

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

DEBORAH NOGUEIRA COUTO

**ORIENTAÇÃO EM SAÚDE A PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MIRAPORANGA – DISTRITO DA ÁREA RURAL DE
UBERLÂNDIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

UBERABA - MINAS GERAIS
2013

DEBORAH NOGUEIRA COUTO

**ORIENTAÇÃO EM SAÚDE A PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MIRAPORANGA – DISTRITO DA ÁREA RURAL DE
UBERLÂNDIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção
do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. **Conceição Aparecida Serralha**

UBERABA - MINAS GERAIS
2013

DEBORAH NOGUEIRA COUTO

**ORIENTAÇÃO EM SAÚDE A PACIENTES HIPERTENSOS NA UNIDADE DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DE MIRAPORANGA – DISTRITO DA ÁREA RURAL DE
UBERLÂNDIA: PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Atenção
Básica em Saúde da Família, Universidade
Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção
do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. **Conceição Aparecida Serralha**

Banca Examinadora:

Conceição Aparecida Serralha

Sabrina Martins Barroso

Aprovado em Uberaba, 03 de fevereiro de 2014.

Aos meus pais, com amor.

AGRADECIMENTOS

Minha gratidão a Deus, por Sua bondade, pela dádiva da vida e capacitação.

A equipe da Unidade de Saúde da Família de Miraporanga (Uberlândia – MG), pelo apoio e empenho. Estendo ainda o meu agradecimento aos queridos pacientes, pelos quais tem valido a pena o exercício da medicina.

Em especial, um abraço caloroso aos meus pais e irmão, que sempre me recebem de braços abertos e fazem parte de meu porto seguro.

À orientadora deste projeto, Profa. Dra. Conceição Aparecida Serralha pelas valiosas sugestões.

Aos colegas e tutora do curso de especialização em Saúde da Família, companheiros de caminhada, pelo convívio e aprendizado.

“Ame o próximo como a si mesmo” (Mateus 22.39)

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um relevante problema de saúde pública e a segunda maior causa de morte em nosso país. Assim, a abordagem multidisciplinar e efetiva diante dessa patologia é de fundamental relevância e deve ser parte da estratégia de atenção primária a saúde, quanto à prevenção e cuidado. Na Unidade de Saúde da Família de Miraporanga, área rural de Uberlândia, observa-se a ocorrência de muitos casos de pacientes com hipertensão arterial sistêmica não controlados. Assim sendo, o objetivo deste trabalho é a construção de um projeto de intervenção para implantação de um grupo educativo voltado para pacientes hipertensos na Unidade de Saúde da Família do distrito de Miraporanga, subsidiada por uma revisão de literatura sobre o tema. Esta revisão de literatura reforçou a importância da formação do grupo educativo proposto como projeto de intervenção. O acompanhamento dos pacientes em grupo, sob a supervisão e esforços conjuntos da Equipe de Saúde, visará estimular a adesão aos tratamentos medicamentosos e a mudança de estilo de vida, reduzindo assim os fatores de risco cardiovasculares.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica, Saúde da Família, grupo educativo.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is a relevant public health problem and the second biggest cause of death in our country. For this reason, the multidisciplinary and effective approach to this pathology is of fundamental relevance and should be part of the strategy of primary attention to health relatively to prevention and care. In the Family Health Unit in Miraporanga, in the rural area of Uberlândia, the occurrence of several cases of patients with uncontrolled Systemic Arterial Hypertension has been observed. Therefore, the purpose of this work is the construction of an intervention project for the deployment of an educational group aimed towards hypertensive patients in the Family Health Unit in Miraporanga, subsidized by a review of literature on the theme. This review of literature reinforced the importance of the formation of the educational group proposed as intervention project. The monitoring of patients in a group, under the joint effort and supervision of the Health Team, intends to stimulate adherence to medicinal treatment and lifestyle changes, thus reducing cardiovascular risk factors.

Key words: Systemic Arterial Hypertension, Family Health, educational group.

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

FIGURA 1: Unidade de Saúde da Família de Miraporanga (Distrito de Uberlândia – MG).

TABELA 1: Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension

ESF: Equipe de Saúde da Família

FR: Fatores de Risco

HA: Hipertensão Arterial

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC: Índice de Massa Corporal

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

PA: Pressão Arterial

USF: Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	13
2. JUSTIFICATIVA.....	16
3. OBJETIVOS.....	17
3.1. Objetivo Geral.....	17
3.2. Objetivos Específicos.....	17
4. METODOLOGIA.....	17
5. REVISÃO DE LITERATURA.....	18
5.1. Hipertensão Arterial.....	18
5.2. Tratamento não medicamentoso para Hipertensão Arterial.....	21
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

APRESENTAÇÃO

Graduada em Medicina, ao final de 2011, pela Universidade de Alfenas (MG), tenho participado com especial interesse, desde o início do curso, em atividades de extensão que objetivam promover o cuidado e a prevenção dos agravos à população. Ainda durante a graduação, como bolsista da FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais) em Iniciação Científica, participei do desenvolvimento e publicação de estudos sobre a qualidade de vida de pacientes em hemodiálise, atentando aos casos de complicações resultantes de hipertensão e diabetes mal controlados.

Na Unidade de Saúde da Família de Miraporanga (Uberlândia – MG), onde atuo desde março de 2013, tenho buscado desenvolver junto à equipe, uma prática clínica de otimização para o tratamento e prevenção de diversas patologias, entre as quais destacamos a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), não só pela prevalência da doença hipertensiva crônica, mas também pela sua contribuição em diversos agravos à saúde. Com o interesse de excelência no aprendizado, realizei o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) durante o ano de 2013.

Assim, o presente projeto foi formulado com o objetivo de organizar um grupo educativo junto aos pacientes hipertensos, com reuniões periódicas, almejando uma abordagem diferenciada, objetiva e interativa sobre algumas recomendações prescritivas tais como alimentação saudável, consumo controlado de sódio, açúcar e álcool, estímulo a atividades físicas, combate ao tabagismo e o uso apropriado dos medicamentos. Nos encontros do grupo, os pacientes serão estimulados a externarem suas dúvidas, medos e expectativas que serão devidamente tratados pela equipe. Com isto, é esperado obter o envolvimento do próprio paciente no seu tratamento e motivá-lo a mudar o seu estilo de vida, com conseqüentes melhorias na sua saúde e redução do risco cardiovascular.

1 - INTRODUÇÃO

Uberlândia, com população total estimada em 604.013 (IBGE, 2010), é considerada referência em saúde para as regiões do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiano e conta com mais de uma dezena de hospitais, tanto privados como públicos, Unidades de Atendimento Integrado (UAIs) localizadas em bairros da cidade; entre outros estabelecimentos.

De acordo com IBGE (2010), 98% do total da população de Uberlândia vive na área urbana (distrito sede e quatro distritos em área rural), sendo que o restante vive no campo.

Dentre seus distritos, Miraporanga, também conhecida como Santa Maria, nome que recebeu até 1933 e até hoje usado por muitos moradores, destaca-se por sua relevância histórica. Em sua área habitaram as primeiras famílias de Uberlândia e, assim, tem sido considerada como o marco zero de origem deste município.

Miraporanga conta com 6.708 habitantes rurais e 240 urbanos (IBGE, 2010) e sua sede distrital localiza-se na zona rural do município. Contudo, a sua população é contada, em censos populacionais oficiais, como população urbana. Localiza-se no extremo da Zona Oeste do município, a 45 quilômetros da região central e a 580 quilômetros da capital do estado (Belo Horizonte).

Apresenta uma população com um desenvolvimento abaixo da média municipal. Conta com um posto de correio, um posto policial em fase de construção e um posto de saúde. Possui somente uma Escola Municipal, “Domingos Camim”, que oferece exclusivamente o ensino fundamental. Assim, muitos moradores não continuam seus estudos por dificuldades de locomoção para Uberlândia.

Há um projeto, já aprovado, da construção de uma rodovia que ligará o distrito a Uberlândia, que será de grande relevância para o desenvolvimento da região.

A Unidade de Saúde da Família (USF) de Miraporanga está localizada em um distrito do município de Uberlândia (MG), que leva o mesmo nome, sob a Lei Estadual 843, de 7 de setembro de 1923 e, portanto, submetida ao mesmo poder político administrativo. O prefeito eleito em 2012 foi Gilmar Machado tendo como Secretário de Saúde o médico Almir Fontes e, na Coordenação da Atenção Básica, a médica em Saúde de Família e Comunidade Elisa Toffoli Rodrigues.

A USF (Figura 1) abrange 104 famílias cadastradas, estimando-se cerca de 500 pacientes, oriundos do distrito ou da área rural adjacente. Oferece os seguintes serviços de atenção a saúde: aplicação de vacinas, curativos, atendimento pré-natal, puericultura, saúde do idoso, saúde da mulher, hipertensos e diabéticos, saúde bucal (atendimento odontológico), assistência social, entre outros.



FIGURA 1 – Unidade de Saúde da Família de Miraporanga (Distrito de Uberlândia – MG)

Na prática diária na USF, observa-se a ocorrência de muitos casos de pessoas com hipertensão arterial sistêmica não controlada, alguns em situação alarmante em razão do uso descontínuo ou incorreto das medicações e hábitos de vida deletérios.

A Hipertensão Arterial (HA) é um dos piores problemas da saúde pública, considerada a segunda maior causa de morte em nosso país, perdendo apenas para homicídios e acidentes de trânsito. É ainda responsável por alto número de internações com sério impacto social, econômico e em saúde (PORTAL SAÚDE, 2013).

Pesquisadores consideram que a não-adesão ao tratamento dos pacientes com hipertensão arterial teria como motivo os efeitos colaterais dos medicamentos; barreiras financeiras; falta de motivação do paciente por se tratar de uma doença assintomática; tratamento ininterrupto, por toda vida; influência na qualidade de vida; relacionamento inadequado com a equipe de saúde; dentre outros fatores (GUSMÃO & MION JR, 2006).

Na USF de Miraporanga, os pacientes alegam esquecimento e eventual falta de motivação, o que salienta o desconhecimento sobre a doença que, silenciosamente, pode causar grandes danos. Somado a isto, nota-se a ocorrência de maus hábitos que podem desencadear o aumento da pressão arterial e/ou do risco cardiovascular, tais como

sobrepeso e obesidade; ingestão excessiva de sal, açúcar, gorduras, álcool e tabagismo. Todos esses hábitos estão aliados, ainda, ao sedentarismo.

Além disso, muitos pacientes, devido à dificuldade de transporte ou mesmo diante do tempo exigido para realização das atividades de trabalho rural que desempenham, mantêm um acompanhamento irregular em consultas médicas e, por não terem previsão de quando poderão adquirir o recomendado na prescrição médica, economizam as medicações de uso diário, intercalando dias de uso ou passando longos períodos sem o uso dos remédios. Questionados, desculpam-se dizendo que estavam se sentindo bem e, assim, não necessitavam da medicação.

Há também aspectos inapropriados na própria cultura local em relação aos hábitos alimentares, sendo afirmado por gerações que o saudável é manter-se obeso, alimentando-se com dieta hipercalórica e hiper lipídica. Podemos citar ainda o costumeiro etilismo, “mascarado” como forma de lazer local. É comum, ainda, que o paciente questione a necessidade de atividades físicas regulares, ao ponderar que seu cotidiano já exige muitos esforços físicos. Esses hábitos e crenças contribuem com a recidiva de casos não controlados de Hipertensão Arterial Sistêmica em Miraporanga (MG).

Considerando estes fatores e a alta frequência de hipertensos na USF de Miraporanga, detectamos a necessidade de um trabalho que promovesse a conscientização da população sobre a importância da adesão ao tratamento não apenas do tipo medicamentoso, mas também com intervenções não medicamentosas visando a mudanças de hábitos de caráter preventivo. Esse tipo de tratamento não medicamentoso vem conquistando espaço importante entre médicos e pacientes, que desfrutam dos seus benefícios na saúde em médio e longo prazo. (MION JR et al, 2002).

Sendo assim, o presente trabalho tem por objetivo apresentar o projeto de intervenção construído para atender a essa necessidade, bem como a revisão de literatura científica, que o embasou, de trabalhos com foco nas necessidades dos pacientes considerando sua cultura, meio social e princípios, que possam auxiliar no processo de tratamento (STRELEC, PIERIN, MION JR, 2003).

2 - JUSTIFICATIVA

Uma das dificuldades encontradas no atendimento a pacientes hipertensos é a falta de aderência ao tratamento por desconhecimento dos conceitos e consequências da hipertensão arterial. Acredita-se que a identificação dos maiores fatores de risco para doenças cardiovasculares aliada ao uso de estratégias de controle, educação comunitária e monitoramento dos indivíduos de maior risco contribuem para uma queda significativa na mortalidade (REDDY & YUSUF, 1998).

Entretanto, para um resultado efetivo com mudanças e manutenção de novos hábitos é essencial um acompanhamento regular e prolongado. O Ministério da Saúde preconiza às unidades de saúde que cadastrem os pacientes hipertensos de modo a serem monitorados quanto aos seus índices pressóricos e glicêmicos e que disponibilizem medicamentos, de acordo com suas necessidades. Aconselha também um trabalho educativo, visando tratamentos não medicamentosos já que os fatores de risco mais efetivos na hipertensão arterial são modificáveis, tais como maus hábitos alimentares, tabagismo, etilismo, sedentarismo (MALTA et al., 2009).

Sendo assim, ressaltamos a importância do projeto proposto, enfatizando os seguintes fatores, diretamente ligados à comunidade hipertensa de Miraporanga:

1. Alta frequência de hipertensos não controlados.
2. Baixa escolaridade e instrução que dificultam a adesão plena ao tratamento.
3. Doença de caráter crônico e assintomático cujos agravos eventuais são ‘silenciosos’ e não notados pelos pacientes, levando-os a não perseverarem na terapia e, conseqüentemente, apresentarem pressão arterial em níveis inadequados.
4. As severas complicações possíveis, resultantes da descontinuidade ou do uso inadequado de medicamentos pelos usuários hipertensos.

Espera-se um aumento progressivo do comprometimento dos pacientes participantes dos grupos educacionais, na mudança dos seus hábitos de vida, com conseqüente melhoria em sua saúde, qualidade de vida e redução do risco cardiovascular.

3 - OBJETIVOS

3.1 - Geral:

Construir um projeto de implantação de um grupo educativo junto à população hipertensa do distrito de Miraporanga, com vistas à redução do risco cardiovascular dos pacientes.

3.2 - Específicos:

- Realizar uma revisão de literatura científica sobre o tema Hipertensão Arterial para subsidiar a construção do projeto.
- Construir o projeto com base no diagnóstico apresentado na introdução deste trabalho.

4 - METODOLOGIA

A Revisão de Literatura foi desenvolvida eletronicamente (considerando especialmente artigos dos últimos 10 anos), utilizando as seguintes bases de dados: SciElo (Scientific Electronic Library Online), Google Acadêmico, Medline (Index Medicus), PubMed (U.S. National Library of Medicine National Library of Medicine National Institute of Health), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) - Sistema Latino Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) como também das 'Diretrizes de Hipertensão Arterial' (IV, V, VI realizadas em 2002, 2006 e 2010, respectivamente), com busca adicional de artigos citados pelos autores, estritamente pertinentes ao tema do projeto. As palavras-chave consideradas foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, Fatores de Risco para HAS (dietas, sal, obesidade, tabagismo, atividade física) com e sem associação de palavras, com filtragem, em português e em inglês.

O projeto de intervenção foi proposto a partir do levantamento do diagnóstico situacional da USF de Miraporanga, dentro de suas peculiaridades por tratar-se de uma área rural, bem como dos nós críticos que cercam o cotidiano e poderiam ser objetos de intervenção da Equipe de Saúde da Família alocada na área rural de Uberlândia.

A proposta é implantar grupos para orientação, com frequência mensal, que abordem os temas mais relevantes da manutenção da saúde, incentivando mudanças do estilo de vida, especialmente no que tange ao grupo de hipertensos.

Os pacientes serão alertados quanto aos riscos da não perseverança no controle de sua pressão arterial tais como o aumento de risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e ou renal e também a possibilidade de comprometimento da visão.

A formação de grupos ocasionará a aproximação entre os pacientes e a equipe multidisciplinar, num ambiente mais descontraído, onde as dúvidas que porventura não foram abrangidas durante as consultas tradicionais, sejam sanadas, já que o conhecimento do paciente sobre sua doença interfere muito na adesão ao tratamento (STRELEC, PIERIN, MION JR, 2003).

Além disso, a equipe deverá ser treinada e estimulada a valorizar a importância de sua participação na comunidade. Os encontros ajudarão na interação paciente/agente melhorando a comunicação e ampliando a abordagem das necessidades dos pacientes alvos (FARIA et al., 2009).

5 - REVISÃO DE LITERATURA

Para fundamentação teórica, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre Hipertensão Arterial (HA) e abordagem multiprofissional para tratamento não medicamentoso, considerando especialmente hábitos alimentares, atividades físicas, tabagismo, alcoolismo bem como estudos já desenvolvidos com grupos educativos focando hipertensão arterial.

5.1 - Hipertensão Arterial

Estudos publicados na Revista Médica *The Lancet* realizados por Murray (Universidade de Washington, EUA) e equipe (WANG et al., 2012; MURRAY, 2012) com colaboração de mais de 300 instituições em 180 países mostraram que a população mundial tem vivido mais tempo, mas cada vez com menos saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças cardiovasculares (cardiopatia isquêmica e infartos) são a principal causa de morte no mundo seguida

pelas doenças não transmissíveis como câncer, diabetes e doença pulmonar crônica. Além do alto número de mortes prematuras, elas ocasionam uma diminuição na qualidade de vida por dificultar o desempenho das atividades profissionais, aumentando o número de inativos e acarretando impactos profundos na economia do país. No Brasil, 2/3 da mortalidade é por doenças crônicas e acredita-se que nos próximos anos, a tendência é aumentar ainda mais. Além do custo econômico, em 2005 superior a 3 bilhões de dólares, o avanço destas doenças somado com o envelhecimento da população resulta numa redução drástica na qualidade de vida (ONU/BR, 2013).

Dentre as doenças crônicas, destacam-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), patologia multifatorial que representa um relevante e sério problema de saúde pública, pela sua significativa prevalência, de 15% a 20% na população adulta e mais de 50% entre os idosos. Uma revisão de dados de 35 países mostrou que os homens até cinquenta anos (37,8%) são mais afetados pela Hipertensão Arterial (HA) que as mulheres (32,1%), invertendo após este período (LESSA, 2001; PEREIRA et al., 2009).

Assim como a diabete, a doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca e renal crônica, doença arterial e vascular de extremidades, a hipertensão reduz a qualidade de vida além de ocasionar alto custo socioeconômico e médico. Por conta da HAS não ocasionar a morte imediata e apesar de ter sido culpada por mais de nove milhões de mortes no ano de 2010, os investimentos para combater doenças infecciosas são maiores (IV, V e VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2002, 2006 e 2010, respectivamente; PORTAL SAÚDE, 2013). Além disso, nas unidades de saúde, dada a sobrecarga de trabalho dos profissionais e o grande número de pacientes com casos agudos, que necessitam de atendimento imediato, as doenças crônicas correm sempre o risco de ficarem em segundo plano.

O Ministério da Saúde do Brasil, considerando a definição do III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, realizado em 1994, classifica a pressão arterial (PA) como elevada quando os valores ultrapassam o limite dos valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg, em pelo menos 3 ocasiões.

A HAS é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão como:

“... uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da 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” (p.1).

Hipertensão Arterial pode ser qualificada em dois tipos: primária ou secundária. É chamada de HA primária ou essencial (a maioria dos casos), quando não apresenta um motivo médico identificável, apesar de se observar, com frequência, uma predisposição genética. O restante é resultado de distúrbios em outros órgãos e sistemas, tal como o sistema endócrino, renal ou mesmo devido a medicamentos (CARRETERO & OPARIL, 2000).

Apesar de a medição da pressão arterial ser de fácil acesso, baixo custo, não invasiva e haver ampla quantidade de medicamentos disponíveis e funcionais, muitos hipertensos ignoram o seu estado e os riscos que estão correndo. É premente a necessidade de despertar a população para a gravidade do problema e motivá-la a mudar sua rotina diária, tanto no que se refere ao uso correto de medicamentos como também adesão aos tratamentos não medicamentosos de mudança de hábitos.

Segundo Williams (2010), a hipertensão arterial responde, em todo o mundo, por 54% de todos os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs) e 47% dos infartos (fatais ou não), perfazendo um total de mais de 70 milhões de vítimas fatais, nos últimos 10 anos.

A OMS tem solicitado aos países que se empenhem em prevenir e controlar a pressão arterial conforme comunicado da ONU (03/04/2013). Neste comunicado, a ONU informa que a pressão alta tem ocasionado cerca de 9,4 milhões de mortes e invalidez por doenças cardíacas anualmente aumentando ainda a incidência de insuficiência renal, cegueira, acidentes vasculares cerebrais. Por conta da relevância do problema, ele foi selecionado como tema para 2013 com incentivos para o controle da hipertensão.

Estudo epidemiológico tem demonstrado não só o aumento da prevalência da hipertensão com a idade, mas também a sua associação a outros fatores de risco, de estilo de vida e metabólicos, todos independentemente relacionados ao aumento de risco para a ocorrência de patologias cardiovasculares (PASSOS, ASSIS e BARRETO, 2006). Barros et al. (2006) consideraram que as doenças mais prevalentes em população de baixa escolaridade são as que se referem à coluna, (HAS), artrite e depressão. No Brasil, estudos demonstraram que a HAS apresentou-se com maior prevalência nos indivíduos de escolaridade menor (CESARINO et al. 2008) e têm mostrado, ainda, que idade mais elevada, baixa escolaridade e renda, e menos de 5 anos de doença associam-se ao abandono e controle inadequado da pressão arterial (BUSNELLO et al., 2001).

São vários os fatores de risco contribuintes para a elevação da pressão arterial e que abrem espaço para instalação de doenças cardiovasculares. Dentre eles, pode-se mencionar obesidade, alimentação rica em sódio e gorduras, ausência da prática de exercício físico regular, tabagismo, etilismo e alterações psicoemocionais que reduzem a qualidade de vida do ser humano, especialmente em sua velhice (MION JR, et al., 2002).

Diante do exposto, torna-se premente no Brasil a divulgação dos graves riscos ocasionados pela HAS e a possibilidade de reverter o processo com medicamentos adequados que protegem e reduzem o impacto em órgãos sensíveis bem como a relevância da mudança de hábitos para a melhoria da qualidade de vida e longevidade.

A formação de grupos educacionais nas Unidades de Saúde poderia ser um pólo de multiplicação desta idéia auxiliando, sobremaneira, na redução dos impactos desastrosos que são gerados pela HAS.

5.2 - Tratamento não medicamentoso para Hipertensão Arterial Sistêmica

Considerando os Fatores de Risco (FR) como hábitos alimentares, sedentarismo, tabagismo e alcoolismo, todos os trabalhos desta revisão conduzem para a conclusão de que mudanças nos hábitos alimentares com consumo de frutas e legumes, redução do consumo de sódio e álcool, ingestão de potássio, atividade física e abandono do tabagismo são a chave para redução da HA e aumento do tempo e qualidade de vida.

A detecção precoce da HAS, bem como esforços conjuntos dos profissionais de saúde, visando orientar a população quanto aos tratamentos medicamentosos ou não medicamentosos é de suma importância para o não desenvolvimento da HA, agravos e conseqüências.

Segundo Jardim et al. (2007), existe correlação direta entre HA, Índice de Massa Corporal (IMC) e circunferência da cintura em todas as faixas etárias. A associação entre a hipertensão arterial e a obesidade tem sido frequente em várias partes de mundo, em zona urbana ou rural (PICCINI & VICTORA, 1994; WHO, 1997).

Um comunicado do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2011) informou que quase metade da população (48,5%) encontra-se acima do peso ideal resultado de uma dieta rica em carnes com gordura, leite integral, refrigerantes, alimentos industrializados e pouca ingestão de frutas e verduras. Outros estudos mostraram que 75% dos homens e 65% das mulheres que apresentam hipertensão estão na faixa de

sobrepeso ou obesidade (WHO, 1998) e que a redução de 5 a 10% do peso corporal já seria de grande auxílio para redução da pressão arterial (HERMANSEN, 2000).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão organizada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010) apresentou a Tabela 1, na qual estabelece a recomendação a ser adotada para pacientes hipertensos e a sua influência na redução aproximada da PAS (Pressão Arterial Sistólica). Esta Tabela evidencia o quanto a mudança do estilo de vida pode auxiliar na melhoria da saúde cardiovascular. Informa ainda que, para algumas medidas sugeridas e condições, o efeito pode ser aditivo.

Tabela 1 - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de Peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m ²)	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão Alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reduzir a ingestão de sódio para não mais de 100 mmol/dia = 2,4 g de sódio (6 g de sal/dia = 4 colheres de café rasas de sal = 4 g + 2 g de sal próprio dos alimentos)	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício Físico	Habituar-se à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 a 5 vezes/semana	4 a 9 mmHg

* *Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.*

** *Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.*

Fonte: Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, VI (2010)

Na Tabela 01 observa-se que, para cada redução de 10 quilos de peso, obtém-se em média uma redução de 5 a 20 mmHg na pressão arterial. Entretanto, deve-se orientar

o paciente a evitar dietas radicais com excesso de carboidratos ou gorduras porque são rapidamente abandonadas e o efeito resultante é o oposto do que se espera (ALHASSAN et al., 2008).

Na VI Diretrizes (2010), a dieta '*Dietary Approaches to Stop Hypertension*' (DASH) encontrou adeptos por auxiliar na redução em até 14% da hipertensão. Trata-se de uma dieta que estimula o consumo de frutas, hortaliças, fibras e minerais, mas que, infelizmente, não é acessível para todos por ser uma dieta elaborada e onerosa (SACKS et al., 2001).

Para controlar a PA torna-se essencial desenvolver e estimular hábitos alimentares saudáveis para manutenção do peso corporal na faixa considerada normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 Kg/m²). Para isto, são sugeridas dietas ricas em frutas e vegetais com redução de alimentos com alto teor de gorduras saturadas e totais, sal e açúcar.

Quanto ao sal, sabe-se que populações com consumo de dietas com baixo teor de sal, como os índios Yanomami não apresentam problemas de hipertensão arterial (V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2006). O ser humano necessita de 5 gramas de cloreto de sódio diariamente. Entretanto, os brasileiros consomem o dobro da sua necessidade (NAKASATO, 2004). Segundo Piccini e Victora, 1994, o hábito de adicionar saleiro à mesa, pode resultar num aumento da pressão arterial.

Ainda com relação ao teor de sódio e pressão arterial deve-se relatar que existem diferenças individuais de sensibilidade, mas para a maioria dos pacientes uma dieta com baixo teor de sal promove redução da PA. Segundo a Tabela 01 reduzindo a ingestão de sódio para, no máximo, 4 colheres de café rasas de sal por dia (4 gramas), a PA reduz de 2 a 8 mmHg. Também, a suplementação da alimentação de idosos com óleo de peixe (Ômega 3) pode auxiliar, ligeiramente, na redução da pressão arterial (MORRIS; SACKS e ROSNER, 1993).

Recomenda-se ainda para os pacientes obesos a ingestão de aveia. Na parede celular da aveia existe um polissacarídeo denominado beta-glucano (fibra solúvel) que auxilia na diminuição da pressão arterial. Interessante observar que em pacientes de peso normal, este efeito não foi significativo (MAKI et al., 2007).

Outro fator de risco importante é o sedentarismo que aumenta com a idade e com a escolaridade. Entretanto, a classificação de sedentarismo é muito complicada já que muitos trabalhos consideram somente atividades realizadas durante o lazer sem considerar atividades profissionais ou no cuidado com a casa que requer, muitas vezes,

intensa atividade física. De qualquer forma, a maioria dos estudos confirma que o sedentarismo é um problema de nível mundial. Em um estudo, somente 14,9% dos entrevistados realizavam atividade física regular (predominantemente caminhada), sendo a maioria homens (MALTA et al., 2009).

O sedentarismo pode contribuir não somente para o desenvolvimento da HAS, como também para o surgimento de outros problemas metabólicos ligados à resistência à insulina, levando o paciente a apresentar diabetes e níveis altos de colesterol (MATSUDO, MATSUDO & ARAUJO, 2003).

Ensaio têm mostrado que atividade física, após uma avaliação médica (com pressões arteriais sistólica e diastólica inferiores a 160 e/ou 105 mmHg, respectivamente), auxilia na qualidade de vida e na manutenção da saúde, no geral. Esta atividade deve sofrer aumento gradual e contínuo tanto do tempo de duração como na intensidade, dentro de sua área de conforto, até a fadiga moderada ou até que a pessoa se apresente levemente ofegante (WHELTON et al., 2002; FAGARD & CORNELISSEN, 2007). A Tabela 01 mostra que a prática de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos diários, 3 vezes por semana reduz de 4 a 9 mmHg na pressão arterial.

Quanto ao tabagismo, a média de consumo brasileira fica em torno de 20 a 30%, prevalentes no sexo masculino. A OMS considerou que o tabagismo é uma importante causa de morte evitável em todo mundo e deve ser condenado por todos os meios possíveis (INCA, 2014).

É consenso que a ingestão de álcool por períodos prolongados pode aumentar a pressão arterial, podendo ser responsável por 10% da morbidade e mortalidade ocorridas no Brasil revelando-se um grave problema de saúde pública, especialmente para os homens (STRANGES et al., 2004; GALDUROZ & CAETANO, 2004). Limitando o consumo de álcool para 30 gramas diárias de etanol para os homens (2 taças de 150 ml de vinho) e 15 gramas/dia para mulheres pode-se obter a redução de 2 a 4 mmHg na pressão arterial (Tabela 1).

Estes resultados demonstram que, para os pacientes com hipertensão arterial leve e moderada existem muitas alternativas não farmacológicas, interessantes e acessíveis, que podem auxiliar no tratamento e melhorar a saúde bem como a qualidade de vida.

Entretanto, segundo a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) alguns fatores dificultam o tratamento, entre estes:

1. Falta de conhecimento sobre a doença e suas conseqüências, bem como indiferença ao tratamento já que se trata uma doença assintomática e crônica.
2. Aspectos culturais, econômicos, educacionais que resultam em credices aprendidas no contexto familiar bem como baixa autoestima.
3. Dificuldades de relacionamento com a equipe de saúde.
4. Dificuldades na marcação das consultas, tempo de atendimento e espera prolongada, desencontros.
5. Econômicos, devido ao custo elevado dos medicamentos.
6. Cobranças de mudanças de hábitos que gerem desconforto por se desviarem da rotina.

Existem, ainda, resistências fisiológicas e individuais nas respostas. Por exemplo, somente 75% dos hipertensos respondem a atividade física e isto está ligado à herança genética. Sabendo-se que a hipertensão é herdável, uma síndrome poligênica, acredita-se que estudos de biologia molecular e genética molecular poderão, no futuro, auxiliar na formulação do perfil genético dos pacientes e quais seriam as melhores abordagens terapêuticas (RONDON & BRUM, 2003).

Além disso, alguns fatores podem influenciar a adesão ao tratamento como o estresse emocional, condições educacionais, sociais e econômicas e devem ser considerados para não interferirem durante o tratamento. Recomenda-se incentivar o paciente a utilizar diariamente a técnica de respiração lenta que propõe dez respirações por minuto, durante 15 minutos como um subsídio para redução do estresse e, conseqüentemente, da pressão arterial (PARATI & CARRETTA, 2007).

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) recomenda a promoção de divulgação sobre os conceitos de hipertensão, suas características bem como os benefícios das mudanças de estilo de vida. Sugere ainda acompanhamento dos pacientes e solução de suas dúvidas.

Para isto, a formação de grupos educacionais de pacientes com HAS, junto a USF, com encontros periódicos, seria de grande relevância para despertar o interesse no cuidado de sua saúde atentando para a melhoria dos seus hábitos alimentares, disposição em praticar atividades físicas bem como abandonar o tabagismo e redução de sua ingestão de álcool.

A formação de um grupo é interessante porque poderá abranger maior número de pacientes com problemas similares e, além disso, cada participante poderá ser um multiplicador das idéias aprendidas e animar o outro. Além do caráter educativo, os

pacientes têm oportunidade de externar suas dúvidas, medos e expectativas podendo ser uma troca estimulante de experiências sob a supervisão da equipe.

Os profissionais de saúde da USF colaborariam conjuntamente na orientação do grupo, apresentando os fatores de risco, bem como suas inter-relações e possíveis complicações. Trata-se de um trabalho a ser realizado em longo prazo porque mudanças de atitude e de hábito são lentas. Entretanto, são de grande relevância para a melhoria da saúde da comunidade.

A equipe multiprofissional deve trabalhar de modo sincronizado, de forma harmônica, com objetivos claros, respeitando o campo de atuação de cada especialidade de modo que todos estejam conscientes do seu papel para atingir os objetivos propostos bem como do perfil de atuação dos outros profissionais no programa de modo a não haver controvérsias ou sobreposições de funções (PEDUZZI, 2001). A V Diretrizes (2006) lista os profissionais para a formação de um grupo, mas adianta que não são necessários todos eles para o funcionamento adequado. O foco é incentivar o paciente a modificar hábitos de vida visando reduzir os fatores de risco cardiovasculares. Para isto, a comunicação deve ser clara, objetiva e equilibrada.

A sugestão é que a equipe de saúde se reúna periodicamente fazendo um balanço do trabalho desenvolvido, dos resultados alcançados com análise crítica das mudanças necessárias e planejamento das táticas para obtenção das metas. Podem ocorrer conflitos, especialmente no início dos trabalhos, devido à falta de compreensão do papel a ser executado por cada membro. Entretanto, esta agitação pode ser utilizada positivamente para amadurecer ideias e rever as estratégias utilizadas (ARAUJO, SARAJO & ROCHA, 2007).

6 - PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto será desenvolvido na USF no distrito de Miraporanga, que conta com os seguintes profissionais: médica, enfermeira, técnica em enfermagem, cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e agentes comunitários de saúde. A estrutura física da unidade é constituída de: sala do médico, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de vacina, sala de atendimento odontológico, cozinha, recepção, banheiro para funcionários e pacientes, sala de espera e varanda/pátio coberto, que apresenta tamanho satisfatório para o desenvolvimento da atividade proposta.

Os pacientes, selecionados com base no risco cardiovascular, priorizando os mais graves, serão convidados para as reuniões que ocorrerão no pátio da USF, mensalmente. Os faltosos serão visitados e estimulados a comparecer. Cada paciente será registrado em uma ficha com a descrição da sua idade, gênero, etnia, incidentes anteriores, presença de fatores de risco mutáveis (tais como tabagismo, obesidade, sedentarismo). Por ocasião da reunião, serão anotados nessa ficha sua pressão arterial (mmHg), peso (Kg), medidas da circunferência abdominal (cm), IMC. As medidas serão realizadas em ambiente reservado para garantir a privacidade do usuário. Nestas fichas serão anotados, ainda, os relatos dos pacientes quanto às mudanças, ou não, de suas condutas desde a reunião anterior, considerando seus hábitos alimentares (redução de sal/açúcar/gorduras saturadas); atividades físicas, consumo de cigarros e bebidas alcoólicas.

Na sequência será realizada reunião conjunta da equipe de saúde com os pacientes enquadrados no perfil com orientações sobre temáticas como: uso adequado de medicamentos, atividades físicas, controle do sal, dietas, entre outras, seguindo a ordem dos encontros de forma cronológica, conforme agendamento. Para isto, serão utilizados recursos didáticos disponíveis na USF, tais como cartazes, folhetos explicativos, cartões informativos para ajudar no uso correto de medicamentos e evitar os fatores de risco.

Para incentivar a presença, serão sorteados brindes, doados pelos membros da equipe, durante as reuniões, e os pacientes mais assíduos e com resultados de mudança receberão premiações simbólicas. Serão buscadas técnicas atrativas áudio visuais e dinâmicas para abordagem em grupo, de forma a motivar o paciente a comparecer às reuniões, compartilhar suas dúvidas e experiências e receber acompanhamento do seu estado de saúde e orientações da equipe de saúde.

Os recursos necessários tornam a proposta viável, tendo em vista que a estrutura local acomoda um atendimento em grupo no pátio/varanda adjacente e os participantes do projeto serão elementos da própria equipe de saúde. Os panfletos e objetos áudio visuais utilizados serão os já fornecidos à USF para distribuição e uso para educação em saúde e cada profissional ficará responsável por um tema correspondente à sua atuação, de forma a não sobrecarregar nenhum dos envolvidos.

O projeto terá como objetivos específicos, em suas reuniões mensais de grupo:

- Instruir e estimular a população a modificar seus hábitos tais como: redução do uso de sal, açúcar, gorduras de origem animal na preparação dos alimentos; evitar longos períodos em jejum e ingestão de uma grande quantidade de alimento numa mesma refeição; realização rotineira de atividades físicas adequadas; uso correto das medicações prescritas.
- Abrir um canal de comunicação para resolução de dúvidas e atendimento preventivo.
- Acompanhar, mensalmente, os índices pressóricos, bem como o peso corporal, medida da circunferência abdominal e o Índice de Massa Corporal.
- Obter informações sobre a adesão a atividade física, abandono do tabagismo, controle do consumo de álcool e o uso adequado dos medicamentos.

Os resultados obtidos quanto à adesão às sugestões propostas serão anotados em prontuário, juntamente com os dados da ficha médica de cada paciente e comparados ao final de um ano. Os dados serão obtidos durante as consultas regulares destes pacientes, bem como nas atividades propostas em grupo, momentos antes das reuniões, em ação conjunta do médico (a), enfermeiro (a) e técnico (a) de enfermagem.

O desenvolvimento de uma revisão sobre o tema de Hipertensão Arterial foi de fundamental importância para embasamento teórico do projeto elaborado (SOUZA, 2012). O projeto de intervenção proposto visa interferir positivamente em alguns dos nós críticos encontrados no cotidiano da USF de Miraporanga no que diz respeito à doença hipertensiva, considerando a falta de compreensão e comprometimento de muitos pacientes hipertensos para com a sua doença, bem como a consequente não adesão às terapias propostas.

Trabalhos mostram que existem fatores não medicamentosos essenciais para o controle da pressão arterial, tais como padrão alimentar, perda ponderal, redução do consumo de álcool, abandono ao tabagismo e prática de atividades físicas regulares. Estes fatores estão grandemente relacionados a aspectos sociais, culturais, econômicos e educacionais e podem ser abordados nas reuniões propostas. Compreendemos, portanto, que a implantação de um grupo educativo junto à população hipertensa do distrito de Miraporanga, com vistas à redução do risco cardiovascular dos pacientes, será uma atividade relevante na comunidade em questão.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um relevante problema de saúde pública e o seu enfrentamento é um desafio e uma prioridade na atenção primária à saúde.

Na Unidade de Saúde da Família de Miraporanga, área rural de Uberlândia, observam-se a ocorrência de muitos casos de hipertensão arterial sistêmica não controlados, muitos deles alarmantes e resultantes do uso descontínuo ou incorreto das medicações e hábitos de vida nocivos. Isto salienta o desconhecimento sobre a doença que, silenciosamente, pode causar grandes danos.

Sendo assim, cremos que a formação de um grupo educacional com pacientes hipertensos será de grande importância. Estamos cientes que haverá obstáculos para a implantação deste grupo. Por exemplo, a dificuldade de transporte por se tratar de uma área rural, com distâncias significativas entre os possíveis pacientes alvo e a USF, onde ocorrerão os encontros. Além disso, e conforme mencionado anteriormente existem fatores culturais arraigados na população local como: obesidade decorrente do consumo excessivo de calorias; alcoolismo decorrente do uso de bebidas alcoólicas como expressão de lazer; o questionamento sobre a necessidade da prática de atividades físicas e o uso inadequado dos medicamentos.

Entretanto, cremos que é possível, mesmo que lentamente, mudar a concepção e promover mudanças importantes com uma abordagem multidisciplinar tanto no que se refere à prevenção como no acompanhamento dos pacientes já afetados.

Assim sendo, o acompanhamento dos pacientes em grupo, sob a supervisão e esforços conjuntos desta Equipe de Saúde, sem dúvida estimulará a adesão dos pacientes tanto aos tratamentos medicamentosos e a mudança de estilo de vida, com esperada redução dos fatores de risco cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

ALHASSAN, S., et al. Dietary adherence and weight loss success among overweight women: results from the A TO Z weight loss study. **Internation Journal of Obesity (Lond)**, v.32, p. 985-91. 2008.

ARAUJO, M. B.; SARAUJO, M.B.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.12, n.2, 2007.

BARROS, M.B.A, et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 4, p. 911-926, 2006.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Acesso em: 10 out. 2013.

BUSNELLO, R.G. et al. Características associadas ao abandono do acompanhamento de pacientes hipertensos atendidos em um ambulatório de referência. **Arq Bras Cardiol.** v. 76, p. 349-51, 2001.

CARRETERO, O.A; OPARIL, S. Essential hypertension. Part 1: Definition and etiology. **Circulation** v. 101, n. 3, p. 329-35, 2000.

CASPERSEN, C.J.; POWELL, K.E.; CHRISTENSON, G.M. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. **Public Health Reports.** v.100, n.2, p.126-31, 1985.

CESARINO C.B. et al. Prevalencia e fatores sociodemograficos em hipertensos de Sao Jose do Rio Preto. **Arq Bras Card.** v.91, n.1, p. 31-5, 2008.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 3, **J Bras Nefrol.** v. 16, n. 2, p. S257-S78, 1994, Supl. 2, 1994.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. IV, Soc. Bras. Hipertensão, Soc. Bras. Cardiologia, Soc. Bras. Nefrologia. 2002.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. V, Soc. Bras. Hipertensão, Soc. Bras. Cardiologia, Soc. Bras. Nefrologia. 2006.

DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. VI, Soc. Bras. Hipertensão, Soc. Bras. Cardiologia, Soc. Bras. Nefrologia. 2010.

FAGARD, R.H., CORNELISSEN, V. A. Effect of exercise on blood pressure control in hypertensive patients. **Europ J Prev Card.**, v. 14, n. 1, p. 12-7, 2007.

FARIA, H. P. *et. al.* **Processo de Trabalho em Saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

GALDUROZ, J.C.; CAETANO, R. Epidemiology of alcohol use in Brazil. **Rev Bras Psiquiatr.** 2004; (Suppl 1), p. S3-6, 2004.

GUSMÃO, J. L. de; MION JR, D. Adherence to the treatment – concepts. **Rev Bras Hipert.** v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HERMANSEN, K. Diet, blood pressure and hypertension. *Brit J of Nutr.*, v. 83, n. 1, p. 113-9, 2000.

IBGE, 2010. <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=210&uf=31>. Acesso em: 20 jan. 2014.

INCA – **Instituto Nacional do Câncer.** Ministério da Saúde. In: <http://www.inca.gov.br/tabagismo> e <http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=dadosnum&link=mundo.htm>, Acesso em: 17 jan. 2014 e 21 jan. 2014.

JANZON et al. Changes in body weight following smoking cessation in women. **J Intern Med.** v. 255, p. 266-272, 2004.

JARDIM, P.C.B. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.** v. 88, n. 4, p. 452-457, 2007.

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens.** v. 8, p. 383-92, 2001.

MALTA, D. C. et al. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas, Ministério da Saúde, **Epid. Serv Saúde.** v. 18, n. 1, p. 7-16, 2009.

MAKI, K.C. et al. Effects of consuming foods containing oat beta-glucan on blood pressure, carbohydrate metabolism and biomarkers of oxidative stress in men and women with elevated blood pressure. **Europ J Clin Nutr.**, v. 61, n. 6, p.786-95, 2007.

MATSUDO, S.M., MATSUDO, V. R., ARAUJO, T. L. The Agita São Paulo Program as a model for using physical activity to promote health. **Rev Panam de Salud Publ.** v. 14, p. 265-72, 2003.

MION JR, D. et al. Devices and Techniques for Blood Pressure Measurement and Criteria for Hypertension Adopted by Brazilian Physicians: Exploratory Study. **Arq Bras Cardiol.** [online]. v.79, n.6, p. 597-600. 2002. ISSN 0066-782X,

MORRIS, M.C.; SACKS, F.; ROSNER, B. Does fish oil lower blood pressure? A meta-analysis of controlled trials. **Circulation**, v. 88, p. 523-33, 1993.

MURRAY, C. **Chris Murray highlights key findings from the seven research articles** in the GBD 2012 Study [Audio]. Audio disponível em: <http://www.thelancet.com/themed/global-burden-of-disease>. Acesso em: 17 jan. 2014.

NAKASATO, M. Sal e hipertensão. **Rev Bras Hipert.** v.11, p. 95-7, 2004.

ONU/BR – **Hipertensão.** Nações Unidas do Brasil (03/04/3013).
<http://www.onu.org.br/hipertensao-contribui-para-94-milhoes-de-mortes-anuais-por-doencas-cardiovasculares-no-mundo-alerta-oms/> Acesso em 10 jan. 2014.

PARATI, G; CARRETTA, R. Device-guided slow breathing as a non-pharmacological approach to antihypertensive treatment: efficacy, problems and perspectives. **J Hypertens.** v.25, n. 1, p. 57-61, 2007.

PASSOS, V.M.A, ASSIS, T.D., BARRETO, S.M. **Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Hypertension in Brazil: estimates from population-based prevalence studies.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 15, n. 1, mar. 2006 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000100003>.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Publ.** v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypert.** v. 27, n. 5, p. 963-75, 2009.

PICCINI, R.X.; VICTORA, C.G. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. **Rev Saúde Publ.** v. 28, p. 261-267, 1994.

PORTAL SAUDE, 2013. **Mortalidade do Adulto no Brasil: Taxas de mortalidade segundo o sexo, as causas e as regiões, 2010**
http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Fev/21/saudebrasil2011_parte1_cap7.pdf, Acesso em 25 de out. 2013

REDDY, K.S; YUSUF, S. Emerging epidemic of cardiovascular diseases in developing countries. **Circulation.** v. 97, p. 96-601, 1998.

RONDON, M. U. P.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico da hipertensão arterial. **Rev Bras Hipertens** v. 10, n. 2, p. 134-139, 2003. Acesso em: 23 dez 2013: http://www.italoreis.com.br/artigo/wp-content/uploads/2010/08/Artigo_3.pdf

SACKS, F.M., et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative. Research Group. **The New Engl J Med**. v.344, p.3-10, 2001.

SOUZA, M.S.L. **Orientações para apresentação e redação de projetos de pesquisa e trabalhos acadêmicos**. 4.ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2012.

STRANGES, S. et al. Relationship of alcohol drinking pattern to risk of hypertension: a population-based study. **Hypertension** v. 44, p. 813-19, 2004.

STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A. M. G.; MION JR, D. A influência do Conhecimento sobre a Doença e a atitude frente à tomada de remédios no Controle da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**. v. 81, n. 4, p. 343-8, 2003.

WANG, H. et al. (2012), Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970—2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. **Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2071- 2094, 2012.

WHELTON, S.P. et al. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a metaanalysis of randomized, controlled trials. **Ann Int Med**. v 136, n. 7, p. 493-503, 2002.

WHO (World Health Organization). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. c. WHO/NUT/NCD 98.1. Genebra, jun 1997.

WHO (World Health Organization). **Division of Noncommunicable Diseases. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic**: report of a WHO consultation on obesity. (WHO/NUT/NCD/98.1), Genebra, 1998.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. **J Am Col Card.** v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.