os profissionais do sistema de saúde se preocupar com a saúde do indivíduo, trabalhando na prevenção e promoção da saúde da população, traz uma estimulação ainda maior para a nossa realização como profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. B.; TEIXEIRA, F.A. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, Brasil, 2012.

BONFIM-SILVA, R.; RIOS, D. L. S. Polimorfismos Genéticos do Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona na Doença Arterial Coronariana e na Hipertensão Arterial Sistêmica. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, v. 10, p. 28-40, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial: diagnóstico e classificação. Brasília, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.: il

CASTRO, V. D.; CAR, M.R. O cotidiano da vida de hipertensos: mudanças, restrições e reações. Revista Escola Enfermagem USP, v.34, n.2, p.145–153, 2000.

COSTA, J. S. D. Prevalência de Hipertensão Arterial em Adultos e Fatores Associados: um Estudo de Base Populacional Urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq. Bras. Cardiol. v. 88, n. 1, 2007.

CARVALHO, M, V.; et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.

VI DIRETRIZES Brasileiras de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. Arq. Bras. Cardiol, n. 95, supl.1, p. 1-51, 2010.

Divisão Territorial do Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008).

Enciclopédia dos Municípios Brasileiros *in* Martins, Tarcísio José. Moema - As Origens do Povoado do Doce, 20 de janeiro de 2007.

GOMES, E.B.; MOREIRA, T.M.M; PEREIRA, H.C.V.; GOMES, F.B.; SALES, I.B. Pressão arterial e sua relação com perfil lipídico e hábitos alimentares em adultos jovens. *Revista de Enfermagem UFPE*, v. 8, p. 581/12-590, 2014.

GUSMAO J.L, MION JÚNIOR D. Adesão ao tratamento conceitos. *Rev. Bras. Hipertens.* 2006.

LESSA, I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Rev. Bras. Hipertens.* 2006; 13(1):39-46

MANFROI, A.; OLIVEIRA, F. A. Dificuldades de adesão ao tratamento na hipertensão arterial sistêmica: considerações a partir de um estudo qualitativo em uma unidade de Atenção Primária à Saúde. *Rev Bras. Med. Fam. e Com.*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2006.

Disponível em: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/52>>. Acesso em: 12 set. 2012.

OLIVEIRA, T.; MIRANDA, L.; FERNANDES, P.; CALDEIRA. A Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. **Acta Paul Enfermagem.** v.26, n. 2, p.179-84, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000200012&script=sci_arttext . Acesso em: 16/06/2014.

RIBEIRO, A.G. et al. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: O papel estratégico da saúde da família. Revista Nutrição, Campinas, v. 25 n.2 p.271-82, 2012.

RIBEIRO, ROBES, PIERRE DA COSTA, LOTUFO, PAULO A. Hipertensão Arterial Diagnóstico e Tratamento. São Paulo: Sarvier, 2005

SILVA, J.L.L. Estilo de vida docente por fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica. 2004.

SOUSA, H. W. O.; LIMA, J. A.; SILVA, F. N.; RIBEIRO, P. R. S. Portadores de hipertensão arterial: fatores de risco e prática farmacológica. Revista Eletrônica de Ciências, v. 13, p. 133-147, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO SBH. **Dados de hipertensão arterial por capital**, 2013. Disponível em: <http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=435> Acesso em: 30/09/2014.