



ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Título:

Comportamento dos fatores de risco associados a alta prevalência da HTA,
da equipe 145 em taipas.

Aluna: Yamirka Hardy Martinez

Orientadora: Ana Lucia de Moares Horta

São Paulo
2014

SUMÁRIO

1. Introdução	03
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais	05
3. Revisão Bibliográfica	06
4. Metodologia	
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção	11
4.2 Cenário da intervenção	11
4.3 Estratégias e ações	11
4.4 Avaliação e monitoramento	13
5. Resultados Esperados	14
6. Cronograma	15
7. Referências	17

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

O Parque de Taipas é um pequeno bairro, localizado no distrito do Jaraguá, na cidade de São Paulo. Fica próximo a Parada de Taipas e faz limite com a Serra da Cantareira. O Parque de Taipas cresceu muito de um anos pra cá aproximadamente de acordo com a Prefeitura de São Paulo tem 1500 moradias. Como qualquer bairro, tem seus problemas um deles é o Saneamento básico, como o esgoto sem tratamento, vias esburacadas, não tem área de lazer mais entre outras coisas tem uma alta incidencia da hipertensao arterial por o incremento paulatino dos fatores de risco!.

A presença de hipertensão foi encontrada pela primeira vez em 1677, mas teve de passar mais de um século desde que Harvey demonstrou a existência do mesmo, até que Stephen Hales, Inglês químico e naturalista em 1761 realizou a primeira medição de pressão arterial intravascular. Esta medição foi realizada através da introdução de uma cápsula para a veia do pescoço de um cavalo e ver quão alto o sangue no seu interior; Esta altura é a força exercida sobre o sangue na parede da artéria, que é a pressão a esse nível no sangue. Cinquenta anos mais tarde Poiseuille modificou o tubo de Hales o inclinou em forma de V e foi colocado em mercúrio. Em 1834 , um médico francês Harrison projetou um equipo em forma de coluna, mas eram todas as medidas intra-arterial, até que em 1836 Riva Rocci criou a compressão do manguito pneumático da parede pá a compressão da paredes da artéria e começar a tirar a pressão sanguínea de alguns pacientes; mas somente após a primeira década do século passado, tendo a pressão arterial torna-se parte integrante do exame físico , a partir de 1976 , um estudo colaborativo entre -American Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan -Americana da Saúde sobre hipertensão na América Latina ¹Hoje é a prevalência global de 33,7%, sendo mais comum em homens do que em mulheres, o aumento da incidência com a idade. Na América Latina, 140 milhões de pessoas sofrem desta condição. A maior prevalência de hipertensão em homens foi encontrada em Maracaibo, Venezuela (49,7%) e menor no Chile (9,1%); em mulheres a maior taxa foi registrada no Paraguai (43,9%) e menor na Cidade do México; considerando que é raro em mulheres de consumo não- industrial, pessoas magras e dieta pobre em sal ². 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%. Como pode-se observar, a prevalência destas doenças atinge consideravelmente a população brasileira e suas consequências podem ser muito graves, trazendo prejuízos físicos, psicológicos e financeiros para seus portadores, sua família e a sociedade. De acordo com dados do Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no Brasil em um ano. Aproximadamente 60% destas mortes são de homens, com idade média de 56 anos ^{3,4}.

A hipertensão arterial e uma elevação crônica da TA >140/90⁵ Esta e um fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se exteriorizam, predominantemente, por eventos isquêmicos cardíaco, cerebral, vascular periférico e renal. A hipertensão arterial e responsável por aproximadamente 25% da etiologia multifatorial da cardiopatia isquêmica e por 40 % da etiologia dos acidentes vasculares cerebrais, sendo a causa a cardiopatia hipertensiva.^{5,6,7} Sua evolução clínica é lenta, progressiva possui uma multiplicidade de fatores, quando não e tratada, traz graves complicações, temporárias ou permanentes⁸Por tudo isto e importante o controle dos principais fatores do risco associados a hipertensão arterial.

Risco é um conceito introduzido por companhias de, ajustar os seus prêmios de acordo com a probabilidade de uma pessoa adoecer ou morrer em um dado momento. Em 1961, Kannel, com base nos primeiros resultados do estudo de Framingham, cunhou o termo fator de risco. Este conceito inicial foi modificado para definir fatores de risco causais e fatores prognósticos. Um fator de risco é um agente ou entidade, exógena ou endógena, que pode possivelmente ter relação causal com uma determinada doença.

A hipertensão arterial (HTA), deve-se focar como uma enfermidade, um fator de risco de enfermidade de origem vascular, um problema que afeta ao indivíduo, um problema que afeta grande populações.

O comportamento dos fatores de risco e determinado por diversas influencias, que incluem aspectos demográficos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e psicológicos de uma pessoa ou de uma coletividade, evidenciando-se a interação existentes entre as dimensões cognitivas e emocionais. Para o adequado controle dos agravos crônicos a saúde, é muito importante a coordenação do cuidado e a responsabilização da pessoa.

Entre os fatores de risco da hipertensão arterial encontram-se⁹:

1. Fatores não modificáveis (Sexo, idade, hereditariedade os antecedentes familiares ou de gêneros).
2. Fatores de risco controláveis diretos (por estudos epidemiológicos que mostraram atuar diretamente na produção de doença) os níveis de colesterol e de lipoproteínas de baixa densidade (LDL) elevados, colesterol no sangue e lipoproteínas de alta densidade (HDL) baixo, tabagismo, consumo de álcool, diabetes, tipo de alimentação.
3. Fatores controláveis indiretos (aqueles que criam uma condição que está envolvido na gênese da doença) como o sedentarismo, obesidade, estresse, uso de contraceptivos orais.

1.2 Justificativa

O bairro de Taipas possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde funciona o Programa de Saúde da Família (PSF), um Serviço de Emergência, nós temos uma alta prevalência e incidência de hipertensos com muitos fatores de riscos modificável.

Como o fator genético é inerente ao indivíduo, o que pode-se tentar modificar são os fatores comportamentais, com o objetivo de evitar o aparecimento das complicações nesta doença. Os fatores de risco da hipertensão arterial influem na diminuição da qualidade de vida em meu paciente, por isso é importante estudar o controle dos fatores de risco da hipertensão arterial.

Neste novo século, o controle dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, certamente, será a pedra fundamental para a redução da mortalidade.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Determinar os fatores de risco associados a alta prevalência da HTA da equipe 145, na UBS Taipas.

4. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os fatores de risco cardiovascular frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação.

Hipertensão sistólica isolada é mais comum em homens que em mulheres e aumenta em idade, por causa do cardioangiosclerose que é produzida pelo excesso de volume no músculo do coração. Frequência existente 3,8 vezes maior naqueles que têm uma história familiar de hipertensão arterial, que se justifica através da teoria genética que propõe que pressão alta é uma desordem de transmissão poligênica, ou seja, que é efeitos genéticos independentes pequenos, que, quando se juntou a eles trazem com eles uma predisposição genética, os genes envolvidos são o sistema renina-angiotensina-aldosterona, calcitrina-cininas e sistema nervoso simpático. Além disso, dentro desta susceptibilidade genética tem sido identificado um pequeno grupo que corresponde às formas monogênicas como síndrome Liddle e síndrome de Gordon, com retenção de sódio primário e a certas formas de hiperplasia adrenal congênita ^{10,11}....

A existência de uma elevação de colesterol no sangue aumenta o risco de pressão alta e por sua vez, aumenta o risco de doença cardiovascular. Figura de colesterol normal é 5,2 mmol/L, a medição do mesmo deve ser feita no sangue, de 20 anos de idade, pelo menos a cada 5 anos. Dentro as medidas a tomar para reduzir o colesterol figuras é recomendado para os hipertensos ao seu peso ideal, realizar uma dieta hipocalórica para o qual deve ser excluída a manteiga para cozinhar, usando óleo vegetal (girassol, cardamom, milho e soja) Retire a manteiga e usar oleomargarine, Beba leite desnatado, suprimir a derivados do leite, a ingestão de apenas 300 mg de colesterol diário 2 semanal ovos (colesterol na gema)suprimir o consumo de carnes de órgãos, salsichas, evitar embutidos comer carnes magras, frango sem pele, peixe sem pele 3 vezes por semana, de preferência peixe de carne escura como carapau, cavala, que contêm a substância ômega envolvidos na eliminação do HDL; Nunca comer frutos do mar, reduzir os hidratos de carbono, que termina sua degradação no metabolismo da gordura. Gorduras devem ser o policial saturado que fornecem entre 15 e 30% d a energia total; ácidos saturados poli notas lei sobre os níveis de lipídios séricos, dentro deles é ácido linolênico, encontrado em peixes e óleo de peixe. Esses ácidos poliinsaturados, diminuindo os níveis de lipídios séricos, baixa a pressão arterial e inibir a agregação plaquetária. Qual tratamento é recomendado não só para pessoas com colesterol alto, mas também para as pessoas com triglicérides maiores ou iguais a 200 mg/dl como isto constitui um fator de risco para hipercolesterolemia ¹².

A hipertensão arterial é considerada como uma doença que associa-se a um agregado de distúrbios metabólicos, entre eles estão: a obesidade, o aumento da resistência à insulina, o diabetes mellitus.

Em diabéticos hipertensão afeta mais de metade da população, isto é porque está presente em ambos pacientes resistência à insulina e hiperinsulinemia causas alterações que podem levar a um aumento da termogênese, que por sua vez produz um aumento na atividade simpática que estimula o coração, vasos sanguíneos e rins contribuir para hipertensão. No Diabetes Mellitus tipo I, o aparecimento de hipertensão arterial está relacionado a renal Diabetes

Mellitus tipo II há um mecanismo fisiopatológico comum que produz uma condição de plurimetabólica síndrome complexa com óbvio aumento no risco cardiovascular chamado metabólico X síndrome que normalmente acompanhada a obesidade e diminuição da tolerância à glicose ^{13,14}.

Ingestão insegura de sódio tem sido correlacionada com Pressão arterial a dieta deve ser rica em potássio, cálcio, magnésio, frutas e legumes. Os acima mencionados são minerais que a maioria favorecem a excreção de sódio é o potássio, os requisitos mínimos para as pessoas saudáveis são 2000 ml ou 2g/dia por pessoa. Os alimentos ricos em potássio são frutas, como uva, laranja, limão, melão, tangerina; legumes como tomate, cenoura, abóbora, quiabo, espinafre, repolho. A leite proteínas e seus derivados, carne (frango, coelho, carne de porco); carnes de órgãos como o fígado e dentro a comida batata-doce, inhame, banana, batata, Considerando também que dietas de baixas teor de cálcio estão associadas com altos índices de hipertensão; Portanto, é benéfico para uma ingestão adequada de cálcio que deve ser de 800 mg/dia, para adultos, mulheres grávidas e mães que estão amamentando é recomendado 400 mg/dia. Não só estes aspectos são essenciais, mas que, além disso, a dieta deve ter baixas concentrações de sódio, 6 g/dia, o que equivale a uma colher de chá de nível de sobremesa para cada pessoa distribuídos entre os pratos prontos para o dia (almoço e jantar). ¹⁵.

Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV. É a sua contribuição para a redução de peso corporal. E também por outros mecanismos, tais como a diminuição da atividade do sistema nervoso simpático e resistência à insulina e pelos efeitos sobre o equilíbrio eletrolítico e os mecanismos de barorreceptores. É demonstrado que exercícios físicos aeróbicos regularmente podem reduzir a pressão arterial. Atividade física é a atividade do músculo esquelético que traz perda calórica; para permitir que este exercício calórico deve ter uma intensidade suficiente para manter o bater entre 60 e 85% da frequência cardíaca máxima teórica, dura pelo menos 30 minutos. Com uma frequência mínima de três dias por semana. Tendo em conta estes aspectos surge sedentários a partir de 18 anos de idade e é mais comum em mulheres que em homens. Sedentarismo predispõe a obesidade, que é um estado crônico de inflamação sistêmica moderada, que é expresso em níveis elevados de proteína C reativa, interleucina - 6 . Esta condição inflamatória provoca uma diminuição da expansão de envio-sangue dependente do endotélio, uma condição que, por sua vez, é associada com a presença de hipertensão. O consumo de gorduras, obesidade e sedentarismo fazem parte de um complexo que parece que aumenta a hiperatividade simpática em indivíduos com excesso de peso pode condicionar um estado de resistência à insulina, que por sua vez pode causar certas doenças como a Diabetes Mellitus, Hipertensão e dislipidemia. Além da obesidade, podemos falar do índice de IMC (IMC), que quando está acima de 27 indica que o paciente tem uma alta probabilidade de hipertensão. O maior número de obesos e com excesso de peso é no homem, entre 40-49 anos de idade, embora seja alta em ambos os sexos ^{16,17}.

O tabagismo é um fator de risco que está presente na quarta parte da população mundial, é o fator que afeta a maioria das mulheres, embora

seja mais frequentam no sexo masculino que influencia a pressão arterial, desde que a mesma nicotina estimula o sistema nervoso simpático pela liberação de noradrenalina.

Danos causados por ingestão excessiva de álcool é mostrado como bebidas alcoólicas fornecem alimentação desprovida de nutrientes (energia vazia) e leva a uma resistência à terapia hipotensora, motivo pelo qual o indivíduo deve ser limitado a ingerir cerveja de 350 ml, 150 ml de vinho e 50 ml de rum por dia, com a exceção de que mulheres e pessoas de baixo consumo de peso deve ser de 15 ml de rum por dia, como essas pessoas. Eles são mais suscetíveis aos efeitos negativos que traz a ingestão de bebidas alcoólicas^{17,18}.

Estresse pode levar a elevações agudas da pressão arterial, então nós obtivemos resultados muito bons com exercícios de yoga, meditação transcendental, Musicoterapia, entretenimento autógena Shultz todos eles anexado para o relaxamento de ajuda sistemática de exercício físico. Estas técnicas podem ser usadas em todos os pacientes, mas aqueles que o mais provável associar o stress com o aumento da pressão arterial são pacientes com padrão de personalidade em que há uma motivação exagerada para o trabalho, com dificuldade para o gozo de recreação ou para alcançar o gozo do presente, no mesmo espírito como justificação é usada para o intercâmbio social com o resto das preferências, eles são escassos e sedentária, tornando-os mais propensos a hipertensão.

No final da década de 1960 foi a primeira menção da Associação de hipertensão arterial e contraceptivos orais. Vários estudos posteriores confirmaram que esses achados também existem uma susceptibilidade individual. No entanto localiza o mais importante da hipertensão arterial estão associados com pacientes que tinham sido vários meses com macrodosis; contraceptivos orais de micro dose exercida efeitos mínimos na HT, tornando-se manter em limites normais dentro destes são Levonorgestrel, Noretrindona e Desogestrel. Dependendo do seu componente progestacional contraceptivos podem induzir a um estado metabólico semelhante à síndrome de resistência a insulina, este hiperinsulinismo provoca um aumento na atividade do at - K de adenosina (ATP) nos túbulos renais distais e tônus simpático aumentado, produzido pelo aumento de noradrenalina. O estrogênio contido aumenta a renina, estimulando o sistema renina-angiotensina-aldosterona aumento da pressão sanguínea.¹⁸.

A influência do nível socioeconômico na ocorrência da HAS é complexa e difícil de ser estabelecida. No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade.

A adesão ao tratamento de HAS É fator primordial para o controle adequado da PA, entretanto, é difícil detectá-la e, sobretudo, quantificá-la¹⁹.

Modificações de estilo de vida podem se refletir no retardo do desenvolvimento da HAS em indivíduos com pressão limítrofe. Mas nem sempre apenas a educação em saúde e suficiente para a mudança de hábitos de vida e adesão ao tratamento, isso depende de vontade individual, das estratégias motivacionais e do apoio profissional. A mudança no estilo de vida e recomendada para juntas as pessoa hipertensa. Consiste na adoção da hábitos de vida saudáveis. Isto constitui um grande desafio para a promoção de saúde. Pôr isso devemos de trabalhar no o dia a dia com os fatores de risco de a Hipertensão arterial de nossa população^{20,21,22,23,24}.

Alguns fatores podem influenciar os indivíduos a não assumir comportamentos saudáveis. Entre eles, estão a preexistência de estilos de vida, que incluem crenças, atitudes e hábitos comuns à sociedade em que o indivíduo pertence, além da motivação despertada pelos prazeres individuais⁶. Deste modo, as medidas de intervenção comunitária visando a modificação no estilo de vida devem ser sustentáveis ao longo do tempo, contemplando todos os grupos sociais, em especial aqueles com menores possibilidades de escolha, decorrentes da pobreza e exclusão social.^{25,26}

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeito envolvidos no benefícios da intervenção

Se realizara um estudo longitudinal, retrospectivo, descritivo de hipertensão de arterial e seus principais fatores de risco associados, no período entre março de 2014 e março de 2015, na UBS União Vilas Taipas, no município de São Paulo, estado São Paulo, Brasil. O universo será formado por os 2478 pacientes naquela UBS e amostra serão os 543, casos de Hipertensão arterial pesquisados e outras incidências da doença, como resultado do processo de trabalho da equipe 145 e na atualização dos dados do sistema de saúde.

A amostra será selecionada, usando os prontuários das família e banco de dados da UBS Vilas Taipas.

4.2 Cenário de intervenção

O objetivo geral da pesquisa serão determinar o comportamento dos fatores de risco na hipertensão arterial na UBS União Vilas Taipas, Zona norte, no município de São Paulo, Brasil, e tendo mais específico definir sexo e faixas etárias, onde a doença tem maior prevalência, e os diferentes fatores de risco da hipertensão arterial.

4.3 Estratégia e ações

Se realizara um estudo das principais variáveis qualitativas e quantitativas, dos fatores de risco não modificáveis tais como sexo, idade, genética e fatores de risco modificáveis tais como:

- ♣ Diabetes Mellitus (DM)
- ♣ hábito de fumar
- ♣ Obesidade
- ♣ antecedentes patológica de dislipoproteínemias

O sexo e a idade são variáveis biológicas. Idade, separadas por faixas etárias para melhor estudo, relacionadas com o sexo. Dada a infrequência da mesma em estágios infantis, use-se só as idades maiores de 30, separando-se a cada 5 anos de idade.

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

Os pacientes diabéticos que foram diagnosticados por sintomas e sinais da doença e uma 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 referida no prontuario clinico.

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

VARIAVEIS		TIPO	ESCALA	DESCRIPCAO
Edades		Quantitative continue	<30 años 30 - 34 35 - 39 40 - 44 45 - 49 50 - 54 55 - 59 60 -64 65 -69 70 - 74 75 e mas	Según anos cumpridos
Sexo		qualitativa nominal	Feminino Masculino	De acordo com o sexo biológico de pertença
F A T O R E S	HTA	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não
	DM	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não
	Tabaquismo	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença de hábito ou não
D				

E				
	Obesidad	qualitativa nominal	Sim não	Segúm IMC > 30
R I S C O	Dislipoproteinemias	qualitativa nominal	Sim não	Com base na presença da doença ou não

4.4 Avaliação e monitoramento

O monitoramento das atividades deverá ser realizado pela equipe de saúde da família número 145 da UBS Taipas, que deverá zelar pelo interesse dos hipertensos da comunidade. As avaliações deverão ser realizadas uma vez ao mês, pela medica da equipe e participantes do projeto, para que sejam discutidas intercorrências, para possíveis ajustes necessários.

Aspectos éticos:

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

procedimento:

Se realizara esta pesquisa, revisando todos os protuários médicos familiares da equipe 145 dos pacientes na UBS Taipas . Posteriormente fazer um vaziamento nas folhas de dados e aplicar-se as medições de método frequência.

Os resultados representados nas tabelas Seram dimensionais, bidimensionais e multidimensionais para melhor compreensão.

Serão usado para o processamento dos dados um computadores Pentium IV.

Como recursos humanos um especialista em Medicina Geral e 6 agentes comunitarios ,una enfermagem,utilizando como recursos materiais, um computador, impressora, folhas de papel branco, lápis, canetas, etc

cronograma

Atividades (2014)	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	ene 15	Feb 15	Mar 15
Determinação de problema com reuniões com equipes locais, NASF e comunidade	X	X											
Elaboração de instrumentos de avaliação de problemas		X											
Apresentação para a equipe e comunidade			X	X	X	X							
Recolecção de dados e aplicação do instrumento						X	X	X					
Análise dos resultados									X	X			
Elaboração de relatório final											X		
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade												X	X

5. RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se obter, com o desenvolvimento deste projeto terapêutico, um melhor conhecimento dos fatores de risco associados a hipertensão arterial, com isto uma maior, responsabilidade pelas atividades comunitárias que serão feitas, pela equipe nas quais permitiram melhoria no conhecimentos dos fatores de risco por a população e os hipertensos poderão trabalhar na melhoria de sua qualidade de vida, controlando sus fatores de risco.

A prevenção de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial, bem como a melhoria os fatores de risco permitirá o menor uso de medicamentos e internações por esta doença. Conseqüentemente, os pacientes poderão ser beneficiados com uma melhor condição de saúde e qualidade de vida.

7. Referencias

1. González Jorge EM. Comportamiento de la hipertensión arterial en la localidad Camilo Cienfuegos, municipio Chambas. [Tesis]. Ciego de Ávila: Facultad de Ciencias Médicas; 2003.
2. Bautista LE, Vera-Cala IM, Villamil L, Silvia SM, Peña I, Luna LV. Factores de riesgo asociados con la prevalencia de hipertensión arterial en adultos de Bucaramanga, Colombia. *Salud Pública Méx.* [serie en Internet] 2002 [citado 28 Abr 2004]; 44:399-405.
3. Harrison. Hipertensão Arterial. In: Harrison. Manual de medicina. 17ª edição. Alges: McGraw- Hill medical. 2010. 693-99.
4. 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/q02.def>.
5. Duncan B B, Schmidt M I, Foppa M. Intervenções preventivas no adulto. In: Duncan B B, Schmidt M I, Justo Giugliani E R. Medicina ambulatorial, Condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª edição. Porto Alegre : Artmed; 2004. 495-576, 618-57.
6. Bianchini M I. Hipertensão arterial sistêmica. In: Gusso G, Ceratti JM. Tratado de medicina de família e comunidade. 1ª edição. Porto Alegre : Artmed; 2012. 1281-87.
7. Rolim LF, Silveira AD, Vasconcelos AB, et al. Hipertensão arterial sistêmica. *Cadernos de atenção básica*. 2006; n:15.
8. Mafra Toledo M, de Cássia Rodrigues S, Chiesa A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm* , 2007 Abr-Jun ; 16(2): 233-8.
9. Dueñas A. "La hipertensión arterial en la atención primaria de salud" . *Rev cubana med* vol.50 no.3 . Ciudad de la Habana jul.-set. 2011. *Editorial Ciencias Médicas*
10. Sellén Crombet J. Etología. En: Sellén Crombet J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. La Habana : Editora Félix Varela; 2002. p.30-39.
11. Examen de salud para adultos de 30 a 49 años de edad. [página en Internet] 2003 [citado 28 Abr 2004] [aprox. 2. pantallas]. Disponible en: <http://www.medicine21.com/doc.php?apartat=tecnicas&id=1668>
12. Pinheiro de Andrade J, Nobre F, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 supl.1): 1-51.
13. Castaner JF, Céspedes LA. Hipertensión arterial. En: Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001. p.517-536.
14. Steemburgo T, Dall'Alba V, Gross JL, Azevedo MJ. Factores dietéticos e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007; 51(9):1425-33.
15. Dos Santos Delgado CM; Ferreira Da Silva LM. Hipertensão Arterial e Factores de Risco Associados: [Uma Revisão de Literatura]. 2011. [Acessado em 13 de julho de 2014].

<http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/hipertensao-arterial.pdf>

16. Moreno CA. Hipertensión arterial. Una grave patología muy silenciosa. Presión sistólica y del pulso, potente indicador de riesgo cardiovascular. [serie en Internet] 2003 [citado 28 May 2004]; 1(4): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://economiadelasalud.com/ediciones/04/04 analisis/04 analisis-intro.htm>
17. Petribu MMV, Cabral PC, Arruda IKG. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: Um estudo em universitários. Rev Nutr. 2009; 22(6):837-46.
18. Hernández González R, Núñez Hernández I, Rivas Estany E, Álvarez Gómez JA. Influencia de un programa de rehabilitación integral en pacientes hipertensos obesos. Rev Digital Buenos Aires [serie en Internet] 2003 [citado 28 May 2004]; 9(59): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd59/rehab.htm>
19. Monterrosa Castro A. Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados. [página en Internet] 2000 [citado 28 May 2004] [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/anticonceptivos.htm>
20. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. La Habana : MINSAP; 2004.
21. Dosse C, Bernardi Cesarino C, Vilela Martin J F, Andrade Castedo MC. Fatores associados a não adesão dos pacientes ao tratamento de Hipertensão arterial. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 março-abril;17(2):58-65.
22. Dos Santos Delgado CM; Ferreira Da Silva LM. Hipertensão Arterial e Fatores de Risco Associados: [Uma Revisão de Literatura]. 2011. [Acessado em 13 de julho de 2014]. <http://www.faculdadesaomiguel.com.br/pdf/revista-conceito/n2/enfermagem/hipertensao-arterial.pdf>.
23. Nobre F; Barbosa CE; César LP; Tufik JM. Hipertensão arterial sistêmica primária. Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3): 256-72.
24. Aguilar Paucin N. Manual de terapêutica de medicina interna. 17 edición. La Habana: Ciências Medicas; 2007.
25. Santa-Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. Fatores associados a não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2010 ;26(12): 2389-98.
26. Fontbonne A, Cesse EAP, Sousa IMC, Souza WV, Chaves VLV, Bezerra AFB, Carvalho EF. Controle dos fatores de risco em hipertensos e diabéticos acompanhados pela estratégia de saúde da família no estado de Pernambuco, Brasil: Estudo SERVIDIAH. Cad Saúde Pública. 2013; 29(6).