

Universidade Aberta do SUS – UNASUS  
Universidade Federal de São Paulo  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade à Distância  
Turma 05

MELHORA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS, NA UNIDADE DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA ESF EUGENIO DE MELO, SÃO JOSÉ DOS CAMPOS – SP.

Ruben Miguel Acosta Silvente

Orientadora: Eloá Otrenti

Projeto de intervenção apresentado ao  
Curso de Especialização em Saúde da  
Família – Modalidade à Distância –  
UFPEL/UNASUS, como requisito parcial  
para a obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

2015

## **JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada uma condição clínica multifatorial, que se caracteriza por níveis elevados da pressão arterial e que provoca alterações funcionais nos órgãos alvos e alterações metabólicas, com aumento de risco de doenças cardiovasculares, sendo algumas delas fatais. No

Brasil, a HAS é considerada um grave problema e sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em pessoas com mais de 70 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010). Neste país, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são realizados, sobretudo, pelas equipes de Atenção Básica, cujo processo de trabalho está pautado no vínculo com a comunidade, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Assim, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamentais no processo terapêutico e na prevenção da doença (BRASIL, 2013a).

A UBS Eugenio de Melo possui 6 equipes de Estratégia Saúde da Família, os quais está composta por: 01 médico, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal e 4 ACS. Também possuímos pessoal de apoio. Em relação à estrutura física, a unidade é composta por: 1 recepção, 9 consultórios (médico, enfermagem e odontologia), 01 sala de triagem, 01 farmácia, 01 sala de vacina, 01 sala de eletrocardiograma, 01 sala de reuniões, 01 copa e 01 sala de espera.

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, a Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus são as mais frequentes na minha área de abrangência. De acordo com um levantamento feito na área, possuímos 531 hipertensos e 152 diabéticos na área de abrangência. Atualmente, a adesão da população às ações oferecidas na UBS é baixa, seja porque os pacientes portadores de HAS não estão adequadamente cadastrados na UBS ou, até mesmo pelo fato dos pacientes não realizarem acompanhamento na UBS por praticarem a automedicação, situação muito comum nesta localidade. Em relação à saúde bucal, não podemos mensurar como estão os indicadores, uma vez que não possuímos registros destes atendimentos. Utilizamos o Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos, o qual ajuda no monitoramento dos pacientes, bem como na assistência deles durante as consultas. O acompanhamento dos hipertensos é melhor graças aos grupos formados na UBS.

A implementação das atividades da intervenção será muito proveitosa, porque qualificará esta ação programática à medida que conseguirmos atingir as metas e objetivos propostos. A realização deste projeto possibilitará o envolvimento de toda a

equipe, visto que todos os membros estão engajados no mesmo e isto fomentará o trabalho em equipe. Entre as principais dificuldades e limitações na realização da intervenção estão: garantir a participação ativa da comunidade nas ações propostas e a implementação de novas atividades na UBS, propostas pela intervenção. Assim, acredito que a intervenção fará com os indicadores sejam qualificados, uma vez que prestaremos uma melhor assistência aos portadores de hipertensão e/ou diabetes, bem como promoveremos saúde e qualidade de vida a este público, afinal, este é um dos nossos objetivos como trabalhadores da saúde.

## **OBJETIVOS E METAS**

### **Objetivo Geral:**

Qualificar a atenção em saúde de hipertensos da Estratégia Saúde da Família, na Unidade de Saúde da Família Eugenio de Melo, no município de São Jose Dos Campos – São Paulo.

### **Objetivos Específicos:**

1. Ampliar a cobertura aos pacientes hipertensos ;
2. Melhorar a qualidade da atenção aos pacientes hipertensos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de os pacientes hipertensos.

### **Metas:**

- 1- Cadastrar 50% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde;
- 2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- 3- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 4- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- 5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
- 6- Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
- 7- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 8- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 9- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
- 10- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;
- 11- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;
- 12- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

## **METODOLOGIA**

### **AÇÕES**

Em relação ao objetivo de ampliar a cobertura da assistência aos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde, tendo como meta alcançarmos 50% dos hipertensos da área no Eixo de Monitoramento e Avaliação (M&A) será aberto livro para registro e cadastramento destes pacientes e ficha/cartão-espelho, que deverão ser preenchidos pelos profissionais e serão monitorados mensalmente, com a finalidade de verificar se as metas estão sendo alcançadas.

Para o Eixo Organização e Gestão do Serviço (OGS), por meio de visitas domiciliares feitas pelos ACS e/ou outro membro da equipe, o registro dos hipertensos já cadastrados no Programa serão atualizados. Caso o usuário hipertenso ainda não seja cadastrado, o mesmo deverá ser encaminhado para a unidade de saúde, onde será feito o acolhimento e cadastro do mesmo no programa. Para garantir um atendimento de qualidade a estes usuários, deveremos dispor de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) pelo técnico de enfermagem ou outro membro da equipe.

No que diz respeito ao Eixo Engajamento Público (EP), por meio de palestras, atividades educativas, salas de espera, informaremos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção aos Hipertensos na unidade de saúde. Ainda, esclareceremos a população sobre: a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e sobre a necessidade do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/80 mmHg; os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão; a importância de um rastreamento precoce para um melhor prognóstico e das mudanças nos hábitos de vida, ligados a alimentação e a prática de atividade física rotineira.

A equipe da USF será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg. Já os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e serão orientados quanto ao cadastramento dos usuários, sobre o controle destas patologias e a prevenção das complicações. As capacitações serão realizadas com base nos Cadernos de Atenção Básica, números 36 e 37, elaborados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, b).

Tendo por objetivo melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos, realizaremos exame clínico apropriado nos pacientes pertencentes à intervenção e solicitando os exames complementares, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Iremos monitorar, periodicamente, estas ações a partir da análise dos prontuários e dos registros das informações. Em reunião com a equipe, discutiremos a priorização da prescrição de medicamentos de acordo com a lista do Hiperdia e/ou Farmácia Popular para os hipertensos cadastrados na unidade de saúde, bem como

a necessidade de avaliação odontológica nestes pacientes. Ainda, definiremos as funções de cada membro da equipe no desenvolvimento das atividades propostas.

No eixo OGS, definiremos o calendário e a periodicidade das reuniões da equipe para as capacitações e será providenciada a impressão dos Cadernos de Atenção Básica, números 36 e 37, para que todos da equipe tenham acesso. Será garantida a solicitação dos exames complementares e solicitaremos, junto à Secretaria Municipal de Saúde, agilidade para a realização dos mesmos. Em relação ao EP, por meio de palestras, salas de espera, atendimento individual e visitas domiciliares, os pacientes e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Também, sobre: a necessidade de realização de exames complementares e periodicidade com que estes devem ser realizados; o direito dos usuários sobre o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Na Qualificação da Prática Clínica a equipe da USF será capacitada quanto à utilização do protocolo adotado para solicitação de exames complementares. Com estas ações, buscamos criar habilidades para a aplicação da Avaliação Multidimensional Rápida e constituir a participação da equipe nas consultas dos hipertensos para habilitar cada profissional para o encaminhamento adequado dos casos que necessitem de avaliações mais complexas.

Para melhorar a adesão de hipertensos ao programa, faz-se necessária realizar busca aos faltosos às consultas na unidade de saúde, conforme as periodicidades recomendadas pelo Ministério da Saúde e, para isso, por meio dos registros em livro específico/prontuário, monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). No Eixo OGS, serão organizadas as visitas domiciliares para buscar os faltosos e uma agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares. Para fortalecer o Engajamento Público, a comunidade será orientada sobre a importância de realização das consultas e sobre a periodicidade adequada para a realização das consultas. No eixo QPC os ACS serão treinados para a orientação da comunidade sobre a importância das consultas periódicas e sobre a periodicidade das consultas.

Buscando melhorar o registro das informações, será necessário manter atualizada a ficha de acompanhamento dos hipertensos cadastrados na unidade de

saúde e, para isso, definiremos quem será o responsável pelo monitoramento da qualidade dos registros feitos. No eixo OGS, buscaremos manter as informações do SIAB atualizadas, será implantada a planilha/registro específico de acompanhamento e pactuado com a equipe o registro das informações. Será necessário organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Em relação ao Engajamento Público, por meio da realização de atividades na comunidade e na sala de espera, além do reforço da informação nas consultas individuais, informaremos a comunidade, os hipertensos sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário. No eixo QPC a equipe da USF será capacitada quanto ao preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e quanto ao registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas,

Para mapear pacientes hipertensos de risco para doença cardiovascular realizaremos estratificação do risco cardiovascular em todos os hipertensos que fazem parte da intervenção. No eixo M&A analisaremos os prontuários dos pacientes-alvo e monitoraremos o número de pacientes hipertensos com realização de, pelo menos, uma verificação da estratificação de risco por ano. No Eixo Organização e Gestão do Serviço os pacientes avaliados como de alto risco serão atendidos com prioridade e será organizada a agenda para o atendimento desta demanda.

No Engajamento Público orientaremos os usuários quanto ao nível de risco e a importância do acompanhamento regular e informaremos a comunidade sobre os fatores de risco modificáveis e não-modificáveis. Na QPC a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Visando promover a saúde de hipertensos, realizaremos várias orientações por meio de palestras, salas de espera, consultas individuais, incluindo os seguintes temas: saúde bucal, alimentação saudável, a prática regular de atividade física, os riscos do tabagismo. Na Organização e Gestão do Serviço organizaremos a agenda

da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso, estabelecendo prioridades de atendimento e levando em consideração a classificação do risco odontológico. Organizaremos práticas coletivas para orientação nutricional, odontológica, médica, educação física e orientação sobre os riscos do tabagismo. Ainda, buscaremos junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Na QPC capacitaremos a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso; a importância da alimentação saudável; a prática da atividade física regular; o tratamento de pacientes tabagistas e como esta prática interfere no aparecimento de complicações. Ainda, realizaremos palestras sobre metodologias de educação em saúde.

No Engajamento Público buscaremos parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Orientaremos os pacientes hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e a importância da prática de atividade física regular, como prevenção de possíveis complicações destas doenças. Além disso, informaremos aos pacientes sobre a existência de tratamento, na própria unidade de saúde, para cessar o tabagismo.

## **INDICADORES**

**Relativos ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura aos hipertensos.

**Meta 1:** Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

**Indicador 1:** Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativos ao objetivo 2:** Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.



**Meta 2:** Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

**Indicador 2:** Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 3:** Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

**Indicador 3:** Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 4:** Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 4:** Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

**Meta 5:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

**Indicador 5:** Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Relativos ao objetivo 3:** Melhorar a adesão de hipertensos ao programa.

**Meta 6:** Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

**Indicador 6:** Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

**Relativos ao objetivo 4:** Melhorar o registro das informações.

**Meta 7:** Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 7:** Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Relativos ao objetivo 5:** Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

**Meta 8:** Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

**Indicador 8:** Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Relativos ao objetivo 6:** Promover a saúde de hipertensos.

**Meta 9:** Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

**Indicador 9:** Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 10:** Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 10:** Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Numerador: Número de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 11:** Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 11:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

**Meta 12:** Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

**Indicador 12:** Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

## **LOGÍSTICA**

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos pacientes hipertensos adotaremos como protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, do ano de 2013: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica, Caderno nº 37 (BRASIL, 2013 a, b). O registro de dados será feito na planilha de coleta de dados e na ficha-espelho disponibilizadas pelo curso. Como estimamos alcançar como intervenção 38 hipertensos, solicitaremos ao gestor municipal a impressão de fichas-espelho em quantidade suficiente, de modo que, cada paciente terá sua ficha própria.

Para o registro específico, a técnica de enfermagem preencherá e revisará o registro diário destes pacientes que inclui dados como: idade, peso, altura, pressão arterial, medicamentos em uso e o ACS que o acompanha na área. O médico será o encarregado de preencher nos demais instrumentos de coleta de dados, assim como no prontuário, se o paciente apresenta consulta atrasada, os exames clínicos e laboratoriais, a avaliação cardiovascular, as ações de promoção e prevenção em saúde; já a odontóloga preencherá as informações referentes ao atendimento realizado.

Na primeira semana da intervenção realizaremos capacitações sobre os temas disponíveis nos Cadernos de Atenção Básica sobre HAS, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos. Abordaremos temas como a correta verificação da PA, incluindo uso adequado do manguito, realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, realização

de estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e orientações sobre a alimentação saudável, a prática de exercício físico e riscos do tabagismo. Esta capacitação ocorrerá na própria unidade e para isto serão reservadas duas horas para treinamento da equipe. Os responsáveis pelas capacitações serão médico, enfermeira e a equipe do NASF.

Assim, como forma de avaliação e monitoramento da intervenção, bem como para a organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, durante as reuniões da equipe também serão discutidos os seguintes temas, as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão; medidas que serão utilizadas para a busca de pacientes faltosos; a importância de aproveitar as visitas domiciliares para informar a comunidade sobre a importância dos pacientes comparecerem às consultas de acompanhamento na Unidade de Saúde, assim como informá-los sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Os profissionais serão treinados para identificar os pacientes que necessitam de cadastramento e acompanhamento no programa. Os profissionais que lidam diretamente com a assistência clínica ou com a realização de procedimentos com essa demanda serão instruídos quanto ao modo correto de preenchimento da ficha espelho e planilha de acompanhamento, assim como os procedimentos clínicos mínimos que devem ser anotados pelos profissionais no prontuário individual. Já o acolhimento dos pacientes hipertensos que buscarem o serviço será realizado por a técnica de enfermagem. Todos os pacientes que comparecerem à consulta, já sairão com a próxima consulta agendada, como forma de garantirmos que estes pacientes sejam, devidamente, acompanhados.

Serão disponibilizadas quatro horas semanais para o atendimento específico aos hipertensos. Já para as ações de promoção da saúde (palestras, salas de espera), serão destinados quinze minutos. Os encontros com os grupos de hipertensos serão programados na reunião da equipe.

A equipe de saúde buscará apoio da comunidade tendo por objetivo ampliar a captação de pacientes hipertensos que não comparecem às consultas e, aproveitaremos o momento para esclarecer à população sobre a necessidade do atendimento a este grupo. A médica do posto uma vez por semana examinará as fichas dos hipertensos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. Identificaremos o ACS responsável por



Busca ativa dos hipertensos faltosos às consultas		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realização de visita domiciliar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009. *Apud* BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2010.