

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE DOS PACIENTES HIPERTENSOS DA UBS DR. LEÔNIDAS  
ANTÔNIO DEOLINDO, TERESINA, PIAUÍ.**

*KARLA ANDREA RIBEIRO DA SILVA<sup>1</sup>; FERNANDO LOPES E SILVA JÚNIOR<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>PÓS GRADUANDA EM SAÚDE DA FAMÍLIA – UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO PIAUÍ (UFPI);<sup>2</sup>DOUTOR EM EDUCAÇÃO FÍSICA – UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE BRASÍLIA (UCB/DF)*

**RESUMO**

A hipertensão atinge cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo, com aproximadamente 7,1 milhões de mortes atribuídas anualmente. O hipertenso muitas vezes negligencia o cuidado com sua saúde, pelo fato de ser uma doença assintomática em parte do seu curso. O objetivo do estudo é elaborar um projeto de intervenção para melhorar a educação em dos pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. Leônidas Antônio Deolindo do município de Teresina PI/Brasil. Elaboração do projeto de intervenção, os principais objetivos desse passo são designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. Gestão do plano, pretende-se com este plano de ação, realizar ações educativas com pacientes hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde, elevar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença e seu controle, melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos, orientar os pacientes hipertensos, sobre a importância de hábitos saudáveis para a obtenção de uma vida com mais qualidade. Na proposta de acompanhamento, o acompanhamento desse plano será feito com base na produção da equipe e no sistema e-SUS. Conclui-se que o trabalho será realizado com base nos objetivos propostos buscando estratégias de melhorias no atendimento aos hipertensos e prevenções de complicações. Envolvendo a equipe de ACS e enfermagem na ação conjunta, na busca de solução para amenizar o problema que prejudica a visitas.

**Descritores:** Hipertensão, Intervenções, Enfermagem.

**INTERVENTION PROJECT FOR THE IMPROVEMENT OF HEALTH  
EDUCATION OF HYPERTENSIVE PATIENTS OF UBS DR. LEONIDAS  
ANTÔNIO DEOLINDO, TERESINA, PIAUÍ.**

**ABSTRACT**

Hypertension affects about one billion people worldwide, with approximately 7.1 million deaths attributed annually. The hypertensive often neglects the care with their health, for being an asymptomatic disease in part of its course. The objective of the study is to elaborate an intervention project to improve the education of the hypertensive patients of the Basic Health Unit Dr. Leônidas Antônio Deolindo of the municipality of Teresina PI / Brazil. Elaboration of the intervention project, the main objectives of this step are to designate those responsible for each operation and to define the deadlines for the execution of the operations. Management of the plan, it is intended with this action plan, to carry out educational actions with hypertensive patients, considering the factors inherent to the patient, the disease, the therapeutics and the health services, raising the knowledge level of hypertensive patients about the disease and their control, improve compliance to the drug treatment of hypertensive patients, guide hypertensive patients, the importance of healthy habits to obtain a life with more quality. In the follow-up proposal, the monitoring of this plan will be done based on the production of the team and the e-SUS system. It was concluded that the work will be carried out based on the proposed objectives, seeking strategies for improvement in the care of hypertensive patients and prevention of complications. Involving the team of ACS and nursing in the joint action, in search of solution to soften the problem that damages the visits.

**Keywords:** Hypertension, Interventions, Nursing.

## 1 - INTRODUÇÃO

A hipertensão atinge cerca de um bilhão de pessoas em todo o mundo, com aproximadamente 7,1 milhões de mortes atribuídas anualmente. O hipertenso muitas vezes negligencia o cuidado com sua saúde, pelo fato de ser uma doença assintomática em parte do seu curso<sup>11</sup>.

A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos), além de ser considerado um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce<sup>6</sup>.

É consenso na literatura científica que o sucesso do tratamento da HAS e de suas complicações está condicionado às mudanças de estilo de vida, independente do tratamento medicamentoso, com destaque a redução dos fatores de risco modificáveis: excesso de peso, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Estudos mostram que esses fatores de risco estão fortemente presentes na população brasileira<sup>21</sup>. Documentos de órgãos internacionais, entre eles da World Health Organization<sup>36</sup> e da American Heart Association, divulgaram estratégias para reduzir os principais fatores de risco para as DCV, a qual se destaca as intervenções educativas<sup>26</sup>.

A adoção de hábitos de alimentação e estilos de vida mais saudáveis é estratégica para o alcance de resultados mais favoráveis no cuidado à HAS, sendo, em alguns casos, a única terapêutica recomendada. A baixa adesão dos pacientes a essas orientações não medicamentosas constituem-se em importante dificuldade para controlar a gravidade da doença<sup>21</sup>.

Uma das formas de educação em saúde é por meio do grupo terapêutico denominado como um conjunto de pessoas reunidas com problemas semelhantes, com a finalidade de promover a troca de saberes e experiências, além da aquisição de novas habilidades, assim é considerado que estratégias de educação em saúde podem ser favorecidas pelo trabalho na modalidade grupal, possibilitando o aprofundamento em questões referentes a saúde, uma vez que no grupo os participantes podem combater melhor suas limitações, pelo resgate da autonomia e possibilidade de um melhor conviver com sua condição de saúde<sup>17</sup>.

A educação constitui elemento fundamental no tratamento de pessoas com doenças crônicas, sendo essencial para a obtenção de resultados satisfatórios com o

tratamento instituído, devendo ser um processo contínuo de promoção e facilitação do conhecimento<sup>17</sup>.

A transmissão de ensinamentos para o conhecimento acerca da patologia, de suas complicações e inter-relações provoca a necessidade de mudanças no estilo de vida o que corrobora para controle e tratamento da hipertensão<sup>10</sup>.

Com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a qualidade de vida (QV) passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos. As informações sobre QV dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda é escassa, e dados comparativos com a população geral são importantes dentro desse contexto<sup>6</sup>.

Considerando a hipertensão arterial como importante problema de saúde pública de elevada incidência e prevalência, bem como, a relevância das ações de educação em saúde na promoção do conhecimento da população para um melhor manejo da doença, o estudo tem como o objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar a educação em saúde dos pacientes hipertensos da Unidade Básica de Saúde Dr. Leônidas Antônio Deolindo do município de Teresina PI/Brasil.

### **Objetivos Específicos**

Realizar ações educativas com pacientes hipertensos, considerando os fatores inerentes ao paciente, à doença, à terapêutica e aos serviços de saúde.

Elevar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos sobre a doença e seu controle.

Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos.

Orientar os pacientes hipertensos, sobre a importância de hábitos saudáveis para a obtenção de uma vida com mais qualidade.

## **2 - REFERENCIAL TEÓRICO**

### **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão<sup>34</sup>, a HAS tem baixas taxas de controle, além de ser considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para surgimento de outras doenças. Representa o principal fator de risco para as complicações como o Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio e Doenças Renais Crônicas terminais. Pode ser associada a vários fatores de risco, como: idade, gênero, etnia, excesso de peso, obesidade, ingestão de sal, de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores cardiovasculares, que podem se apresentar concomitantes ou não no mesmo indivíduo. Ressalta-se que

quanto maior o número de fatores de risco maior a chance de ocorrência de eventos cardiovasculares<sup>8</sup>.

Nesta perspectiva, o reconhecimento dos fatores de risco pode levar a um diagnóstico mais precoce e à instalação de medidas de prevenção não farmacológicas, ou ao melhor tratamento quando a condição já está instalada. A HAS é uma doença que não tem cura. Dessa forma, torna-se indispensável o controle dos fatores de risco modificáveis por meio de ações preventivas e controle na redução dos riscos<sup>4</sup>.

A hipertensão arterial possui elevados custos sociais, porque se tem de enfrentar dois grandes desafios: o primeiro é a adesão do paciente ao tratamento; o segundo se refere à colocação dos pacientes que aderem ao tratamento dentro das metas preconizadas pelas diversas diretrizes publicadas pelas sociedades científicas nacionais e internacionais<sup>20</sup>. Além disso, por ser uma doença crônica, requer, geralmente, o tratamento com medicamento de uso contínuo, sendo comum a associação de outros medicamentos para o tratamento de doenças associadas ou de complicações do próprio quadro hipertensivo. Isto aumenta a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas e de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM)<sup>22</sup>. Seu tratamento requer a ação de uma equipe multiprofissional para que se alcance às metas esperadas e o controle do paciente hipertenso.

Melhorar o conhecimento destes pacientes em relação ao tratamento e um relacionamento produtivo entre farmacêutico e paciente, podem constituir estratégias efetivas para promover a adesão<sup>29</sup>. A inserção da prática da atenção farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita que o farmacêutico seja integrante e atuante da equipe, a fim de resolver e prevenir problemas relacionados aos medicamentos<sup>3</sup>. Rovers e Currie afirmam que a estruturação e promoção de funções assistenciais e clínicas, em unidades básicas de saúde, são capazes de incrementar a interação paciente-farmacêutico e multiprofissional<sup>28</sup>.

### **Prevenções Primárias**

#### **Medidas não-medicamentosas**

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida<sup>2</sup>.

Mudanças no estilo de vida são entusiasticamente recomendadas na prevenção primária da HAS, notadamente nos indivíduos com PA limítrofe. Mudanças de estilo de vida reduzem a PA bem como a mortalidade cardiovascular<sup>18-27</sup>. Hábitos saudáveis de

vida devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo.

Segundo a I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento de Síndrome Metabólica<sup>15</sup>, a relação entre os aumentos de peso e da pressão arterial é quase linear, sendo observada em adultos e adolescentes. Perdas de peso e da circunferência abdominal correlacionam-se com reduções da PA e melhora de alterações metabólicas associadas. Assim, as metas antropométricas a serem alcançadas são o índice de massa corporal (IMC) menor que 25 kg/m<sup>2</sup> e a circunferência abdominal < 102 cm para os homens e < 88 para as mulheres.

O sucesso do tratamento depende fundamentalmente de mudança comportamental e da adesão a um plano alimentar saudável<sup>13</sup>.

Ensaio clínicos controlados demonstraram que os exercícios aeróbios (isotônicos), que devem ser complementados pelos resistidos, promovem reduções de PA, estando indicados para a prevenção e o tratamento da HAS. Para manter uma boa saúde cardiovascular e qualidade de vida, todo adulto deve realizar, pelo menos cinco vezes por semana, 30 minutos de atividade física moderada de forma contínua ou acumulada, desde que em condições de realizá-la<sup>35</sup>.

### **Medidas medicamentosas**

A decisão de quando iniciar medicação anti-hipertensiva deve ser considerada avaliando a preferência da pessoa, o seu grau de motivação para mudança de estilo de vida, os níveis pressóricos e o risco cardiovascular<sup>2</sup>.

Estudos foram realizados com o objetivo de avaliar a eficácia e a segurança de medicamentos na prevenção da HAS. Nos estudos TROPHY e PHARAO a estratégia medicamentosa foi bem tolerada e preveniu o desenvolvimento de HAS em populações jovens de alto risco. Para o manejo de indivíduos com comportamento limítrofe da PA recomenda-se considerar o tratamento medicamentoso apenas em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto. Até o presente, nenhum estudo já realizado tem poder suficiente para indicar um tratamento medicamentoso para indivíduos com PA limítrofe sem evidências de doença cardiovascular<sup>24</sup>.

Melhorar o conhecimento destes pacientes em relação ao tratamento e um relacionamento produtivo entre farmacêutico e paciente, podem constituir estratégias efetivas para promover a adesão<sup>29</sup>. A inserção da prática da atenção farmacêutica no

Sistema Único de Saúde (SUS) possibilita que o farmacêutico seja integrante e atuante da equipe, a fim de resolver e prevenir problemas relacionados aos medicamentos<sup>3</sup>. Rovers e Currie afirmam que a estruturação e promoção de funções assistenciais e clínicas, em unidades básicas de saúde, são capazes de incrementar a interação paciente-farmacêutico e multiprofissional<sup>28</sup>.

### **Fatores de risco para a hipertensão arterial**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>31</sup> entre os fatores de risco para a HAS estão: a idade, o sexo e a etnia, além de fatores socioeconômicos, consumo excessivo de sal, obesidade, consumo excessivo de álcool e o sedentarismo. Santos<sup>30</sup> enfatiza que o aparecimento da HAS tem relação com o estilo de vida inadequado. Os fatores de risco normalmente aparecem de forma combinada. Fatores ambientais e a predisposição genética contribuem para a agregação de fatores de risco cardiovascular em famílias com estilo de vida pouco saudável<sup>31</sup>.

Entre os hábitos de vida, a alimentação ocupa um papel de destaque no tratamento e prevenção da HAS. Uma alimentação inadequada está associada de forma indireta a maior risco cardiovascular, que pode, ainda, ser associado a outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia e HAS. Várias modificações dietéticas demonstram benefícios sobre a PA, como a redução da ingestão de sal e álcool, redução do peso e possivelmente aumento no consumo de alguns micronutrientes, como potássio e cálcio. Alguns estudos indicam que o padrão dietético global, mais que um alimento isolado, tem maior importância na prevenção de doenças e redução da morbidade e mortalidade cardiovascular<sup>23</sup>.

Conforme estudo transversal de Salomão e colaboradores<sup>32</sup> entre adultos constataram-se maior chance de HAS entre aqueles com obesidade, risco elevado/muito elevado para doenças metabólicas associadas à obesidade (circunferência da cintura), risco para o desenvolvimento de doenças (razão de cintura e quadril), doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

A restrição do sal na dieta causa uma pequena redução da pressão arterial<sup>7-19-25</sup> e é a única medida não medicamentosa que reduz, de fato, o risco de desenvolver doença cardiovascular<sup>5-14</sup>. A dificuldade de seguir continuamente as recomendações de restringir sal em condições reais – até porque a maior parte do sal contido nos alimentos é adicionada na fase industrial – é o maior limitante da efetividade dessa abordagem terapêutica.

O sedentarismo aumenta a incidência de HAS<sup>33</sup>. Já está comprovado que pessoas sedentárias tem maior chance de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas ativas<sup>12</sup>.

O tabagismo também é um fator de risco que merece destaque, visto que eleva a pressão arterial e favorece complicações como aterosclerose. Portanto, a interrupção do tabagismo reduz o risco de acidente vascular encefálico e também de doenças isquêmicas do coração<sup>1</sup>.

O tabagismo também aumenta o risco de complicações cardiovasculares secundárias em hipertensos e aumenta a progressão da insuficiência renal. Além disso, a cessação do tabagismo pode diminuir rapidamente o risco de doença coronariana entre 35% e 40%<sup>16</sup>.

A cessação do tabagismo constitui medida fundamental e prioritária na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares e de diversas outras doenças<sup>9</sup>.

### 3 - PLANO OPERATIVO

- **Elaboração da Planilha de Intervenção**

<b>SITUAÇÃO PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>METAS/ PRAZOS</b>	<b>AÇÕES/ ESTRATÉGIAS</b>	<b>RESPONSÁVEIS</b>
Elevado número de hipertensos sem adequado controle e monitoramento	Aumentar o número do acompanhamento	5 reuniões com as equipes. Prazo: 30 dias	Atualizar os cadastros de pessoas hipertensas, Otimizar o tempo das equipes, Supervisão clínica e administrativa, Planejamento	Toda equipe
Resistência na adesão medicamentosa	Adesão dos pacientes em palestras educativas	10 palestras com a população	Orientação sobre o tema, Relação de ajuda / Interação, Apoio afetivo, mental	Enfermeira e ACS

		Prazo: 30 dias	ou psicológico, Comunicação	
Baixo nível de conhecimento sobre a doença	Agregar mais conhecimento sobre a HAS	7 encontros com palestras e dinâmicas Prazo: 14 dias	Desenvolvimento de estratégias de ensino, Palestras sobre o tema	Enfermeira e ACS
Obesidade	Escassear o número de pacientes com obesidade	5 encontros com a população com a nutricionista Prazo: 60 dias	Orientação sobre alimentação, atividades físicas	Enfermeira, Nutricionista e ACS

#### **4 - PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO**

O acompanhamento desse plano será feito com base na produção da equipe e no sistema e-SUS. Sendo assim, o plano de ação terá um acompanhamento semanal e mensal das atividades. Vamos criar uma lista de presença para registrar semanalmente os usuários presentes nos grupos educativos e vamos realizar uma reunião da equipe por mês para discussão das atividades desenvolvidas e sobre o processo de trabalho. Além disso, incentivá-los a população a participarem das ações de promoção a saúde. Dentro da equipe, pretende-se organizar melhor a agenda para melhorar os atendimentos e vamos realizar uma reunião da equipe por mês para discussão das atividades desenvolvidas e sobre o processo de trabalho.

#### **5 - CONCLUSÃO**

O trabalho será realizado com base nos objetivos propostos buscando estratégias de melhorias no atendimento aos hipertensos e prevenções de complicações. Envolvendo a equipe de ACS e enfermagem na ação conjunta, na busca de solução para amenizar o problema que prejudica a visitas. Espera-se que a partir do plano de ação os problemas que afetam a população da UBS Dr. Leônidas Antônio Deolindo,

sejam amenizados e que as condições para o acompanhamento seja melhorada, facilitando assim a condição de trabalho da equipe e melhorando a qualidade de vida da população atendida.

Este trabalho poderá ajudar outros profissionais a compreenderem a importância da visita domiciliar e que o paciente deve ser visto como um todo.

## REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Diretoria de Normas e Habilitação de Produtos – DIPRO. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Rio de Janeiro: MS, 4.ed. 2011. 244 p.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- 3 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. A Universidade construindo o farmacêutico generalista para o SUS. Fórum nacional de ensino e as pesquisa da atenção farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
- 4 - BRANDÃO AA, Amodeo C, Nobre F, Fuchs FD. Hipertensão. Rio de Janeiro: Elsevier; 2012.
- 5 - BERRY, S. E. et al. Increased potassium intake from fruit and vegetables or supplements does not lower blood pressure or improve vascular function in UK men and women with early hypertension: a randomised controlled trial. **British Journal of Nutrition**, Cambridge, v. 2, p. 19, dez. 2010.
- 6 - CARVALHO, M, V.; et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. Sociedade Brasileira de Cardiologia, São Paulo, V. 100, n. 2, p. 164-174. 2013.
- 7 - CENTER OF DISEASE CONTROL. Sodium intake among adults — United States, 2005–2006 **Morbidity and Mortality Weekly Report**, Atlanta, v. 59, n. 24, p. 24, jun. 2010.
- 8 - DANTAS RCO. Saúde do homem e o controle da pressão arterial em usuários hipertensos no nível da atenção primária a saúde [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2013.
- 9 - Declaração da Conferência de Ciência do Estado do Instituto Nacional de Saúde: Uso do Tabaco: Prevenção, Cessação e Controle. Conferência NIH. *Ann Intern Med*. 2006; 145: 839-44.

- 10 - FERNANDES MA, Sousa AR, Gomes MMR, Carvalho MGC, Castro AED. Ação educativa do enfermeiro na atenção básica: visão do portador de hipertensão arterial. *Rev Enferm UFPI*. 2013; 2(2):3-8.
- 11 - FIGUEIREDO JO, Castro EE. Ajustamento criativo e estresse na hipertensão arterial sistêmica. *Rev Abordagem Gestalt*. 2015; 21(1): 37-46.
- 12 - GRAVINA, G.F.; GRESPAN, S.M.; BORGES, J.L. Tratamento não medicamentoso da hipertensão no idoso. **RevBrasHipertens**. v.14, n.1, p.33-36, 2007.
- 13 - GREENBERG I, Stampfer MJ, Schwarzfuchs D, Shai I; DIRECT Group. Adherence and success in long-term weight loss diets: the dietary intervention randomized controlled trial (DIRECT). *Am Coll Nutr* 2009; 28(2): 159–168.
- 14- HOUSTON, M. C. The role of cellular micronutrient analysis, nutraceuticals, vitamins, antioxidants and minerals in the prevention and treatment of hypertension and cardiovascular. **Ther. Adv. Cardiovasc. Dis.**, [S.l.], v. 4, n. 3, p. 165-183, jun. 2010.
- 15 - I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. *Arq Bras Cardiol* 2005; 84, S I:1-2.
- 16 - KAPLAN, N. M.; ROSE, B. D. **Treatment of hypertension in the blacks**. Disponível em:<<http://www.uptodateonline.com>>. Acesso em: 15 nov. 2018.
- 17 - LEAL L.B.; et al. Intervenção educativa realizada com hipertensos de uma Estratégia Saúde da Família. *Rev Enferm UFPI*. 2016 Jul-Set;5(3):67-71.
- 18 - LEWINGTON S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R, Collins R, for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002; 360: 1903–1913.
- 19 - MOHAN, S.; CAMPBELL, N. R. C. Salt and high blood pressure. **Clinical Science**, London, v. 177, p. 1-11, 2009.
- 20 - MACHADO CA. Adesão ao tratamento – Tema cada vez mais atual [comunicação breve]. *Rev Bras Hiperten*. 2008;15:220-21.
- 21 - MACHADO J. C.; et al. Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. *Rev. Ciência & Saúde Coletiva*, 21(2):611-620, 2016.
- 22 - MALLETA RF, Ribeiro AQ. Serviço de acompanhamento ao hipertenso desenvolvido pela Farmácia Universitária da UFMG: avaliação e perspectivas. *Infarma*. 2006;18: 21-8.

- 23 - MIRANDA, R. D.; STRUFALDI, M. B. Tratamento não medicamentosos: dieta DASH. In: BRANDÃO, A. A.; AMODEO, C.; FERNANDO, M. **Hipertensão**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- 24 - NEVES MF, Oigman W. Pre-hipertensao: uma visao contra o tratamento medicamentoso. *Rev Bras Hipertens* 2009; 16(2): 112–115.
- 25 - NKONDJOCK, A.; BIZOME E. Dietary patterns associated with hypertension prevalence in the Cameroon defence forces. **European Journal of Clinical Nutrition**, London, v. 64, n. 9, p. 1014-1021, set. 2010.
- 26 - PEARSON TA, Palaniappan LP, Artinian NT, Carnethon MR, Criqui MH, Daniels SR, Fonarow GC, Fortmann SP, Franklin BA, Galloway JM, Goff DC Jr, Heath GW, Frank AT, Kris-Etherton PM, Labarthe DR, Murabito JM, Sacco RL, Sasson C, Turner MB; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. American Heart Association guide for improving cardiovascular health at the community level, 2013 update: a scientific statement for public health practitioners, healthcare providers, and health policy makers. *Circulation* 2013; 127(16):1730-1753.
- 27 - RAINFORTH MV, Schneider RH, Nidich SI, Gaylord-King C, Salerno JW, Anderson JW. Stress reduction programs in Patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Curr Hypertens Rep* 2007; 9: 520-528.
- 28 - ROVERS JP, Currie JD. Guia Prático da Atenção Farmacêutica: Manual de Habilidades Clínicas. São Paulo: Pharmabooks; 2010.
- 29 - SOUZA TRCL, Silva AS, Leal LB, Santana DP. Método Dáder de seguimento farmacoterapêutico: um estudo piloto. *Rev Ciênc Farm Bás Apl.* 2009;30:90-4.
- 30 - SANTOS, Z.M.S.A. Hipertensão arterial - um problema de saúde pública. *RevBrasPromoç Saúde*, v.24, n.4, p.285-286, 2011.
- 31 - SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. p. 1-48, 2006.
- 32 - SALOMÃO, et. al.; Fatores associados à hipertensão arterial em usuários de serviço de promoção à saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, V. 17, n. 1, p.32-38. 2013.
- 33 - **V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Arq. Bras. Cardiol.**v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2007.
- 34 - VI Diretrizes Brasileiras De Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia/Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95 Supl 1:1-51.

35 - WHELTON SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta analysis of randomized, controlled trials. *Ann Intern Med* 2002; 136(7): 493– 503.

36 - World Health Organization (WHO). 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes Geneva: WHO; 2008.