

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**Métodos Eficientes de Incentivar a Modificação dos Hábitos de Vida em
Adultos Hipertensos e Diabéticos**

Nome: Gustavo Ramalho de Oliveira
Orientadora Aline Fiori dos Santos Feltrin

São Paulo
Janeiro – 2015

SUMÁRIO

1. Introdução.....	3
2. Objetivos.....	5
2.1. Geral.....	5
2.2. Específicos.....	5
3. Metodologia.....	6
3.1. Cenário da intervenção.....	6
3.2. Sujeitos da intervenção.....	6
3.3. Estratégias e ações.....	7
4. Resultados esperados.....	10
5. Cronograma.....	11
6. Referências.....	12

1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Jardim São Gabriel no município de Salto no interior de São Paulo, oferece atendimento com nutricionista, fonoaudiologista, dentista, médico generalista e a especialistas. Recentemente foi implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na cidade e três equipes foram direcionadas para essa UBS. Cada equipe conta com um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS ainda estão fazendo o trabalho de cadastramento das famílias.

Até o momento a equipe prata, uma das atuantes na UBS citada, tem cadastradas 739 pessoas, isso representa 32% da população atendida por essa equipe. Dos cadastrados 16% são portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 8,6% são portadores de diabetes mellitus (DM). A taxa de prevalência de HAS encontra-se abaixo da média nacional¹ e a de DM está acima da média das capitais, porém fica abaixo de algumas cidades do interior paulista². Espera-se o aumento ao menos da taxa de hipertensos nessa área com a finalização dos cadastros.

Durante as consultas médicas pode-se verificar que grande parte dos possuidores dessas patologias encontram-se em tratamento farmacológico com boa adesão, porém com níveis pressóricos e glicêmicos acima dos considerados ideais pelas sociedades brasileiras. Como se não bastasse muitos estão nessa situação, apesar das medicações otimizadas em doses máximas e associando diversas drogas. Claramente existe um problema no tratamento desses pacientes. A maioria deles, mesmo orientada, não segue uma dieta saudável e nem tem uma rotina de exercícios físicos.

Tanto a HAS quanto a DM São doenças que envolvem e acometem o aparelho circulatório e o metabolismo, portanto ambas se beneficiam da atividade física e de uma dieta saudável^{1,2}. Tratam-se de agravos silenciosos ou oligossintomáticos, muitas vezes descobertas ao acaso. Isso dificulta a participação do paciente no tratamento, pois ele acredita estar saudável. Contudo ao longo de anos de evolução essas doenças se complicam podem acarretar danos graves e irreversíveis ao organismo como por exemplo o infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC)^{1,2}.

Hoje no Brasil cerca de 30% da população é hipertensa^{3,4}. A taxa de prevalência média de DM de algumas capitais brasileiras é de 7,6%^{5,6}, mas cidades do interior de São Paulo chegam a registram prevalência em torno de 14% de diabetes^{7,8}. Pode-se dizer que hoje temos como principal causa de mortalidade no país as complicações causadas por essas doenças, que seriam as doenças do aparelho circulatório⁹. Frente a isso fica nítida a necessidade de se aumentar os esforços no combate a esses males e às suas complicações.

Estudos apontam que se essas pessoas se mantiverem com valores de pressão arterial e de glicemia dentro de alvos terapêuticos estabelecidos, eles terão um menor risco de virem a desenvolver as temidas complicações cardiovasculares^{10,11,12,13}, além de uma maior sobrevida e com melhor qualidade de vida.

A HAS e a DM são doenças em que a modificação dos hábitos de vida (MHV) é a etapa inicial e mais importante de seus tratamentos^{14,15,16,17,18} e na maioria das vezes os pacientes não possuem hábitos saudáveis. Geralmente essa é a razão de terem desenvolvido HAS ou DM, sabe-se que o hábito de fumar, o sedentarismo, a obesidade são fatores de risco para tanto para HAS quanto para DM^{1,2}. Por isso chamamos de mudança, é necessário criar uma reeducação de hábitos. Na prática clínica é difícil conseguir que os pacientes tenham adesão satisfatória à essa parte do tratamento, mesmo destinando um tempo das consultas para orientações e esclarecimento. De maneira geral os pacientes desejam que apenas fazendo uso da medicação, sem precisarem abandonar os hábitos maléficos, suas doenças sejam controladas.

A estratégia de tratamento para esses doentes deve incluir a MHV. Essa modificação inclui a manutenção de uma dieta adequada, rica em fibras e vegetais, pobre em gorduras saturadas e açúcares pouco complexos¹⁹. É necessário também incentivar a prática de atividades físicas regulares, tendo como meta a redução do peso e compensação de suas moléstias atingindo o alvo terapêutico. O tratamento farmacológico ficaria reservado apenas para os casos mais graves e refratários¹.

O objetivo desse projeto é melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso nessa população de adultos (maiores de 18 anos) hipertensos e diabéticos e observar os resultados, visando alcançar os alvos terapêuticos definidos pelas diretrizes mais recentes, por consequência ao longo prazo espera-se reduzir o número de complicações circulatórias nessa comunidade melhorando a qualidade de vida das pessoas que nela vivem.

2. OBJETIVO

2.1. OBJETIVO GERAL

Melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS do Jardim São Gabriel através da introdução de hábitos saudáveis de vida nela.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Criar atividades que influenciem hipertensos e diabéticos a modificarem seu estilo de vida, incentivando boa alimentação e prática de atividades físicas.

-Melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso desses pacientes.

-Acompanhar esses pacientes, verificando níveis pressóricos e glicêmicos.

-Atingir alvos terapêuticos nesses pacientes, lançando mão da terapia farmacológica se necessário.

-Reduzir o risco de complicações cardiovasculares nessa população, levando à uma melhor qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

3.1. CENÁRIO DA INTERVENÇÃO

A UBS do Jardim São Gabriel está localizada na rua São José, sem número, no município de Salto, no interior do estado de São Paulo próximo de Itu e Sorocaba. O edifício onde está implantada a UBS tem salas de curativo, vacinação e medicação, 8 consultórios sendo 2 odontológicos, conta também com posto de enfermagem e amplo auditório onde é possível realizar palestra e atividades em grupo. Conta com atendimento em diversas áreas da saúde. O bairro São Gabriel está localizado no centro do território de Salto, às margens da rodovia Santos Dumond.

Trata-se de um bairro de classe média com boa cobertura na parte de saneamento básico. O bairro é majoritariamente residencial, com alguns pontos onde há um comércio local. Conta com supermercado, farmácia, escola, padaria, posto de combustível e lojas. Possui uma extensa área plana com a maioria das ruas pavimentadas, o calcamento apresenta irregularidades e a iluminação é deficiente. Existe uma quadra de futebol e uma academia ao ar livre, também se fazem presentes algumas praças espalhadas.

A maior parte das ruas é pouco movimentada, permitindo a prática de corridas e caminhadas. Existe uma razoável estrutura dentro do bairro que torna viável a prática de exercícios físicos regulares.

Durante o acompanhamento ambulatorial de adultos hipertensos e diabéticos na UBS São Gabriel é notável que uma parcela significativa desses pacientes não está com os níveis de pressão arterial e glicemia dentro de um valor considerado alvo terapêutico. Um pequeno número alega uso irregular das medicações em uso, mas a maioria quando questionada sobre os hábitos de vida, admitem o sedentarismo e uma alimentação inadequada. Mesmo reservado um tempo para tais orientações na consulta, a adesão ao tratamento não farmacológico é fraca.

3.2. SUJEITOS DA INTERVENÇÃO

Esse PI direciona-se à melhorar a qualidade de vida de adultos hipertensos e diabéticos através da MHV desses pacientes. Serão envolvidos no PI todos os portadores de HAS e DM, com 18 anos ou mais, já em tratamento medicamentoso ou não. Participam aqueles que residam dentro da área atendida pela UBS São Gabriel, e que desejem fazer parte do projeto. Não deve ser feita discriminação quanto a sexo, etnia, nível socioeconômico ou presença de outras morbidades, tendo em vista que aqueles que tiverem restrições as atividades ainda podem aderir à uma boa alimentação, portanto ainda enquadram-se na ideia do projeto. Sendo os únicos critérios para entrar no PI ter 18 anos ou mais, ser portador de DM, HAS ou ambas e residir na área abrangida pela UBS São Gabriel.

A população convidada para o projeto tem esse perfil pelo fato de que a MHV tem uma forte relação com o prognóstico dela. Uma vez que os alvos terapêuticos forem alcançados com a adesão a MHV, esses pacientes terão maior sobrevivência e melhor qualidade de vida. É importante que se tenha consciência que a MHV é parte fundamental do tratamento da patologia dessas pessoas, ou seja, elas têm indicações formais de receberem essa terapia, e cabe a ESF realizar os máximos esforços para que isso aconteça^{1,2,14,18}.

3.3. ESTRATÉGIA E AÇÕES

Para atingir a meta estabelecida de introduzir a MHV de forma efetiva no tratamento dos hipertensos e diabéticos e melhorar a qualidade de vida deles, serão necessárias ações multiprofissionais realizadas em equipe como: palestras educativas, grupo para troca de ideia, grupos de exercícios físicos e acompanhamento com avaliação periódica da população envolvida. Não se trata de um projeto rápido, pelo contrário, os resultados demoram a ser colhidos. O objetivo da adesão ao tratamento não medicamentoso pode ser alcançado em 12 meses e deve culminar na melhoria dos controles de glicemia e PA, porém o tempo necessário para que cada paciente alcance o seu alvo terapêutico pode variar de semanas a meses.

Para colocar em prática as atividades iniciais é necessário que a UBS conte com outros profissionais, que são um professor de educação física e um psicólogo. Isso exige trabalho dos gestores de saúde e deve ser discutido em reuniões. As atividades educativas devem ser o foco principal do projeto, deve contar com pelo menos 4 profissionais: um médico, um nutricionista, um psicólogo e um professor de educação física. A atuação dos profissionais não precisa ser necessariamente concomitante, as palestras podem acontecer em tempos diferentes e sem a presença dos demais profissionais. Acontecem semanalmente, assim cada profissional realiza uma palestra por mês. Os grupos são separados para hipertensos e diabéticos apenas quando o ministrante for um médico ou um nutricionista, devido as particularidades de cada doença. A parcela da população que possui ambas as doenças pode participar dos dois grupos.

Nas palestras realizadas pelo médico devem ser abordados temas como: critério de diagnóstico para a doença, fatores de risco para o desenvolvimento da doença, complicações da doença, alvos terapêuticos, tratamento medicamentoso e não medicamentoso e benefícios do bom controle com os alvos terapêuticos atingidos. No caso dos hipertensos é oportuno usar essa atividade também para orientar que façam uma vez na semana aferição da PA, realizada por qualquer pessoa capacitada para isso, sendo na UBS ou fora dela. O valor obtido deve ser anotado com data e horário e em conjunto apresentadas ao médico durante consulta de acompanhamento. O nutricionista deve esclarecer em suas palestras quais alimentos devem ser evitados, quais devem ser consumidos, qual o intervalo das refeições, alternativas diferentes para diferentes condições econômicas e diferentes culturas e outros benefícios de uma dieta saudável. O papel do psicólogo nesse tipo de atividade é de suma importância, ele deve trabalhar a aceitação do paciente para com sua doença e seu tratamento. Esse é um ponto delicado pois como se tratam de doenças crônicas que exigem tratamento e acompanhamento contínuos, é comum observar na prática o abandono do tratamento, pela falta de cura. O professor de educação física fica incumbido de orientar sobre postura durante as atividades físicas, a importância do aquecimento e do alongamento para se evitar lesões durante o exercício físico, informar os demais ganhos com a prática regular de atividade física e sugerir exercícios alternativos para casos especiais. Qualquer assunto que o profissional julgue relevante para o projeto pode e deve ser abordado durante as palestras, sempre visando influenciar positivamente os pacientes nos hábitos de vida. É interessante reservar um espaço para dúvidas, pois elas são frequentes. Os pacientes devem sair de cada palestra estimulados a mudar o estilo

de vida, sabendo que com isso terão menor chance de agravar sua condição. O espaço para essa atividade pode ser o auditório da UBS.

Os grupos para trocas de experiências são atividades que podem ser organizadas com acompanhamento de qualquer profissional, usando o auditório da UBS. A ideia da atividade é reunir hipertensos e diabéticos, em grupos separados, para que eles troquem experiências entre si, quanto ao tipo de alimentação que fazem, quanto nível de atividade de cada um e principalmente sobre como é a média da PA ou da glicemia deles. A troca de informações deve servir de incentivo para eles, pois é um momento em que é possível ver os resultados do esforço do próximo, confirmando o que foi visto durante as palestras educativas.

As atividades em grupo para prática de exercício físico, deve acontecer sempre na presença de um professor de educação física, ele é o encarregado de monitorar a execução dos exercícios. Podem ser usadas para isso as ruas pavimentadas e tranquilas, a quadra de futebol e a academia ao ar livre que existem no bairro. Diversos grupos devem ser criados como por exemplo: futebol, corrida, caminhada, ciclismo, ginástica e alongamento, pois se há variedade no tipo de atividade é possível acolher maior número de pessoas. O número de grupos deve ser o suficiente para que cada pessoa pratique no mínimo 150 minutos de atividade física semanal divididas em pelo menos três dias. A agenda dessa atividade deve ser bem organizada para que essa condição seja possível. O profissional tem total liberdade para incluir grupos com outras atividades que sejam seguras e pertinentes para o caso.

Até aqui as atividades citadas têm o papel de incentivar a população hipertensa e diabética e criar e aderir definitivamente a esses hábitos saudáveis de vida, conseguindo a adesão a parte não farmacológica do tratamento. Pode-se dizer que houve sucesso nessa parte do tratamento, quando houver obediência diária à uma dieta rica em frutas, vegetais, carnes magras, sementes, grãos e laticínios desnatados e pobre em sal, gordura saturadas e açúcares de baixa complexidade, também a redução do consumo de sódio, gorduras ruins e carboidratos simples e otimizar o consumo de potássio, cálcio e gorduras boas. Junto com isso ainda é necessário que mantenham uma rotina de exercício físico regular, com uma carga horária de 150 minutos semanais divididos em pelo menos três dias, quando não possuírem restrições. Essas são as características consideradas para definir uma boa adesão a MHV.

Simultaneamente a essas atividades um acompanhamento semestral no ambulatório médico se faz necessário para se colher informações referentes a dieta e tempo dedicado à atividade física, para acompanhar o controle da PA e da glicemia. Nessas consultas o paciente é questionado sobre sua dieta, prática e rotina de atividade física, com perguntas como: Quais alimentos está consumindo? Qual horário das refeições? Quantas horas semanais faz de atividade física? Quantos dias por semana pratica? Também nessa consulta verifica-se o controle da PA e o resultado da hemoglobina glicada, além de se solicitar nova hemoglobina glicada para ser verificada na próxima consulta de monitorização.

A razão de utilizar como controle da PA a média de aferições manuais feitas por qualquer pessoa capacitada para isso, é para evitar o efeito do “jaleco branco”, quando o paciente, ao ter sua PA aferida por um profissional de saúde, apresenta

alguma ansiedade e o esfigmomanômetro acusa um valor maior da PA. Por isso preferencialmente o paciente deve realizar esse controle em ambiente confortável para ele, com a condição de que a pessoa que esteja aferindo tenha boa técnica para isso. Outra forma de driblar o efeito do “jaleco branco” seria através da monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA), exame em que o paciente permanece 24 horas com um esfigmomanômetro automático em seu braço que faz aferições periódicas e calcula uma média da PA em cada fase do dia. Porém solicitar esse exame para todos os hipertensos do projeto duas vezes por ano, é inviável financeiramente. O paciente que é apenas hipertenso deve manter uma PA inferior à 140x90mmHg e os que possuem também a diabetes o valor deve ser inferior à 130x80mmHg¹. Sempre que essa meta não for atingida a despeito do tratamento não farmacológico, este deve ser mantido, no entanto é indicada a adição da terapia medicamentosa, sempre visando esses valores de PA média.

A hemoglobina glicada foi escolhida como método de controle da glicemia por dois motivos. Primeiro porque nem todos os pacientes diabéticos possuem o glicosímetro para verificar diariamente sua glicemia, além disso a glicemia de jejum dosada em laboratório traduz com pouca confiabilidade o perfil glicêmico do paciente, por ser um valor único, podendo ter sido influenciado pela janta da noite anterior a coleta do sangue, ou seja, é possível saber como esteve a glicemia do paciente no dia da coleta do sangue, mas não nos dias anteriores. O segundo motivo da escolha é justamente esse, a hemoglobina glicada é a conjugação da hemoglobina com a glicose que passa livremente por sua membrana, seu valor é proporcional aos níveis de glicose no sangue e reflete o histórico da glicemia dos últimos três meses². Por informar uma média da glicemia é mais fidedigna do que um valor único de glicemia. É importante lembrar que existem diversas formas de se dosar a hemoglobina glicada e nem todas são aceitas pelas sociedades referentes a diabetes, no Brasil ainda não é aceitável diagnóstico de diabetes pela hemoglobina glicada exatamente por essa falta de padronização. Apesar disso em nossa realidade ainda é a forma mais fiel e acessível de realizar o controle glicêmico. A meta para a hemoglobina glicada é inferior à 7%².

Os benefícios em manter esses níveis pressóricos e glicêmicos, está em reduzir o risco do desenvolvimento de complicações cardiovasculares com por exemplo IAM, AVC, nefropatia, retinopatia, etc^{1,2}. Essas complicações trazem limitações importantes na vida de uma pessoa reduzindo bastante sua qualidade de vida e das pessoas conviventes. Logo com a redução das complicações cardiovasculares, ganha-se qualidade de vida.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Ao longo do projeto é esperado aumento gradativo no número de pacientes com boa adesão a MHV, com uma adesão maior que 70% dos pacientes envolvidos no projeto após os primeiros 12 meses. Considerando adesão a MHV quando a pessoa avaliada seguir diariamente uma dieta rica em cereais integrais, fibras, vegetais, cálcio, potássio e proteínas de soja, pobre em gordura saturada e açúcares pouco complexos, sem excesso de sódio e intervalo entre as refeições de aproximadamente três horas. E quando não existir restrições as atividades físicas, aqueles que pratiquem no mínimo 150 minutos de exercício físico por semana divididos em pelo menos três dias.

O tempo necessário para se atingir os valores de PA e glicemia estabelecidos varia consideravelmente de um paciente para o outro, os casos em que a MHV falha leva mais tempo e quando a primeira droga prescrita também falha a demora é ainda maior. Sabendo que tem casos em que é necessário uso de três ou mais drogas para alcançar o alvo e que o uso dos fármacos é gradativo em “escada”, quer dizer, primeiro uma droga, se falhar inicia a segunda e se necessário a terceira ou quarta, fica evidente que alguns pacientes demoram mais do que outros para alcançar o alvo. O esperado é que mais de 80% dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS São Gabriel atinjam esses alvos terapêuticos ao final de 18 meses.

Conseqüentemente aos objetivos do projeto, é previsto um ganho de qualidade de vida, não só para os pacientes que fizeram parte do projeto, como também para as pessoas que convivem com eles. Uma pessoa deficiente visual ou sequela de AVC por exemplo modifica a rotina de toda a família, pois passam a ser dependentes até para cumprir as tarefas básicas do dia a dia, gerando um desconforto familiar intenso. Com isso explica-se a melhoria na qualidade de vida também dos familiares e das pessoas próximas do paciente.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Ago./14	Set/14	Out/14	Nov./14	Dez/14	Jan/15	Fev./15
Escolha do tema	X						
Elaboração do projeto		X	X	X			
Levantamento da Literatura	X	X	X	X	X	X	
Levantamento de dados			X	X			
Revisão final do projeto				X	X	X	
Finalização do projeto						X	
Apresentação do projeto							X

6. REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretriz Brasileira de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(1 supl. 1): 1-51.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes SBD| 2013-2014. <http://www.diabetes.org.br/destaques/602-diretrizes>; acessado em 21/12/2014.
3. Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. *Arq Bras Card* 2008; 91(1): 31–35.
4. Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. *Arq Bras Card* 2009; 93(6): 672–678.
5. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/d11.htm>; acessado em 21/12/2014.
6. Malerbi D, Franco LJ; the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 a 69 years. *Diabetes Care*. 1992; 15(11):1509-16.
7. Bosi PL, Carvalho AM, Contrera D, Casale G, Pereira MA, Gronner M, Diogo TM, Torquato MTCG, Oishi J, Leal AMO, Prevalência de diabetes mellitus e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos, São Paulo. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009; 53(6):726-32.
8. Moraes AS de, Freitas ICM de, Gimeno SGA e Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil 2006: Projeto OBEDIARP. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5):929-41.
9. Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in *Saúde Brasil 2008*. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.
10. Sipahi I, Tuzcu EM, Schoenhagen P, Wolski KE, Nicholls SJ, Balog C, et al. Effects of normal, pre-hypertensive, and hypertensive blood pressure levels on progression of coronary atherosclerosis. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48(4):833-838.
11. Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL, et al. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2007; 115(21):2761-2788.
12. DCCT Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med*. 1993; 329:977-86.
13. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and the risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet*. 1998; 352:837-53.

14. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.
15. Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*. 2012 Jan; vol.35, no.35 Supplement 1S4-10.
16. 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.
17. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, et al. Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001; 104(14): 1694–1740.
18. Forman JP, Stampfer MJ, Curhan GC. Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *JAMA* 2009; 302(4): 401–411.