



ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Projeto de Intervenção:

Redução da hipertensão arterial em pacientes atendidos na UBS Recanto dos Humildes em Perus/SP.

Aluno: René Maturell Lugo
Orientadora: Elma Pereira dos Santos Polegato

São Paulo/SP
2014

SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais	05
2.2. Objetivos Específicos	05
3. Revisão Bibliográfica	05
4. Metodologia	
4.1 Sujeitos envolvidos nos benefícios da intervenção	07
4.2 Cenários da intervenção	07
4.3 Estratégias e ações	07
4.4 Avaliação e monitoramento	10
5. Resultados Esperados	10
6. Cronograma	11
7. Referências	12

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

Perus é o bairro mais setentrional de São Paulo, a despeito de dificilmente ser visto como integrante da Zona Norte da Capital, situado na região do Vale do Rio Juquery e da Serra da Cantareira, Perus é um núcleo urbano isolado do restante da cidade por um cinturão verde cada vez mais tênue. Fica subitamente próximo, a não mais que meia hora da Lapa e das Estações Barra Funda e Luz, situação que contrasta com municípios mais afastados da Capital. Além disso, uma das maiores obras da América Latina, o Rodoanel Viário, teve seu início justamente por Perus¹.

Seus moradores são, em sua maioria, carentes, dependendo do recebimento de benefício do Programa Bolsa Família e cesta básica da Subprefeitura de São Paulo/SP para sua subsistência. No atendimento à saúde o bairro possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde funciona o Programa de Saúde da Família (PSF), um Serviço de Emergência (Pronto Socorro), um Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) e um Atendimento Médico Ambulatorial de Especialidades (AMAE), CAPS Infantil, Ambulatório Saúde Mental, SAMU, Corpo de Bombeiro.

Na área da Educação há escolas de nível fundamental, ensino médio e técnico, creches e maternal. Ainda, Perus possui alta densidade demográfica e poucas áreas verdes, predominando as ruas sem asfaltos, poucas áreas de lazer. A equipe atende a uma população de 4574 pessoas das quais 655 são hipertensos.

Nos atendimentos de clínica geral do PSF, existe um equilíbrio entre atendimentos de prevenção da saúde com o programa materno-infantil e patologias crônicas não transmissíveis, sendo que há um predomínio dos atendimentos a idosos, hipertensos e diabéticos. Pode-se constatar no atendimento diário grande parte da população atendida tem associado muitos fatores de risco, como mau hábito nutricional, não prática de exercícios físicos, dentre outros.

A hipertensão arterial tem sido uma das patologias que mais afeta a população com faixa etária superior a 20 anos, caracterizando também um importante fator de risco para doenças cardiovasculares.

No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 33,0% dos óbitos com causas conhecidas. Além disso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17,0% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos² e 29,0% daquelas com 60 anos ou mais³. A maioria dos eventos cardiovasculares ocorre em indivíduos com alterações leves dos fatores de risco que, se deixados sem tratamento por muitos anos, podem produzir uma doença manifesta⁴.

Vários estudos epidemiológicos e ensaios clínicos já demonstraram a drástica redução da morbimortalidade cardiovascular com o tratamento da hipertensão arterial⁵.

Existe boa evidência médica de que aferições de pressão arterial podem identificar adultos com maior risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em razão da hipertensão^{4,5}.

Diretrizes de serviços preventivos dos Estados Unidos da América (EUA) e do Canadá recomendam o rastreamento sistemático da hipertensão em adultos, dados os benefícios do tratamento precoce⁶.

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associados a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbimortalidade⁶.

No Brasil, em 2002, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) indicaram que a média da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050⁷, uma das consequências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão.

Ainda, estudos de prevalência da hipertensão no Brasil, entre 1970 e início dos anos 90, revelaram valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27,1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste⁸.

Segundo dados do DATASUS, no ano de 2012, a prevalência da hipertensão arterial no sudeste era de 25,8%, seguida pela região sul (24,7%), norte (24,3%), centro-oeste (24,1%), nordeste (23,9%) e norte (18,7%), com média nacional de 24,3%⁹.

1.2 Justificativa

Devido à alta prevalência de problemas cardiovasculares em indivíduos portadores de hipertensão arterial sistêmica, observa-se que estes são responsáveis por uma expressiva parcela dos óbitos no Brasil e no mundo. Dessa forma esta patologia se tornou um problema de saúde pública, tornando seu controle e prevenção essenciais e para que isto ocorra, pode-se lançar mão de recursos medicamentosos ou não.

Dentre os recursos não medicamentosos, estão fatores modificáveis como a realização de atividade física, a cessação do tabagismo, controle da obesidade, controle das medicações anticoncepcionais orais, melhora na alimentação com controle do sódio na dieta e, também outros fatores tidos como não modificáveis, dentre eles os biológicos como hereditariedade, idade, etnia e outros.

Nesse sentido, os fatores de risco da hipertensão arterial têm influenciado na diminuição da qualidade de vida dos pacientes atendidos na UBS Recanto dos Humildes em Perus, município de São Paulo/SP, por isso é importante estudar e atuar no controle dos fatores de risco da hipertensão arterial.

Diante da importância das considerações aqui apresentadas propõe-se fazer um trabalho de intervenção para tratar esta problemática, também considerada como um problema de saúde pública. A implantação de um trabalho para auxiliar no enfrentamento dos fatores de risco que mais influenciam de maneira negativa a qualidade de vida dos pacientes, além de ajudar a despertar nos participantes a consciência pela importância do controle adequado dos fatores de risco da hipertensão arterial e conhecer as possíveis complicações da mesma, podendo levar à doenças cardiovasculares futuras.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Reduzir a hipertensão arterial em pacientes atendidos na UBS Recanto dos Humildes em Perus no município de São Paulo, SP.

2.2 Específicos

1. Identificar o nível de conhecimento da população atendida antes da intervenção.
2. Determinar os fatores de risco presentes na população atendida.
3. Intervir diretamente e de forma apropriada nos fatores de risco da doença e suas complicações.
4. Avaliar o nível de conhecimento e percepção de risco da população atendida depois da intervenção.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A morbidade e mortalidade cardiovascular é atualmente a principal preocupação, tanto para os profissionais de saúde quanto para a população em geral. Atualmente a hipertensão arterial tem atingido cerca de 30,0% dos indivíduos adultos no Brasil, e, desta forma constituindo-se entre o grupo de doenças cardiovasculares como um dos principais fatores que mais ocasionam mortes¹⁰.

O coração é um órgão muscular com câmaras, segmentado em átrios e ventrículos. Sinergicamente, artérias, veias e ramos destes resultam em sistema de condução complexo, regulando o fluxo sanguíneo de acordo com estímulos intravasculares e/ou extravasculares. Sendo assim em cada sístole atrial e ventricular, o sangue adquire pressão em virtude da atividade muscular cardíaca, possibilitando a distribuição plena dos elementos necessários ao metabolismo corporal^{9,10}.

A pressão arterial (PA) é determinada fisiologicamente de acordo com diversos fatores intrínsecos e extrínsecos. Fatores fisiológicos intrínsecos como etnia, idade, sexo e genética familiar podem influenciar diretamente nos valores da PA de um indivíduo, os problemas multifatoriais que podem elevar os níveis da PA de um indivíduo, são a obesidade, o diabetes, o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, o uso excessivo de sal na dieta, as dislipidemias e o uso de anticoncepcionais orais, sendo que, por outro lado a prática de exercícios físicos e uma boa alimentação ajudam a manter os níveis pressóricos normais¹⁰.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apresenta-se de forma crescente ao longo das últimas décadas, especialmente no período recente referente às mudanças de hábito e comportamento da população mundial. O mundo globalizado exige dedicação às atividades profissionais em detrimento da qualidade de vida, resultando em diversas enfermidades dentre as quais a HAS é a mais frequente em diversos setores sociais⁹⁻¹¹.

Neste sentido, os fatores desencadeantes da hipertensão destacam-se o tabagismo, o alcoolismo, o diabetes, o sedentarismo e a elevação das

lipoproteínas de baixa densidade. A coexistência desses fatores desencadeia o aumento da pressão arterial e como consequência o alto risco da morbimortalidade¹¹.

A HAS é atualmente definida pela média de pressão arterial (PA) de consultório maior ou igual a 140/90 mmHg em ao menos duas aferições realizadas em duas ou mais consultas. É conhecido fator de risco para doença cardiovascular, explicando cerca de metade dos casos de acidente vascular encefálico e de doença arterial coronariana. Também é notório o acúmulo de evidências que apontam para correlação positiva entre os níveis pressóricos arteriais e o risco para eventos cardiovasculares^{12,13}.

A doença hipertensiva é uma das mais difundidas no planeta e não em vão tem sido chamada de "o assassino silencioso" porque muitas vezes não se percebe sua presença e quando percebe pode ser tarde demais. Portanto, os principais riscos associados com esta desordem não são devido ao estresse em si, mas certas mudanças que ocorrem em vários órgãos importantes como o coração, rins, cérebro, vasos sanguíneos e os olhos¹⁴.

As políticas de saúde voltadas para a prevenção, diagnóstico e tratamento, através do programa de doenças cardiovasculares, por meio dele, os pacientes estão em controle constante por profissionais de saúde. O objetivo dessas políticas é prevenir ou limitar os danos que estas doenças podem causar, tanto física como financeiramente para o paciente e sua família¹⁵⁻¹⁷.

No mundo, a hipertensão é precursora da morte de 9,4 milhões de pessoas por ano de doenças cardiovasculares, tais como acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. Na China, 200 milhões de pessoas de uma população de cerca de 1,3 bilhão de pessoas sofrem de hipertensão, não sendo diferente na África onde cerca de 46,0% dos adultos são hipertensos. Esta doença é responsável por quase metade de todas as mortes por acidente vascular cerebral e doença cardíaca, sendo que a maioria dessas pessoas não foi diagnosticada¹⁷.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, cerca de 30 milhões de brasileiros têm hipertensão e há outros 12 milhões que ainda não sabem que possuem a doença, sendo que ocorrem 300.000 mortes ao ano¹⁷⁻²⁰.

Uma pesquisa divulgada recentemente pelo Ministério da Saúde apontou que a proporção de brasileiros diagnosticados com pressão alta cresceu de 21,5% em 2006 para 24,4% em 2009. A Sociedade Brasileira de Cardiologia estima que apenas 10,0% da população faça regularmente acompanhamento médico e siga corretamente as orientações¹⁸⁻²⁰.

De acordo com dados dessa última pesquisa do Ministério da Saúde sobre a hipertensão, o Rio de Janeiro (RJ) aparece como a primeira capital na proporção de hipertensos, com 28,0% de casos, seguido de Recife (PE), com 27,6% e Campo Grande (MS) 26,5%, São Paulo com 26,8 %. Em Perus/SP, na UBS Recanto dos Humildes, os resultados são semelhantes aos achados no estado São Paulo²⁰.

4. METODOLOGIA

4.1 Cenários da intervenção

O presente projeto deverá ser desenvolvido na própria UBS Recanto dos Humildes, no município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil durante as consultas e visitas domiciliares e visa determinar o comportamento dos fatores de risco na hipertensão arterial separados por faixas etárias e sexo.

4.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)

Será feito um estudo longitudinal, retrospectivo, descritivo de hipertensão arterial e seus principais fatores de risco associados, no período entre março de 2014 a março de 2015, na UBS Recanto dos Humildes, no município de São Paulo, estado de São Paulo, Brasil.

O universo será formado por um total de 2823 pacientes maiores de 20 anos da equipe sete, sendo a amostra de 60,0% dos casos de hipertensão arterial pesquisados, pessoas com fatores de risco que predispõem os indivíduos ao aumento da pressão arterial. A herança genética é o único fator de risco não é modificável. Os demais, como a ingestão de muito sal, estresse, obesidade, sedentarismo e ingestão de bebidas alcoólicas em excesso são passíveis de modificação. Portanto, a atuação dos profissionais de saúde no controle da hipertensão deve prever a adoção de hábitos de vida saudáveis.

A amostra será selecionada, usando os prontuários das famílias e banco de dados da UBS Recanto dos Humildes.

A equipe de trabalho (ESF) é composta por 06 (seis) agentes de saúde, 02 (dois) auxiliares de enfermagem, 01 (uma) enfermeira, 01 (um) médico, 01 (um) odontólogo, 01 (uma) nutricionista, 01 (uma) psicóloga, 01 (uma) assistente social e outros integrantes do NASF para o apoio nas atividades a serem realizadas na intervenção.

4.3 Estratégias e ações

Será realizado um estudo das principais variáveis qualitativas e quantitativas, dos fatores de risco não modificáveis tais como sexo, idade e genética e também dos fatores de risco modificáveis tais como Diabetes Mellitus (DM), hábito de fumar, obesidade e antecedentes patológicos de dislipoproteinemias conforme Quadro n. 1.

O sexo e a idade são variáveis biológicas, sendo que as idades, serão separadas a cada 10 anos por faixas etárias, iniciando-se com 20 anos para melhor estudo, relacionadas com o sexo.

Serão todos os pacientes hipertensos aqueles com valores tensionais de pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e diastólica de 90 mmHg, sendo este o limite amplamente aceito e depois dele aumenta significativamente a morbimortalidade por hipertensão, e os que tiveram esta patologia diagnosticada no prontuário médico.

Os pacientes diabéticos que forem diagnosticados por sintomas e sinais da doença e glicose em jejum no sangue maior do que 99 mg/dl ou hemoglobina glicada (HbA1c) 6,4% acima dão a Hb total ou clínica registrada ou referidos pela mesma história.

Obesos serão escolhidos com o índice de massa corporal acima de 30 kg/metro quadrado.

Quadro 1: Distribuição das principais variáveis e fatores de risco modificáveis e não modificáveis a serem utilizados no estudo.

VARIÁVEIS		TIPO	ESCALA	DESCRIÇÃO
Idade		Quantitativa contínua	20 – 29 anos 30 – 39 anos 40 - 49 anos 50 – 59 anos 60 – 69 anos 70 –79 anos 80 em diante	Segundo anos cumpridos
Sexo		qualitativa nominal	Feminino Masculino	De acordo com o sexo biológico a que pertence
F A T O R E S D E R I S C O	HTA (Hipertensão Arterial)	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não
	Diabetes Mellitus	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não
	Tabagismo	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença do hábito ou não
	Obesidade	qualitativa nominal	Sim não	Segundo IMC > 30
	Dislipopro- teinemias	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não

Depois da identificação, tabulação e avaliação dos fatores de risco nos pacientes com hipertensão atendidos na UBS Recanto dos Humildes, os mesmos serão trabalhados em grupos, utilizando-se os dados do sistema informatizado de cadastro e acompanhamento de pacientes portadores de HAS e DM - HIPERDIA, além de contemplar também outros grupos da população que tenham riscos associados.

Haverá um trabalho conjunto e compartilhado com os demais profissionais do NASF como nutricionista, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta e odontólogo com palestras abordando os diferentes fatores de risco e sua prevenção no cotidiano dos pacientes.

Quanto aos aspectos nutricionais a orientação será direcionada em como ter uma alimentação saudável, a importância do consumo de alimentos com baixo teor de gordura, com ênfase na ingestão de frutas, legumes e vegetais, fibras solúveis, grãos e proteínas de origem vegetal. Além de outras medidas, como a suplementação de cálcio, magnésio, óleo de peixe e fitoterápicos.

Referente ao controle do peso a orientação será quanto a importância de manter o peso na faixa ideal, aferido por o índice de massa corporal entre 20 Kg/m² e 25 Kg/m², além de enfatizar quanto a importância da dieta hipocalórica balanceada, associados ao aumento da atividade física diária e a prática regular de exercícios aeróbios.

Outro fator a ser considerado será a redução da ingestão de sódio, limitando sua ingestão diária ao máximo de 2,4 gr de sódio ou 6 gr de cloreto de sódio. Por outro lado aumentar a ingestão de potássio com consumo diário de 2,0 gr a 4,0 gr contido em uma dieta rica em frutas e vegetais frescos.

Orientar ainda, quanto ao abandono da ingestão de álcool ou limitar o seu consumo diário a 30 ml para os homens, o que corresponde a 720 ml de cerveja ou a 240 ml de vinho ou a 60 ml de bebida destilada, e, a metade dessas quantidades para as mulheres.

Quanto a prática de exercícios físicos aeróbios com frequência diária de 30 a 45 minutos, três ou mais vezes por semana, sendo que aos poucos tentar aumentar também o tempo diário da atividade física.

A ingestão de cálcio e magnésio será orientada e feita através da suplementação dietética ou farmacológica, assim também, através de orientação direcionada se tentará a modificação de outros fatores de risco cardiovasculares como tabagismo, dislipidemias e outros.

Existirão ações comuns à equipe multiprofissional, como:

- Ações educativas referentes a promoção e prevenção em saúde, modificação dos fatores de risco, produção de material educativo, etc.
- Treinamento de profissionais, quando indicado.
- Encaminhamento a outros profissionais quando indicado.
- Ações assistenciais individuais e em grupo.
- Participação em projeto de pesquisa.

Apesar de haver uma definição de cada um dos membros da equipe, haverá momentos em que as funções serão comuns e isso deve acontecer de maneira natural, e também haverá ações individuais específicas de cada área de atuação, a saber:

A enfermeira trabalhará na pesquisa ativa dos fatores de risco e hábitos de vida, controles de pressão arterial na comunidade, orientação quanto a importância da medicação e seus possíveis efeitos colaterais,

avaliação de sintomas, orientação e reforço quanto aos hábitos de vida pessoal e familiar, além da administração dos serviços e gerenciamento das atividades do técnico/auxiliar de enfermagem e dos agentes de saúde que coletarão as informações e dados referentes ao histórico familiar sobre hipertensão arterial e outros fatores de risco, além da participação nas ações educativas primárias, visando a promoção da saúde.

Não obstante, o médico trabalhará durante a consulta responsabilizando-se pelas condutas terapêuticas aos pacientes, além da revisão da avaliação clínica dos pacientes com pressão arterial controlada pelo menos uma vez ao ano, apoio aos demais membros, quando solicitado.

O profissional de nutrição fará a consulta de nutrição, fará a orientação nutricional em grupo ou individual, prescrição de dietas, guardando aspectos socioeconômicos e culturais.

No tocante a atuação do profissional de psicologia, o mesmo fará avaliação psicológica, diagnóstico e tratamento dos aspectos emocionais que poderão interferir na qualidade de vida dos pacientes e seus familiares, colaborando na mudança dos hábitos de vida.

Assim também, a(o) assistente social fará o diagnóstico social através de entrevistas para identificar situações socioeconômicas diferenciadas e dar o devido tratamento para não comprometer os resultados, fará também a atualização do cadastro de recursos sociais.

4.4 Avaliação e monitoramento

O monitoramento das atividades deverá ser realizado pela equipe de saúde da família número 7 da UBS Recanto dos Humildes, Perus, que deverá zelar pelo interesse dos hipertensos e não hipertensos com fatores de risco da comunidade.

Assim também as avaliações serão realizadas através da aferição mensal da hipertensão arterial dos pacientes pelo médico da equipe e/ou outros membros da equipe participante do projeto para que as intercorrências sejam discutidas e possíveis ajustes necessários sejam realizados.

Nosso trabalho reúne os cinco princípios éticos exigidos, quais sejam o respeito pelas pessoas, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia.

Os dados serão tabulados utilizando-se os recursos materiais já existentes na UBS como computador, impressora, folhas de papel branco A4, lápis, canetas, dentre outros.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se obter, com o desenvolvimento deste projeto terapêutico, um melhor conhecimento dos fatores de risco associados à hipertensão arterial, com isto uma maior responsabilidade pelas atividades comunitárias que serão desenvolvidas pela equipe, as quais permitirão melhoria no conhecimento dos fatores de risco pela população e os hipertensos poderão trabalhar na melhoria de sua qualidade de vida, controlando melhor seus fatores de risco e, conseqüentemente tendo uma redução na hipertensão arterial sistêmica.

A prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, bem como a redução dos fatores de risco permitirá o

menor uso de medicamentos e internações por esta doença e como resultado os pacientes poderão ser beneficiados com uma melhor condição de saúde e qualidade de vida.

6. CRONOGRAMA

Atividades (2015)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Reuniões com equipes locais, NASF e Comunidade	X	X										
Elaboração de instrumentos de avaliação		X										
Apresentação para equipes e comunidade		X										
Aplicação do instrumento			X	X	X	X	X	X				
Análise dos resultados									X	X		
Elaboração de relatório final											X	
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade											X	X

7. REFERÊNCIAS

1. Prefeitura de São Paulo. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/perus/>; Acesso em 6 jul. 2014.
2. Almeida FF, Barreto SM, Couto BR, Starling CE. Predictive factors of in-hospital mortality and of severe perioperative complications in myocardial revascularization surgery. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2003; 80(1):41-60.
3. Lima e Costa MFF, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(1):23-41.
4. Barreto SM, Passos VMA, Firmo JOA, Guerra HL, Vidigal PG, Lima-Costa MFF. Hypertension and clustering of cardiovascular risk factors in a community in Southeast Brazil – The Bambuí Health and Ageing Study. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2001; 77(6):576-81.
5. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effects of treatment on morbidity in hypertension: results in patients with diastolic blood pressure averagings 115 through 129 mmHg. *JAMA* 1997; 202:1028-34.
6. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, detection evaluation and treatment of high blood pressure. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157:2413-46.
7. World Health Organization. Population aging; a public health challenge. Geneva: WHO; 1998.
8. Lessa I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS* 1993; 3:59-75.
9. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. [Internet] Prevalência de hipertensão arterial. [Citado 22 dez. 2013]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?idb2012/g02.def>; Acesso em 6 jul. 2014.
10. Dos Santos Delgado CM; Ferreira Da Silva LM. Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: Uma Revisão de Literatura. Recife, 2011. Disponível em <http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/hipertensao-arterial.pdf>; Acesso em 8 jul. 2014.
11. Damazio GE; Diniz de ME; Zampieri RG; e outros. Estudo Epidemiológico de Hipertensão Arterial Sistêmica - Uma Revisão Bibliográfica. Disponível em: https://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arg-idvol_13_1306271983.pdf. ; Acesso em 8 jul. 2014.
12. Veiga Chaves R. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil e manejo usual da doença na atenção primária. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/76194/000892448.pdf?sequence=1>; Acesso em 9 jul. 2014.
13. Nobre F; Barbosa CE; César LP; Tufik JM. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2013;46(3): 256-72. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2013/vol46n3/rev_Hipertens%E3o%20arterial%20sist%EAmica%20prim%E1ria.pdf; Acesso em 9 jul. de 2014.

14. Maturell Lugo R. Hipertesi3n Arterial. Estudio de las crisis hipertensivas. Outubro 2009. Dispon3vel em: <http://www.mailxmail.com/cursoPdf.cfm?gfnameCurso=hipertension-arterial-estudio-crisis-hipertensiva>; Acesso em 12 jul. 2014.
15. Aguilar Paucin N. Manual de terap3utica de medicina interna. 17 edici3n. La Habana: Ci4ncias Medicas; 2007.
16. Harrinson TR. Princ3pios de medicina interna. 18 edici3n. M3xico: Mc GRAW – HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A; 2012.
17. Gusso G, Ceratti JM. Tratado de medicina de fam3lia e comunidade. 1a edi3n. Porto Alegre: Artmed; 2012.
18. OMS. Preven3n Prim3ria da Hipertensi3n Arterial Essencial. Series de informes t3cnicos. 2002. 682p.
19. Henrique Elkis. Hipertensi3n arterial. Dispon3vel em: <http://www.henriqueelkis.com.br/pressao-alta.asp>; Acesso em 13 jul. 2014.
20. Estat3sticas de Hipertensi3n Arterial. Dispon3vel em: <http://www.criasaude.com.br/N4766/doencas/hipertensao/estatisticas-hipertensao.html>; Acesso em 13 jul. 2014.