

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

YANET MIJENES ENRIQUEZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

São Luís
2017

YANET MIJENES ENRIQUEZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica da Universidade Federal do Maranhão/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde.

Orientador (a): Prof. Dr. Lauber José dos Santos Almeida Junior.

São Luís
2017

Enriquez, Yanet Mijenes

Educação em saúde como estratégia para melhorar o controle da hipertensão arterial/Yanet Mijenes Enriquez. – São Luís, 2017.

19 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNASUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Doenças cardiovasculares. 3. Estratégias. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

YANET MIJENES ENRIQUEZ

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR O CONTROLE
DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Lauber José dos Santos Almeida Junior
Doutor em Odontologia
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns destes agravos de saúde como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal. Trata-se de um estudo de intervenção educativa, com o objetivo de implementar estratégias de saúde no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica nos pacientes da Unidade Básica de Saúde Santarém, no período de Maio 2017- Dezembro 2017. O universo de trabalho está formado por o total de pacientes hipertensos cadastrados nossa UBS que fazem acompanhamento em nossa unidade, inseridos no Programa de Hiperdia. Existem múltiplas intervenções não - medicamentosas para diminuir a hipertensão arterial. As ações da equipe de saúde, principalmente de nós médicos profissionais, no combate da hipertensão arterial, deveram seguir algumas metas, entre elas: compreensão do processo patológico, do tratamento, incentivo do indivíduo a participação de programas de autocuidado, bem como a certificação da ausência de complicações para controlar a hipertensão com tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Justificando assim, a motivação e a orientação a população quanto á importância do tratamento não medicamentoso para hipertensão arterial, a través de mudanças no estilo de vida, enfocando a prevenção dos fatores de riscos.

Palavras Chaves: Hipertensão. Doenças Cardiovasculares. Estratégias.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is the most frequent cardiovascular disease and is also the main risk factor for the most common complications of these health conditions, such as stroke, acute myocardial infarction, and chronic end-stage renal disease. It is an educational intervention study, with the objective of implementing health strategies in the control of Systemic Arterial Hypertension in the patients of the Basic Health Unit Santarém, in the period from May 2017 to December 2017. The work universe consists of the total of hypertensive patients enrolled in our UBS who follow up at our unit, inserted in the Hyperdia Program. There are multiple non - drug interventions to decrease high blood pressure. The actions of the health team, mainly of us professional doctors, in the fight against arterial hypertension, should follow some goals, among them: understanding the pathological process, treatment, encouraging the individual to participate in self-care programs, as well as the certification of absence of complications to control hypertension with medication and non-drug treatment. This justifies the motivation and orientation of the population regarding the importance of non-drug treatment for hypertension, through changes in lifestyle, focusing on the prevention of risk factors.

Keywords: Hypertension. Cardiovascular Diseases. Strategies.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1 Título:.....	06
1.2 Equipe Executora.....	06
1.3 Parcerias Institucionais	06
2 INTRODUÇÃO.....	07
3 JUSTIFICATIVA.....	11
4 OBJETIVOS.....	12
4.1 Geral.....	12
4.2 Específicos.....	12
5 METAS.....	13
6 METODOLOGIA	14
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	16
8 IMPACTOS ESPERADOS.....	17
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	18
10 REFERÊNCIAS.....	19

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Educação em saúde como estratégia para melhorar o controle da hipertensão arterial

1.2 Equipe Executora

- Yanet Mijenes Enriquez.
- Lauber José dos Santos Almeida Junior
- Enfermeiros.
- Técnica em Enfermagem
- Agentes Comunitários de Saúde.

1.2 Parcerias Institucionais

- Secretaria Municipal De São Joao Do Caru.
- Coordenação do centro de referência de São Joao Do Caru.
- ONGs etc.

2 INTRODUÇÃO

A pressão arterial sistêmica (HAS) é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135 mmHg e diastólica acima de 85 mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. A HAS é associada frequente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos –alvos (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. É fator de risco para insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio, acidente cérebro vascular, insuficiência renal crônica, aneurisma de aorta e retinopatia hipertensiva, quando associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, obesidade, sedentarismo e tabagismo, os níveis pressóricos podem ser ainda mais elevados e as consequentes lesões de órgãos alvo ainda mais graves (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

A HAS configura-se como uma doença crônica e um grave problema de saúde pública. Esta doença afeta bilhões de pessoas em todo o mundo. Brasil. Ministério De Saúde, 2010). No Brasil HAS, atinge mais de 20 milhões de pessoas, (MENDEZ et al, 2006). Devido á sua alta prevalência e morbidade faz –se necessário uma maior atenção á prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves (Brasil. Ministério de Saúde, 2010).

O desenvolvimento da Hipertensão não ocorre instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados á sua evolução e agravos. 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 atenção do profissional com relação dos mesmos deve ser diferenciada. O sal, álcool, obesidade e o sedentarismo são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão (Lessa I. 2006).

As pessoas hipertensas e a comunidade em geral devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores; é necessário que todos saibam como os fatores

de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável (Lessa I. 2006).

Um dos maiores problemas para este controle é falta de adesão ao tratamento que ocorre em até 40% dos hipertensos, uma vez que além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos que nem sempre são bem aceitas (Lessa I 2006; Simonetti JP, 2002). Além da falta de adesão ao tratamento, estudos mostraram que a idade também se constitui como um fator de risco para hipertensão, pois ocorrem alterações na musculatura lisa e no tecido conjuntivo dos vasos sanguíneos devido ao envelhecimento (Mano GMP, 2005; Jardim PCBV, 2007; Pires 2008). Um estudo feito em Pelotas-RS com 1.968 pessoas comprova esta afirmação uma vez que mais da metade dos idosos com idades entre 60 e 69 anos são hipertensos, sendo que estes correspondem a 11,6% do total de participante (Costa JDS da et al 2007).

Com relação ao sexo/gênero, é evidenciado que o masculino é o mais afetado pela doença até os 50 anos de idade e as mulheres, ao produzirem hormônios femininos que são fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir da sexta década de vida (Mano GMP, 2005; Jardim PCBV, 2007) (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão são Paulo 2010).

Os fatores socioeconômicos podem estar associados ao controle dos níveis pressóricos e podem ser entendidos como nível de escolaridade é inversamente proporcional á hipertensão, ou seja, quanto maior o grau de instrução, menores os índices de aumento do nível de instrução, menores os índices de hipertensão (Simonetti JP et al, 2002). Este é um dado relevante uma vez que com o aumento do nível de instrução é mais fácil a compreensão das informações passadas a respeito da doença, das medicações, dos hábitos de vida e dos fatores de risco (Pessunto J et al, 1998). Contrastando com este dado um estudo realizado com 1.739 pessoas em uma capital brasileira não encontrou associações entre o nível de escolaridade e a hipertensão (Jardim PCBV et al, 2007).

A baixa renda e as más condições de vida estão associadas ao desenvolvimento da hipertensão (Costa JSP et al 2007). A baixa renda pode ser um fator determinante para a adesão ao tratamento, uma vez que dificulta o acesso a medicamentos, a alimentos adequados, a frequentar academias, entre outros (Pires CG da S, et al, 2008).

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (Smeltzer SC et al, 2006). Um estudo com pessoas negras hipertensas, revelou que um terço dos entrevistados apresentava resistência para redução de sal na alimentação, pois implica ter menos prazer com o consumo do alimento. Além disso, é importante ressaltar que no Nordeste o sal é muito utilizado como conservante de alimentos, sendo então importante considerar a rotina dessas pessoas como um fator não só nutricional, mas socioeconômico e cultural. Estudos mostraram que os hipertensos têm consciência da importância da redução do sal para o tratamento uma vez que 62,5% e 74,3% dos entrevistados de tais estudos relataram fazer o controle de sal na alimentação (Pessunto, J, Simonetti JP et al, 2006, 1998).

A obesidade e o excesso de peso associam-se com maior prevalência de hipertensão desde idades jovens. Na vida adulta o incremento de 2,4 Kg/m no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão, mesmo nos indivíduos fisicamente ativos. (Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, São Paulo 2010). Por isso, alguns autores comentam que a circunferência abdominal está mais associada à hipertensão do que a obesidade propriamente dita (Hasselmann MH et al, 2008).

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 30 para homens e 25 para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial seja capaz de produzir redução da pressão arterial (Brasil, Ministério da Saúde 2006).

O sedentarismo está pronunciado nos 81,2% dos discursos de um estudo feito com 32 hipertensos, que disseram não fazer atividades físicas, logo se concluiu que o sedentarismo e a ingestão de gordura são os fatores menos controlados pelos hipertensos (Simonetti JP et al 2002). Outro estudo encontrou dados semelhantes: dos 1.039 indivíduos participantes, 70% eram sedentários (Souza LJ et al, 2003). O alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido (Pessunto J et al, 1998). Pelo fato da sociedade brasileira ser culturalmente adepta às bebidas alcoólicas, o consumo de álcool deve ser minuciosamente monitorado pelos hipertensos. Apesar deste dado, não foi encontrada relação entre a ingestão de bebidas alcoólicas e a hipertensão no estudo com 1.739 pessoas em uma capital brasileira (Jardim PCBV et al, 2007).

Outro fator de risco para hipertensão é o tabagismo. A Nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, a pressão arterial. Além disso, o fumo passivo, a terapia de reposição nicotínica e o uso da Bupropion (coadjuvante na cessação do hábito de fumar) devem ser considerados como causas em potencial de refratariedade ao tratamento anti-hipertensivo (Moreno júnior H et al 2004). A prevalência do tabagismo é maior em homens e este fator somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão aumenta as chances de os homens tabagistas serem hipertensos (Nunes Filho JR et al, 2007).

O fator genético está entre os fatores de risco pouco modificáveis para a HAS (Mano GMP et al, 2005). A etnia negra predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão além de terem mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e as patologias associadas. Contudo deve-se levar em consideração da população brasileira que dificulta a classificação genérica da mesma (Pessunto J, 1998; Costa JSP da, 2007; Lessa I, 1997, Noblat ACB, 2004).

3 JUSTIFICATIVA

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). A HAS é considerada tanto uma doença como um fator de risco, ocorrendo como um grande desafio para a saúde pública, como a doença cardiovascular é a principal causa de morte no Brasil (FERREIRA, C et al, 2009).

Muito do tratamento da hipertensão deve ser baseado nos fatores de risco, alertando certos grupos para os pouco modificáveis (raça, idade, hereditariedade) e trabalhando junto ao hipertenso e a sua família para mudar os que podem ser alterados (ingestão de sal e gordura, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo). Equipe de saúde deve fornecer uma melhor educação e informação sobre a doença e os fatores de risco a fim de evitar o desenvolvimento da hipertensão e de quadros cardiovasculares mais complexos e facilitar a adesão ao tratamento por parte do hipertenso (Lessa I et al, 1997). Neste aspecto, faz-se necessária uma ação conjunta entre a equipe de saúde, os familiares e os hipertensos na rede básica de saúde na realização de atividades de educação em saúde para hipertensos visando melhorar sua qualidade de vida.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Promover o conhecimento sobre a hipertensão arterial e complicações na UBS Santarém, São Joao do Caru.

4.2 Específicos

- Capacitar aos profissionais da equipe sobre a hipertensão arterial aperfeiçoando a prática da educação em saúde.
- Criar e capacitar grupos na comunidade para divulgar informações sobre hábitos saudáveis.
- Aumentar o nível de conhecimentos dos portadores de hipertensão sobre sua patologia e os agravos que acometem.
- Ampliar a cobertura a pacientes hipertensos.
- Melhorar a qualidade de atenção a pessoas hipertensas.
- Incrementar o controle da hipertensão na comunidade.

5 METAS

- Capacitar 100% da equipe em relação á HTA.
- Capacitar 100% de pacientes hipertensos sobre sua doença.
- Cadastrar e acompanhar 100% de pacientes hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a pacientes hipertensos.
- Aumentar a um 80% a realização de atividades físicas em pessoas hipertensas.
- Elevar a prática de hábitos de alimentação saudável a um 80% na população hipertensas.

6 METODOLOGIA

-Locais de intervenção.

Unidade Básica de Saúde Santarém, Município São João Do Caru.

- População Abordada.

Pessoas portadoras de HTA Sistêmica acompanhadas pela unidade de saúde.

-Período de realização do plano de ação.

Maio 2017 a dezembro 2017.

- Etapas do projeto.

Etapa 1: Etapa de diagnóstico que começa com a consulta de os prontuários de cada paciente fazendo o diagnóstico do problema, revisão da literatura tendo em conta os objetivos às técnicas iniciais utilizadas neste projeto serão as entrevistas individuais com os pacientes levantando as questões relacionadas a terapêutica não farmacológica, avaliaremos o grau de satisfação desses pacientes aos atendimentos realizado pela equipe de saúde as entrevistas acontecerão semanalmente no dia de atendimento a os portadores de hipertensão com duração de 15 minutos, com um cronograma semanal estabelecido na unidade após das entrevistas com os pacientes realizaremos reuniões com a equipe de saúde da família que também ocorrerá semanal, durante essas reuniões com a equipe serão consideradas as questões da maiores necessidades apontadas pelos pacientes assim como as necessidades da equipe reavaliando nossas ações na tentativa da aperfeiçoamos nossa praticas no intuito de melhor atendimento os pacientes hipertensos, também se realizaram treinamento com equipe para aperfeiçoamento da acolhida desses pacientes posteriormente agendaremos encontros em grupos que servirão como sessões educativas com os portadores de hipertensão arterial sistêmica que duraram 30 minutos de 15 em 15 dias com uma média de 30 pacientes. Faremos uso de linguagem adequado com participação da equipe multiprofissional.

Etapa 2: Nesta etapa procederão a realização de palestras com os pacientes selecionados que participaram no projeto, nelas serão expostos tópicos como alimentação saudável, aderência ao tratamento, tabagismo, atividades físicas e importância da assistência a consulta agendada, as palestras se realizarão no PSF com frequência quinzenal, nelas tenderemos participação da equipe de saúde do

PSF e do grupo de pacientes selecionados abordando os seguintes temas hipertensão conceito, ocorrência e consequências, dieta hipossódica, influência da obesidade, atividade física, álcool e tabagismo, fatores de risco que serão apresentados através de recursos audiovisuais e de forma interativa, se utilizarão fotos ilustrativas, vídeos educativos, transparências, cartazes informativos, ao final se formaram grupos de discussão através de dinâmicas e debates visando avaliar o grau de conhecimento adquirido.

Etapa 3: Análises e discussão dos resultados: Na etapa final do projeto consistirá na avaliação dos resultados e na elaboração do relatório. Todos os procedimentos realizados na Unidade Básica de Saúde da família serão avaliados, analisando a resposta do público-alvo, observando os resultados do controle da pressão arterial e outros recursos, cartazes informativos a respeito da hipertensão arterial, suas causas e complicações, painéis com fotos ilustrativas, dinâmicas de grupo, apresentação dos principais grupos alimentícios relacionados com o problema da Hipertensão.

Destaca-se que todos os encontros acontecerão de forma dinâmica, a fim de possibilitar a participação dos integrantes do grupo. Ao longo dos encontros os pacientes azeram perguntas sobre o tema em questão e as dúvidas serão sanadas de forma que ficassem bem compreendidas.

Etapa 4: Conclusões sobre a intervenção será realizada a avaliação das intervenções desenvolvidas através da escuta individual dos participantes durante as consultas. Vão ser avaliados os conhecimentos adquiridos e as mudanças de estilo de vida, para prevenção das complicações da Hipertensão pelo acompanhamento e observação feitos pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares.

Ao finalizar o trabalho o projeto será avaliado pelo autor e equipe de saúde responsável pelas atividades executadas frequentemente. O gestor municipal de saúde será informado sobre os dados para analisar, avaliar e sugerir mudanças após a realização das atividades propostas.

8 IMPACTOS ESPERADOS

Devemos lograr que a equipe de saúde da área de abrangência tenha conhecimento amplo da doença para dar orientações precisas de promoção e prevenção na população ao capacitar a equipe de saúde com o conhecimento adequado desta doença, pode dar orientações precisas de promoção e prevenção da saúde para a população, esperamos que ocorra a diminuição da incidência dos fatores de risco desta doença. Espere-se proporcionar aos pacientes hipertensos um melhor controle desse agravo à saúde, estimular hábitos de vida saudável incrementando o maior número de pessoas realizando exercícios físicos e fazendo dieta saudável baixa em gorduras, massa e açúcar e pôr fim a população que será capacitada sobre o tema será orientada a multiplicar essas informações na comunidade e assim reduzir os fatores de riscos e a morbidade desta doença na população. Deixaremos a proposta deste estilo de trabalho de forma permanente no posto de saúde, assim, busca-se melhorar a acessibilidade aos serviços de diagnóstico e de atendimento médico. Organizando o serviço de modo a priorizar o cuidado aos pacientes hipertensos, fortalecendo a identificação precoce de fatores de risco associados á morbimortalidade e prevenção destas patologias na comunidade melhorando a qualidade do atendimento, ofertar um cuidado visando a integralidade a reduzir a morbidade e mortalidade por complicações da Hipertensão elevando a qualidade de vida desses pacientes.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação das Estratégias de Saúde vai melhorar no controle da HAS, mas os fatores de risco associados permaneceram acima dos níveis atualmente recomendados, necessitando controle adequado. Com a realização deste projeto esperamos que aumente a aderência ao tratamento, melhore o controle da hipertensão e seja mais organizado o acolhimento dos pacientes. Os resultados que obtemos confirmaram o impacto positivo da implementação das Estratégias de saúde, estratégias estas que priorizaram as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral, contínua, e essas ações serão desenvolvidas por meio de uma equipe mínima composta pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Acredito que um dos maiores desafios para nós profissionais de saúde que temos é entender as necessidades de educação á saúde como componente especial, estando relacionado á promoção, manutenção e restauração da saúde. Queremos alcançar melhoras nos níveis de adesão do hipertenso no planejamento de seu tratamento, dando-lhes mais responsabilidade por ele, o que possivelmente aumente seu cumprimento correto, a participação ativa no tratamento e realização de mudanças no estilo de vida. O médico como profissional habilitado é voltado para o atendimento das necessidades dos usuários transformando a maneira da população perceber o serviço de PSF no sistema de saúde. Atender mais rapidamente a demanda com programas de orientações que possibilitam aos familiares a compreensão de prevenção. Identificar grupos de risco, fazer diagnóstico precoces e abordar terapêuticas adequadas, cuidando, educando e preparando portadores e familiares a terem autonomia no autocuidado, monitorando o controle, prevenindo complicações e gerenciando o cuidado nos diferentes níveis de complexidade é uma estratégia na busca da melhoria de qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Informações de saúde: dados de morbidade. Brasília: MS 2010.
<http://www.scielo.br/scielo.pdf?scrip=sci-nlinks&vef000140&pid=s1413...Ing>.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica n 15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília : (MS); 2006 Disponível em:
<http://www.prosaude.org/publicações/diversos/cadABhipertensão.pdf>.

Costa JSD da, Barcelos FC, Scowitz ML, Scowitz\KT, Castanheira M, Olinto MTA, Menezes AMB, Gigante DP, Macedo S, Fuchs SC. Prevalência de Hipertensão arterial em adultos e fatores de risco associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio grande do Sul, Brasil. Arq. Bras. Cardiol. 2007; 88 (1): 56-65.

FERREIRA.C. et al. Hipertensão arterial sistêmica: atualidade sobre a sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento 31, n 2.p 91-100.2009.
<https://chasequweb.ufrgs.br/~dtolfo/HAS-2006pdf>.

Hasselmann MH, Faerstein E, Werneck GL, Chor D, Lopes CS. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: estudo pró-saúde. Cad Saúde Pública 2008; (5): 1187-1191). <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/29.pdf>.

Jardim PCBV, Gondim MRP, Monego ET, Moreira HG, Vitorino OVO, Souza WKSB, Scala LCN. Hipertensão Arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. Arq. Bras. Cardiol. 2007, 88 (4): 452-457.
<http://dx.doi.org/10.1590/s0066-78x2007000400015>.

Lessa I, Fonseca J. Rça, aderência ao tratamento e\ou consultas e controle da hipertensão arterial. Arq. Bras. Cardiol. 1997, 68(6):443-449.
<http://www.publicacoes.cardiol.br/abc/1997/6806/68060010.pdf>.

Lessa I, Impacto social de não adesão ao tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras. Hipertens. 2006; 13(1);39-46.
<http://www.departamentos.caediol.br/dha/revista/13-1/10-impacto-social.pdf>.

Mano GMP, Pierin AMG. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Progama Saúde da Família em um centro de Saúde Escola. Acta Paul. Enferm 2005;18(3):267-275. <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a07v18n3.pdf>.

MENDEZ, M.J.F.L. et al. Associação de fatores de risco para doenças cardiovasculares em adolescentes e deus pais. Ver.- Bras. Saúde Matar. Infart, Recife, v, 6 supl. 1p549-554 maio 2006. Disponível em: <http://bases birema.br>
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6s1/30504.pdf>.

Moreno Júnior H, Toledo JCY, Fonseca FAH. Hipertensão refratária e tabagismo. Ver. Bras. Hipertens. 2004; 11(4): 256-261.
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a30v17n5.pdf>.

Nunes Filho JR, Debastiani D, Nunes AD, Peres Kg. Prevalência dos fatores de risco cardiovascular em adultos de Luzerna, Santa Catarina, 2006. Orq. Bras. Cardiol. 2007; 89(5): 319-324.
<http://www.arquivosonli.com.br/2007/8905/pdf/8905007.pdf>.

Pesquisa Nacional de Saúde- FTP-IBGE Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. Latino- Am. Enfermagem 1998;6(1):33-39. <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13919>.

Pires CG da S, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial e duplo- produto ao exercício contra a resistência: Uma revisão da literatura. Revista Portuguesa do Desporto, v3, n 1, p 79-91, 2003.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Prevenção Primária de Hipertensão e dos Fatores de Risco Associados, In: Diretrizes para hipertensão arterial, Site da sociedade Brasileira de Cardiologia, cap 9, p: 41-42, 2011. Disponível em [htt:\departamentos, cardiol, br\ dha\ vdiretriz\11- prevenção.pdf](http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/11-prevenção.pdf).

Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR de Hábitos de saúde e fatores de risco. Em pacientes hipertensos. Ver. Lat. Am. Enfermagem 2002; 10(3): 415-422.
<http://www.revista.usp.br/rlae/article/view/1674/1719>.

Smeltzer SC, Bare BG. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão IM: Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10 ma ed. Rio de Janeiro: Guanabana Koogan; 2006. P. 904 – 906.

Souza LT de, Neto CG, Chalita FEB, Reis AFF, Bastos DA, filho JTDS, Souza TF, Côrtes VA. Prevalência de obesidade e fatores de risco cardiovascular em Campos, Rio de Janeiro. Arq. Bras. Endocrinol, Metab. 2003; 47(6): 669-676.
<http://www.scielo.br/scielo.pdf?pid=script=27302003000600008&script=sci.tlng>