



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

Curso de Especialização em Saúde da Família

HAS: Prevenção e controle de fatores de riscos em paciente Idosos na UBS Adelaide Cardoso Nieri

Projeto de intervenção

NOME: Beatriz Milagros Dotres Rodriguez

Orientadora: Prof^a Dr^a Marília Jesus Batista

**SÃO PAULO
2015**

SUMÁRIO

	Página
1. Introdução -----	3
2. Objetivos -----	6
2.1. Objetivo geral -----	6
2.2. Objetivos específicos -----	6
3. Revisão Bibliográfica -----	7
4. Metodología -----	10
4.1. Cenário do estudo -----	10
4.2. Sujeitos da intervenção -----	10
4.3. Estratégias e ações -----	10
4.4. Avaliação e monitoramento -----	12
5. Resultados esperados -----	12
6. Cronograma -----	13
7. Referências -----	14

1. Introdução

A Hipertensão Arterial (HA) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É considerada, atualmente, um dos mais importantes fatores de risco para doença Cardiovascular (DCV). Primeiro, é preocupante por apresentar alta prevalência entre adultos e idosos. Segundo por ter forte relação de risco com eventos cardiovasculares fatais e não fatais, sendo esta relação contínua, positiva e independente de outros fatores. A HA é responsável por 40% das mortes por Acidente Vascular Cerebral e 25% das mortes por doença coronária sendo que esta porcentagem aumenta diretamente proporcional aos valores pressóricos.¹

A Hipertensão Arterial tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de riscos modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por DCV aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001 cerca 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas a elevação da Pressão Arterial (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração).²

Nos países em desenvolvimento, o crescimento da população idosa e o aumento da longevidade, associado a mudanças nos padrões alimentares e no estilo de vida, têm forte repercussão sobre o padrão de morbi-mortalidade. Os estudos mostram taxas de prevalência em torno de 20% sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade.³

A DCV representa hoje no Brasil a maior causa de mortes; o número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é de 23.000.000; cerca de 1.700.000 pessoas tem doença renal crônica (DRC), sendo o diabetes e a hipertensão arterial responsáveis por 62,1% do diagnóstico primário dos submetidos à diálise.³

No Brasil as DCV são responsáveis por 33% dos óbitos com causas conhecidas. Além de isso, essas doenças foram a primeira causa de hospitalização no setor público, entre 1996 e 1999, e responderam por 17% das internações de pessoas com idade entre 40 e 59 anos e 29% daquelas com 60 ou mais anos.⁴

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) acima de 30%, considerando-se valores de pressão arterial maior ou igual 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalência entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), sendo que mais de 50% entre 60-69 anos e 75% acima de 70 anos, indicando um alto número de idosos acometidos com esta condição.²

Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. É um fator

determinante de morbidade e mortalidade, mas, quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos.^{5,-7}

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e, aqui no Brasil, vem ocorrendo de forma bastante acelerada.¹ Com o evoluir da idade, aumenta a incidência de doença crônica, e, dentre elas, a mais prevalente é a HAS, que afeta mais de 60% dos indivíduos nesta faixa etária, aumentando progressivamente com o passar dos anos. Na cidade de São Paulo a prevalência de hipertensos foi de 60% entre os idosos.¹

Estudos epidemiológicos têm demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua ocorrência associada a outros fatores de risco, de estilo de vida e metabólicos, todos independentemente associados ao aumento de risco para a ocorrência de DCV.⁴

Dada a estreita relação da HAS e fatores de risco para morbi-mortalidade cardiovascular, torna-se imperativo o esforço dos profissionais de saúde em atuar na tentativa de eliminar ou reduzir os fatores de risco modificáveis.⁶ Pois modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão arterial. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo não resulta não alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.^{5,-8,-9}

Apesar dessas evidências, hoje, incontáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. Apesar da importância da abordagem individual, cada vez mais se comprova a necessidade da abordagem coletiva para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial.^{10,-11,-12}

No Município Pedreira o comportamento da HAS semeia a realidade de todo o país, com alta incidência e prevalência da hipertensão arterial, onde as DCV constituem a segunda causa de morte (DATASUS), sendo a HAS um desafio para todos os profissionais da saúde, desafio sobre tudo da atenção básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

Na UBS Adelaide Cardoso Nieri com predomínio da população envelhecida, um dos problemas identificados e priorizados pela nossa equipe é a Hipertensão Arterial Sistêmica, que constitui a doença crônica não transmissível de maior incidência e prevalência entre os pacientes idosos e o problema de saúde mais frequente de consulta. Observou-se elevado número de pacientes com difícil controle da HAS a

pesar do tratamento farmacológico pela alta incidência de fatores de risco associados e a necessidade de criar um projeto de intervenção que promova mudança no estilo de vida.

O presente projeto tem como objetivo a prevenção e controle dos principais fatores de risco modificáveis associados à Hipertensão Arterial Sistêmica, mediante atividades de promoção de saúde dirigidas aos pacientes idosos hipertensos cadastrados na consulta de HIPERDIA, na UBS Adelaide Cardoso Nieri do Município Pedreira em São Paulo. Com a finalidade de lograr estilo de vida mais saudável que melhore a qualidade de vida destes pacientes, favorecendo a prevenção de agravos e complicações.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

- Avaliar estratégias de prevenção e controle de fatores de risco associados à HAS em pacientes idosos na UBS Adelaide Cardoso Nieri no Município Pedreira, estado de São Paulo.

2.2. Específico

- Elevar o nível de conhecimento sobre a HAS e fatores de risco nos pacientes idosos hipertensos.
- Orientar sobre o impacto do estilo de vida na redução dos fatores de risco e sequelas.
- Incentivar a prática de atividade física regular dos idosos.
- Avaliar os conhecimentos adquiridos com a aplicação da intervenção.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Hipertensão arterial é uma doença definida pela persistência de pressão arterial sistólica acima de 135mmHg e diastólica acima de 85mmHg, sendo hoje considerada um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares. É uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, 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 vascular cerebral, 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 consequências lesões de órgãos-alvo ainda mais graves.¹

Fatores de risco:

Ingestão de sal

Sabe-se que aproximadamente 50% dos hipertensos são sensíveis ao sal e o uso exagerado deste está associado ao maior risco de hipertensão. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações que consomem dieta com menor quantidade de sal como a dos índios brasileiros yanomami, têm menor prevalência de hipertensão e a pressão arterial não se eleva com a idade. A restrição de sal a 6g/dia produz uma queda média da pressão sistólica de 2 a 8mmHg. Ingestão aumentada de sódio tem sido observada em populações com baixo nível socioeconômico.^{1,-2,-5,-6}

Obesidade

Existem vários estudos mostrando a associação entre obesidade e a presença de hipertensão arterial, mas esta relação ainda não está completamente explicada. O Nurses Health Study mostra que o excesso de peso, mesmo que discreto, aumenta substancialmente o risco de hipertensão. Para cada 1 Kg/m² de aumento do índice de massa corpórea (IMC), o aumento no risco relativo para hipertensão foi de 12%. Os estudos INTERSALT e o National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) demonstraram a correlação entre IMC e pressão arterial. Talvez esta relação possa ser explicada pela hiperinsulinemia, resistência à insulina, aumento da absorção renal de sódio, ativação do sistema nervoso simpático e aumento da resistência vascular periférica. Calcula-se que 20 a 30% dos casos de hipertensão estejam diretamente associados ao excesso de peso e que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentem hipertensão diretamente atribuível ao sobrepeso ou obesidade.^{1,-5}

O aumento do índice de massa corporal (IMC) mostra-se diretamente relacionado ao aumento da frequência da HAS, sendo a prevalência 2,9 vezes maior em indivíduos com sobrepeso em relação a indivíduos com peso normal.^{2,-5,-6}

Álcool

O consumo de álcool tem um efeito bifásico na pressão arterial. Pequenas quantidades diminuem seus valores, provavelmente devido ao efeito vasodilatador; no entanto, o uso contínuo e crônico faz os níveis de pressão aumentarem e diminuir a eficácia dos anti-hipertensivos. Os potenciais mecanismos envolvidos no aumento da pressão arterial, associado ao consumo excessivo de álcool são: estimulação do sistema nervoso simpático, da endotelina, do sistema renina-angiotensina-aldosterona, da insulina (ou resistência a insulina) e do cortisol; inibição de substâncias vasodilatadoras, da depleção de cálcio e magnésio, aumento do cálcio intracelular no músculo liso vascular e aumento do acetaldeído. Portanto, recomenda-se limitar o consumo de bebidas alcoólicas a 20 a 30g de etanol por dia para homens e 10 a 20g para mulheres. Aos indivíduos que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugiere-se o abandono definitivo. ^{1,-5}

A relação entre o alto consumo de bebidas alcoólicas e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a PA em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. ^{2,-5,-6}

Sedentarismo

O sedentarismo é um problema fundamental de saúde pública no mundo e contribui com a epidemia crescente de obesidade e aumento da prevalência de doenças como hipertensão. ^{1,-5}

Existe uma relação inversa entre a quantidade total de atividade física (qualquer movimento humano) e a incidência de hipertensão arterial, sendo essa relação mais evidente com o envolvimento em atividades de lazer ou vigorosa. A atividade física regular é benéfica na prevenção e no controle da HAS, qualquer que seja sua intensidade. ^{6,-5}

Estudos randomizados, bem controlados, têm demonstrado que a atividade física aeróbica regular reduz a PA em portadores de HAS. Exercícios leves a moderados podem ser mais eficazes para pacientes portadores de HAS severa e hipertrofia ventricular esquerda (HVE). Além disso, sabe-se que o exercício atenua a resposta pressórica exagerada durante a atividade física. ⁶

O sedentarismo aumenta o risco de hipertensão em 30% quando comparado com indivíduos ativos, e a atividade aeróbica tem efeito hipotensor mais acentuado em indivíduos hipertensos do que em normotensos. ¹

A atividade física regular acaba por reduzir os fatores de risco para eventos cardiovasculares. Há também redução das medicações anti-hipertensivas (com seus custos e efeitos colaterais) e melhora da qualidade de vida. Sendo assim, mesmo o hipertenso bem controlado com medicações deve ser estimulado a praticar atividade física. ^{2,-5,-6}

Tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional no número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos

fumantes foi significativamente mais elevada do que em não-fumante, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. ⁵

Outros autores afirmam que embora não exista uma correlação forte entre o tabagismo e a PA, deve-se sempre orientar o abandono do hábito buscando-se a prevenção de outras DCV, pulmonares e neoplásicas. ^{1,-2,-6}

Por tanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicos.

Estresse

Há evidências de uma relação positiva entre estresse emocional e aumento da PA e da reatividade cardiovascular, sendo a reatividade aumentada ao estresse um fator prognóstico do desenvolvimento da HA. O estresse crônico também pode contribuir para o desenvolvimento de HA embora os mecanismos envolvidos não estejam claros. ²

Assim, o controle do estresse emocional é necessário na prevenção primária da HA. O controle do estresse resulta em: redução da reatividade cardiovascular, redução da PA e redução de variabilidade da PA, sendo recomendado não só para hipertensos, mas também para aqueles com fatores de risco para HA. ^{2,-6}

É de extrema importância conscientizar o paciente da necessidade de uma mudança de estilo de vida, uma vez que tais medidas podem representar uma redução relevante nos níveis de pressão arterial (**Tabela 1**).

Tabela 1 – Impacto da mudança de estilo de vida no controle da pressão arterial (adaptado do JNC VII)

MODIFICAÇÕES	RECOMENDAÇÕES	VARIAÇÕES APROXIMADAS DA REDUÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA
Redução do peso	Manutenção do peso IMC* 18,5 a 24,9	5 a 20mmHg/redução de 10Kg
Adoção da dieta DASH**	Consumo de dieta rica em frutas, vegetais, laticínios de baixo teor de gorduras e redução de gorduras saturadas e totais	8 a 14mmHg
Dieta com redução de sódio	Dieta com redução da ingestão de não mais que 100mEq/L (2,4g de sódio ou 6g de cloreto de sódio)	2 a 8mmHg
Atividade física	Prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas vigorosas por 30 minutos por, pelo menos, 5 dias da semana	4 a 9mmHg

Consumo moderado de álcool	Limitar o consumo a não mais que 2 drinques por dia para homens e 1 para mulheres	2 a 4 mmHg
----------------------------	---	------------

* Índice de massa corporea.

** Dietary Approaches to Stop Hypertension

4. METODOLOGIA

4.1 Cenário do estudo

O estudo será realizado no município de Pedreira, região metropolitana de Campinas, interior de São Paulo. O município apresenta população de 45.219 habitantes, de acordo com o ultimo censo de 2010, e O Índice de Desenvolvimento Humano é de 0,810.

O projeto de intervenção será desenvolvido na área de abrangência da UBS Adelaide Cardoso Nieri localizada no bairro Santo Antonio.

4.2 Sujeitos da Intervenção

A intervenção envolve os pacientes idosos hipertensos inscritos no HIPERPEDIA na UBS e uma equipe formada para a intervenção.

A população adscrita constitui-se por 1962 pessoas, dispostas em 680 famílias, com um total de 351 pacientes com 60 ou mais anos. O universo estará composto por o total de 210 pacientes idosos com HAS cadastrado na UBS Adelaide Cardoso, e a mostra estará representada pelo total de 40 pacientes priorizando aqueles que apresentem fatores de risco associados e/ou HAS de difícil controle.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira, agentes de saúde, professor de educação física e psicóloga.

Critérios da inclusão:

- Paciente hipertenso com 60 ou mais anos inscrito no HIPERDIA.
- Consentimento informado para participar na investigação.
- Apresentar capacidade mental e nenhuma doença psiquiátrica limitante

Critérios da exclusão:

- Aqueles pacientes que não cumpram os critérios anteriores

4.3 Estratégia e ações

Etapa 1

As atividades inicialmente começarão com reuniões com a equipe de saúde, com apresentação do Projeto, e a discussão de dúvidas e escuta de sugestões; depois será necessária a identificação dos pacientes idosos com HAS cadastrados na UBS. Essa

investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas e visitas domiciliar. Será feito uma abordagem integral do paciente.

Etapa 2

Os selecionados serão convocados para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do Projeto de intervenção e convite para comporem o grupo.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, avaliação de fatores de risco, resposta terapêutica, nível de controle e possíveis complicações.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais, na unidade de saúde, com o grupo e os profissionais de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado ao estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data, e serão distribuídos materiais educativos impressos com as recomendações específicas sobre o tema tratado. Será feito um ciclo composto por 7 encontros.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none">Acolhimento e explanação do projeto	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none">Conceptualização de estilo de vida saudável.	Médica e Enfermeira
3º dia	<ul style="list-style-type: none">Prática de exercícios físicos	Professor de educação física
4º dia	<ul style="list-style-type: none">Alimentação adequada e sua importância.	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none">Efeito dos hábitos tóxicos na hipertensão.	Médica
6º dia	<ul style="list-style-type: none">Estresse como causa de descompensação.	Psicóloga

7° dia	<ul style="list-style-type: none"> • Discussão analítica e global do projeto; • Confraternização. 	Equipe de Saúde
--------	---	-----------------

No sétimo encontro cada paciente será entrevistado com o objetivo de avaliar a importância dos temas abordados, o material educativo, o desenvolvimento dos profissionais participantes e a satisfação em participar do projeto. Cada entrevista durará cerca de 20 minutos sendo também gravada em aparelho digital e posteriormente transcrita. Será realizada através de um instrumento semi-estruturado composto por questões geradoras de discursos sobre: o conhecimento da doença e conhecimento do tratamento proposto, novos hábitos adquiridos, métodos utilizados para superar dificuldades com o tratamento.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões semanais que são realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação da entrevista individual no ultimo encontro possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com a implantação das ações propostas neste projeto de intervenção é de esperar que os pacientes com HAS tenham um incremento do nível de conhecimento sobre a doença e a influencia negativa dos fatores de risco, incentivando modificação no estilo de vida, com adoção de hábitos de vida saudáveis que favoreçam o controle da doença, com a consequente prevenção de agravos e complicações, aumentando a esperança e qualidade de vida de os pacientes.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Sete mbro	Outu bro	Novem bro	Dezem bro	Janei ro	Fever eiro	Mar ço	Ab ril	Mai o	Jun ho	Jul ho	Agos to
Elaboração do Projeto	x	x	x	x	x							
Aprovação do Projeto						x						
Estudo da Literatura	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Coleta de Dados							x	x				
Atividade promoção da saúde								x	x			
Discussão e Análise dos Resultados										x		
Revisão final e digitação											x	
Entrega do trabalho final												x
Socialização do trabalho												x

7. REFERÊNCIAS

1. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. Manual de orientação clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). São Paulo: SES/SP, 2011.
2. Sociedade Brasileira de cardiologia/sociedade brasileira de Hipertensão/Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. Arg bras cardiol 2010; 95 (1supl.1); 1-51.
3. Passos VM, Assis T, Barreto SM. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudo de base populacional. Epidemiol Serv Saúde. [Internet]. Brasília Mar 2006 [acesso em 2014 sep 20]; 15(1): [12p]. Disponível em: <http://www.scielo.iec-pa.gov.br>
4. Organização PAN-AMERICANA da Saúde. Linhas de cuidados: hipertensão arterial e Diabetes. Organização PAN-AMERICANA da saúde. Brasília: OPS, 2010. 232p.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistêmico Único de Saúde. Brasília: MS, 2006.
6. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de hipertensão arterial/risco cardiovascular. Hipertensão arterial/arquivos. [Internet], Belo Horizonte 2011 [acesso em 2014 sep 21]; 70p. Disponível em: <http://www.pbh.gouv.br>
7. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: MS, 2006
8. Zaitune MP, Borrás MB, Carardiva L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Sa P blica, Rio de Janeiro, 22 (2): 285-94, Fev, 2006.
9. World Health Organization. World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002.
10. Dell'acqua MCQ, Pessuto J, Bocchi SCM, Anjos RCPM. Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. Rev Latinoam Enfermagem 1997; 5(3):43-8.
11. Enriques, E. A. Organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.
12. Costa, Jorge de Assis et al . Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. Ciênc. saúde colectiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, marzo 2011.

13. Rodrigues, Andreia C. et al . A proposta da educação permanente em saúde na atualização da equipe de saúde em Diabetes Mellitus. Rev. Esc. Enferm. Usp., v.44, n.2, p. 531-537, 2010.
14. Cooperative Research Group. Final results of the Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP). Prevention of stroke by antihypertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension. JAMA. 1991; 265(24):3255-64.
15. Soares LC. Educação em saúde na modalidade grupal: Relato de experiência. Cienc Cuid Saúde; Jan/Mar, 2009; 8(1): 118-123.
16. Gomes TJ, Silva MV, Santos AA. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. Revista Brasileira Hipertensão. 2010; 17(3): 132-9.
17. Piccini R, Facchini LA, Tomasini E, Siqueira FV, Silveira DS, Thume E, Silva SM, Delelio AS. Promoção, prevenção e cuidado da hipertensão arterial no Brasil. Revisão Saúde Publica. 2012; 46(3): 543-50.
18. Pires CG, Mussi FC. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciência Saúde Coletiva. 2008; 13(Sup.2): 2257-67.
19. Santa Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades de Estratégias Saúde da Família. Saúde Soc São Paulo. 2010; 19(3): 614
20. Otero LM, Zanetti ML, Ogrizio MD. Conhecimento do paciente diabético acerca da sua doença antes e depois da implementação de um programa de educação em diabetes. Rev Latino-am de Enfermagem vol. 16 no. 2. Ribeirão Preto Mar/Abr. 2008.

