



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Danis Luis Sanchez Suarez

Educação em saúde sobre Hipertensão Arterial
Sistêmica (HAS) em uma área pertencente à Unidade
Básica de Saúde (UBS) no município de Agrolândia -
SC

Florianópolis, Março de 2016

Danis Luis Sanchez Suarez

Educação em saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
em uma área pertencente à Unidade Básica de Saúde (UBS) no
município de Agrolândia - SC

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: João Luiz Dornelles Bastos
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Danis Luis Sanchez Suarez

Educação em saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)
em uma área pertencente à Unidade Básica de Saúde (UBS) no
município de Agrolândia - SC

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

João Luiz Dornelles Bastos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A hipertensão arterial sistêmica é considerada importante fator no desenvolvimento da Doença Arterial Coronária, sendo essa a principal causa de morte de indivíduos adultos no mundo. A Equipe de Saúde da Família (ESF-1) da Unidade Básica de Saúde (UBS) em Agrolândia, Santa Catarina, identificou como problema prioritário de saúde, a ser trabalhado, o aumento de pacientes hipertensos. Desse modo, o presente trabalho tem como objetivo propor a diminuição da ocorrência de hipertensão arterial sistêmica em pessoas com fatores de risco de sofrer a doença na área de abrangência por meio de ações educativas. O presente estudo trata-se de uma intervenção, caracterizado pelas seguintes propostas de ações: identificação dos pacientes com fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica, promoção de palestra sobre as causas e possíveis complicações da hipertensão arterial sistêmica voltada para pessoas com risco; reorganização do atendimento da UBS para o acompanhamento das pessoas com risco e daquelas que já sofrem a doença; e confecção de material informativo sobre mudanças nos hábitos de vida das pessoas com fatores de risco e pessoas com hipertensão. Após a intervenção, espera-se promover mudanças de estilo de vida, adoção de hábitos alimentares saudáveis, diminuir o consumo de álcool, aumentar a prática de atividades físicas e melhoria do autocuidado; contribuindo, assim, com a diminuição da ocorrência de internações e óbitos relacionados com complicações frequentes dessas doenças. Espera-se que a comunidade esteja mais preparada para a um estilo de vida mais saudável que reduza a hipertensão arterial sistêmica e promova qualidade de vida. Espera-se, também, uma equipe de saúde mais unida para intervir de modo eficaz em problemáticas cotidianas na UBS com olhar interdisciplinar, principalmente na diminuição de doenças crônicas, situação essa tão comum nas UBS do Brasil.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Projeto de intervenção, Atenção Primária à Saúde, Hipertensão

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

O Município de Agrolândia teve duas etapas distintas de colonização. No ano de 1908, dois irmãos, Ricardo e Domingos Alves Paes e alguns familiares, vindos do município de Lages, descobriram as terras da comunidade hoje denominada Serra dos Alves. Procederam, então, o desmatamento e o plantio de milho e feijão, que colheram em abundância. Conta-se de alguns conflitos com índios que viviam nas redondezas fizeram com que os mesmos descessem o rio em direção à Ibirama e vizinhanças. Em 1913, as famíliaa Alves Paes vieram residir definitivamente no local, dando origem a seu nome. Já os primeiros descendentes de alemães que formavam a terceira geração dos povos pomeranos e hamburgueses que colonizaram o Médio Vale do Itajaí, chegaram aqui por volta de 1916, para verificação das terras, Mas só em 1917 vieram as primeiras famílias residirem na localidade, que de início denominou-se Trombudo Alto. "Trombudo" porque seu rio tinha muitas curvas semelhantes à uma tromba e "alto" por estar próximo à Serra Geral. Foram estes pioneiros: João Will, Eduardo Will, Otto Zwicker, Otto Prochnow e Leopoldo Prochnow. Mais tarde os pioneiros foram seguidos por outras famílias de colonos oriundos dos núcleos de colonização italiana de Rodeio, Rio dos Cedros e arredores, dando início a uma nova comunidade. Em 1958, Trombudo Alto, como era chamado, tornou-se distrito de Trombudo Central e, em 12 de junho de 1962, através da Lei Estadual nº 831, passou a categoria de Município, e com o nome de Agrolândia. A data de comemoração da emancipação político-administrativa é no dia 25 de julho, sendo feriado municipal. O nome do Município origina-se de AGRO = agricultura e LÂNDIA = cidade. As entidades representativas são algumas associações do comércio e dos produtores rurais e as lideranças comunitárias são geralmente os padres e pastores das igrejas, os quais tem mais contato direto e íntimo com as pessoas e suas famílias, compreendendo de forma mais fácil suas necessidades (ADAMI; ROSA, 2008). Agrolândia conta com 10.272 habitantes, área geográfica de 207,554 Km²(GEOGRAFIA, 2016).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) busca promover e orientar suas ações em saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família, buscando melhorar a qualidade de vida das pessoas considerando seu território. A ESF de Agrolândia oferece atendimento para a população em geral: crianças, adolescentes, idosos e gestantes, na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou, quando necessário, visitas domiciliares. Atualmente, o município conta com 4 equipes de ESF. Em relação aos serviços ofertados, consultas médicas, consultas de enfermagem, atendimento de urgências simples (crise hipertensiva, febre, pequenos corte etc.) curativos; visitas domiciliares. Além disso, temos 24 grupos de Hipertensos e Diabéticos realizados mensalmente nas localidades, nos quais são feitas renovação de receitas, palestras de diferentes temas e demais atividades pertinentes ao grupo. Temos também 1 Grupo de Diabéticos realizado mensalmente, grupo de gestante

e puericultura realizado mensalmente.

Em relação aos serviços públicos, a população que recebe atendimento pela minha ESF tem à disposição um cartório, o CRAS, Correios, 2 escolas públicas e os serviços da administração municipal. Temos também 10 clubes de lazer, recreação e atividades, 5 igrejas e um Hospital. Minha área de abrangência é considerada urbana, sendo assim, a população está menos exposta a risco com animais peçonhentos e tem como maior risco a poluição ambiental do ar e a poluição sonora, gerados pela movimentação do trânsito e das indústrias das redondezas.

Quanto à alfabetização, a população adstrita nas micro-áreas gira em torno de 2.859 pessoas dessas, 3% não é alfabetizada. A cidade não é contemplada com sistemas de coleta e tratamento de esgoto, a maioria da destinação dos dejetos é feita através de fossa séptica com biodigestores, sendo que o resultado deste processo é liberado no meio ambiente ou no sistema de coleta da água da chuva. Mesmo que este processo seja simples e barato, ainda possuem famílias que não o utilizam, deixando seu esgoto “à céu aberto”; das 958 famílias atendidas apenas 7 não tem destinação correta do esgoto. (SAÚDE, 2015)

O município conta com coleta seletiva de lixo em quase todas as localidades, sendo esta a forma mais frequente de destinação do referido - uma pequena parte da população das áreas mais distantes ainda queima seu lixo e nenhuma deixa a céu aberto. Segundo o SIAB, a maioria da população de minha área mora em casas de tijolos com abastecimento de energia elétrica e são atendidos pelo sistema público de abastecimento de água, sendo que estas consomem a água sem realizar nenhum tipo de tratamento dentro do domicílio.

Segundo dados tirados do Sistema de Atenção Básica (SIAB, 2015), a população total acompanhada atualmente pela minha equipe de saúde é de 2.859 pacientes, deles 1.381 são masculinos e 1.478 são femininos. Atendemos a 8 micro áreas, em que a faixa etária predominante é de 20 a 59 anos, com um total de 1.644 pacientes, o restante somam 761 pacientes, menores de 20 anos e 454 maiores de 60 anos(GEOGRAFIA, 2016). Fazemos acompanhamento aos 508 habitantes portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HTS); A prevalência desta doença corresponde ao 17,8%. A prevalência de Diabetes Mellitus é de 3,6%..

As queixas mais comuns que levaram a população a nossa unidade de saúde são as seguintes: Hipertensão Arterial Sistêmica , Saúde Mental, Diabetes mellitus, Doenças Respiratórias Agudas, Doenças Ortopédicas e Reumatológicas. As cinco principais causas de morte em nossa comunidade no ano anterior são: Doenças cardiovasculares, Acidentes cerebrovasculares, Doença pulmonar obstrutiva crônica, Neoplasias e Traumas por acidentes de trânsito.

O presente estudo vai tratar de um Projeto de Intervenção na Educação em saúde sobre Hipertensão Arterial Sistêmica no município de Agrolândia . Ao longo deste último ano de trabalho, temos apreciado problemas suscetíveis de melhoria, identificando agora como problema prioritário o aumento expressivo no número de casos de pessoas hiper-

tensas. O aumento expressivo no número de casos de pessoas hipertensas descompensadas no município de Agrolândia se dá devido à falta de conhecimento sobre a doença, daí a necessidade de se desenvolver ações preventivas e educativas junto a mesma.

A Estratégia da Saúde do município Agrolândia este incluído no programa HIPERDIA criado pelo Ministério da Saúde em 2002, é um Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos de toda a população atingida por esta doença atendida na Rede de Atenção Básica. A Hipertensão Arterial Sistêmica é um dos problemas de saúde mais comum em toda a população brasileira . A presente pesquisa se justifica pelo fato de que no município de Agrolândia a doença mais frequente encontrada é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com um aumento total de atendimentos mensais por esta doença apontando um aumento expressivo no número de casos na mesma sendo necessário o desenvolvimento de ações esclarecedoras e que conscientizem à população referente à doença.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Promover ações educativas em saúde sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica para a população adscrita em nosso serviço de saúde no município de Agrolândia.

2.2 Objetivos Específicos

- Incrementar os conhecimentos sobre promoção, prevenção e diagnóstico precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica, através de ações de educação em saúde;
- Realizar palestras a população sobre as causas e prevenção das complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Organizar a divulgação das datas, horários e espaços onde serão realizadas as palestras;
- Preparar os materiais a serem utilizados nas palestras.

3 Revisão da Literatura

A preocupação com a saúde parece ser tão antiga quanto o surgimento da vida humana em nosso planeta, há milhares de anos. Apesar de se manter com uma preocupação constante entre todos os povos de qualquer época, definir saúde nunca foi fácil. O conceito de saúde, além de complexo, é bastante amplo e diversificado. Afinal, a saúde tem a ver com um organismo dinâmico e, portanto, sujeito a mudanças. E isso se deve, principalmente, à influência que o organismo sofre de inúmeros fatores externos, como o próprio momento histórico e das diferenças culturais existentes entre os povos. Apesar da complexidade e da amplitude desse conceito, observa-se que, quando as pessoas refletem sobre questões referentes à saúde, costumam abordar alguns pontos comuns. Um deles, por exemplo, diz respeito à existência de uma estreita relação entre saúde e a capacidade de trabalhar, de estudar, de desfrutar de determinado lazer ou de conviver socialmente. Outro ponto comum é a referência feita à doença, que aparece na maioria das tentativas de definir o que é ter saúde. Quem já não ouvir falar, por exemplo, que a saúde é a ausência de doença? (GOMES; DOLL, 2008).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), estando frequentemente associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos como: coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos; e também, a alterações metabólicas, resultando num maior risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (HIPERTENSÃO et al., 2010). Os valores limítrofes para adultos (acima de 18 anos) hipertensos são definidos pela pressão arterial sistólica (PAS) entre 130 e 139 mmHg e a pressão arterial diastólica (PAD) entre 85 e 89 mmHg, ou seja, indivíduos com valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg são classificados como hipertensos (MELINA; SANDRA; ANNA, 2007).

A HAS pode ser dividida em primária (essencial) ou secundária, de acordo com sua etiologia. Sabe-se que a HAS primária corresponde a cerca de 90% a 95% dos casos em adultos, tendo como desencadeantes fatores genéticos e/ou fatores que promovam desequilíbrio entre o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Enquanto a HAS secundária (2% a 10% dos casos) apresenta múltiplas e possíveis causas, tais como: renais (rins policísticos, doença renal crônica, obstrução do trato urinário, tumores produtores de renina, entre outros); vasculares (coarctação de aorta, vasculites e doenças vasculares do colágeno); endócrinas (uso de esteroides, contraceptivos orais e anti-inflamatórios, hiperaldosteronismo primário, síndrome de Cushing, feocromocitoma e hiperplasia adrenal congênita); neurogênicas (tumor cerebral, poliomielite bulbar e hipertensão intracraniana); uso de drogas; entre outros (NAKAMOTO, 2012).

Aproximadamente 1 bilhão de pessoas viviam com a hipertensão em 2000, valor que deve aumentar 60% em pouco mais de duas décadas e chegar a 1,56 bilhão em 2025 (ZAT-

TAR et al., 2013). Além disso, a HAS é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares foram responsáveis por cerca de 300 mil mortes em 2007 (HIPERTENSÃO et al., 2010), 40% das aposentadorias precoces e custo econômico estimado em cerca de 475 milhões de Reais apenas em internações hospitalares, que chegam a mais de 1 milhão por ano (ZAITUNE et al., 2006). O impacto previamente exposto, está diretamente relacionado aos casos de HAS no país, cuja prevalência média estimada foi de 24% em 2007, observando-se valores mais elevados nos grupos de maior idade, atingindo cerca de 50% dos indivíduos entre 60 e 69 anos e mais de 70% naqueles acima de 70 anos (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Considerando-se valores de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9% (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (HIPERTENSÃO et al., 2010).

Cerca de 50,0% dos hipertensos não fazem qualquer tratamento e dos que fazem poucos possuem a pressão arterial controlada, de 30,0% a 50,0% dos pacientes interrompem o tratamento no primeiro ano e 75,0% depois de cinco anos. O tratamento adequado, além dos medicamentos, necessita da modificação dos hábitos de vida do indivíduo, o que é de difícil aceitação devido as crenças, ideias, valores, pensamentos e sentimentos (PÉRES; MAGNA; VIANA, 2003). O objetivo primordial do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares. Assim, os anti-hipertensivos devem não só reduzir a pressão arterial, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais e, se possível, a taxa de mortalidade.

No entanto, mudanças no estilo de vida, além de reduzir as cifras pressóricas, contribuem para corrigir ou minimizar outros fatores de risco presentes, melhorando a saúde cardiovascular como um todo. O VI Joint National Committee (JNC) (1997) recomenda, ainda, que a utilização de fármacos deva ser iniciada somente após a tentativa de controle da pressão arterial por pelo menos 6 meses através de modificação do estilo de vida, naqueles hipertensos que não necessitam de tratamento imediato. Assim, para a tomada de decisão terapêutica, é necessário levar em consideração, além dos valores pressóricos, a presença de fatores de risco, de outras doenças associadas e de lesões de órgãos-alvo na estratificação de risco do paciente.(MAIOR, 2005)

No Brasil, projeções da Organização das Nações Unidas (ONU) (2002) indicam que a mediana da idade populacional passará, de 25,4 anos em 2000 a 38,2 anos em 2050. Uma das conseqüências desse envelhecimento populacional é o aumento das prevalências de doenças crônicas, entre elas a hipertensão (PASSOS; ASSIS; BARRETO, 2006). Nesse contexto, regimes terapêuticos não-farmacológicos e farmacológicos, isolados ou em associação, têm sido utilizados com o objetivo de reduzir a PA e o seu impacto sobre a morbimortalidade cardiovascular. No que diz respeito aos hábitos e estilo de vida, a obesidade, um padrão alimentar com excessiva ingestão de sal e o alto consumo de bebidas

alcoólicas e de café, o sedentarismo, o tabagismo e o estresse podem afetar o indivíduo suscetível, aumentando os níveis de PA. Portanto, em se tratando de uma doença multifatorial, o tratamento da hipertensão arterial exige diferentes abordagens e o auxílio de uma equipe multiprofissional propicia maior alcance no sucesso do tratamento anti-hipertensivo e no controle dos demais fatores de risco cardiovascular ([HIPERTENSÃO et al., 2014](#)).

A ingestão habitual de sal varia entre 9 e 12 g/dia em muitos países e tem sido demonstrado que a redução para cerca de 5 g/dia tem um efeito modesto (1–2 mm Hg) de redução da PAS em normotensos e um efeito mais pronunciado (4–5 mmHg) em indivíduos hipertensos. O efeito da restrição de sódio é maior em idosos e em indivíduos com diabetes, síndrome metabólica ou doença renal crônica, e a restrição de sal pode reduzir o número e doses dos fármacos anti-hipertensivos ([HIPERTENSÃO et al., 2010](#)). A redução de peso é seguida por uma queda na pressão arterial. Numa meta-análise, as reduções médias da PAS e da PAD associadas a uma perda de peso média de 5,1 kg foram de 4,4 e 3,6 mmHg, respectivamente ([HIPERTENSÃO et al., 2014](#)). A redução de peso é recomendada em doentes hipertensos com excesso de peso e obesidade para o controle dos fatores de risco, mas a estabilização de peso pode ser uma meta razoável para muitos deles.

Estudos epidemiológicos sugerem que a atividade física aeróbica regular pode ser benéfica tanto para a prevenção como para o tratamento da hipertensão e para a redução do risco e da mortalidade cardiovasculares ([COELHO; BURINI, 2009](#)). Uma meta-análise de estudos clínicos aleatorizados mostrou que o treino de resistência aeróbica reduz a PAS e a PAD em repouso de 3,0/2,4 mmHg em geral e até mesmo em 6,9/4,9 mmHg em hipertensos participantes ([HIPERTENSÃO et al., 2014](#)).

Por sua vez, a ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. Em populações brasileiras, o consumo excessivo de etanol se associa com a ocorrência de HAS de forma independente das características demográficas ([HIPERTENSÃO et al., 2010](#)).

Embora a velhice não deva ser compreendida como sinônimo de doença, sabe-se que o segmento idoso da população apresenta índices maiores de morbidade quando comparado aos demais grupos etários. Com o avançar do processo de envelhecimento, as pessoas mostram maior predisposição a enfermidades crônicas, como doenças cardiovasculares e ósteo-articulares ([BARBOSA, 2007](#)). Por isso, é fundamental a promoção de saúde voltada para os cuidados com a hipertensão dentre os idosos adscritos à nossa área de abordagem, visto que promover a saúde é diferente de prevenir doença ou tratá-la. A promoção de saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os nos seios das famílias e na cultura das comunidades em que se encontram.

4 Metodologia

Este estudo se trata de um Projeto de Intervenção, caracterizado por uma proposta de ação para o enfrentamento de um problema real observado na comunidade de nossa área de trabalho: O aumento do número de casos com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A proposta visa diminuir a ocorrência de HAS em pessoas na comunidade, por meio de ações educativas. Para serem alcançados os resultados esperados, serão executadas as seguintes ações:

Proposta de ação 1- Identificação dos pacientes com fatores de risco para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), mediante aplicação de um questionário. Nesse questionário, serão abordadas questões relacionadas ao estilo de vida, alimentação, consumo de álcool e prática de atividades físicas. Após a aplicação do questionário, os dados serão analisados pela equipe multiprofissional e os pacientes com fatores de risco para HAS serão encaminhados para a participação das palestras e correção destes fatores.

Proposta de ação 2- Realizar ações de educação em saúde a população tipo palestras sobre as causas e possíveis complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) voltada para pessoas com risco. Serão convocados, pelos agentes comunitários de saúde, os pacientes que têm risco de sofrer a doença para participar da palestra. Para sua realização, serão marcadas quatro datas com horários e dias diferentes, procurando a participação do maior número de usuários. O local para a realização será o Clube de Idosos da cidade, tendo como responsável pela palestra o médico da respectiva Unidade Básica de Saúde (UBS).

Proposta de ação 3- Reorganizar o atendimento da UBS para o acompanhamento das pessoas com hipertensão e aquelas que têm risco de padecer a doença. Serão agendadas as consultas médicas de controle dos hipertensos, segundo o programa estabelecido durante o ano por microáreas, assim como as visitas domiciliares do médico e enfermeiro da equipe a quem precisarem. Os agentes comunitários de saúde procurarão os pacientes que não comparecerem às consultas marcadas, assim como acompanharão o processo, verificando as mudanças de estilo de vida dos pacientes incluindo: dieta, exercício e consumo de álcool. Na última reunião de equipe cada mês, serão avaliadas a efetividade das ações realizadas e planejadas as ações futuras. A pessoa responsável de estas ações será a enfermeira da Equipe de Saúde da Família.

Proposta de ação 4- Criar um material informativo sobre mudanças nos hábitos de vida das pessoas com HAS e risco de hipertensão. Será desenhado um material didático e fácil de entender o qual será oferecido para todos os pacientes com hipertensão. O responsável pela realização será o médico e o secretário de saúde do município.

5 Resultados Esperados

Espera-se observar diminuição da ocorrência da hipertensão arterial nos usuários pertencentes à área de abrangência, através de um melhor controle dos fatores de riscos. Ademais, espera-se observar diminuição da ocorrência de internações e óbitos relacionados com complicações frequentes dessa doença.

Espera-se que a comunidade esteja mais preparada para a prática de exercícios físicos, alimentação saudável e outros hábitos que reduzam a hipertensão arterial e promovam a qualidade de vida. Espera-se uma equipe de saúde mais envolvida com as problemáticas cotidianas da Unidade Básica de Saúde com olhar interdisciplinar, na diminuição de doenças crônicas, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica.

Deseja-se, ainda, uma comunidade mais interessada no autocuidado, nas questões relacionadas aos direitos e deveres dos usuários da saúde. O diálogo e a troca de informações oportunizam um vasto espaço para compreender não apenas a hipertensão, mas qualquer outra adversidade no cotidiano da comunidade.

Referências

- ADAMI, S.; ROSA, T. *AGROLÂNDIA: De trombudo alto aos nossos tempos*. ITAJAÍ: SET EDITORES, 2008. Citado na página 9.
- BARBOSA, A. S. Os benefícios do treinamento da força muscular para pessoa idosas. Fortaleza, CE, n. 90, 2007. Curso de Especialização em Gerontologia, Escola de Saúde Pública do Ceará. Citado na página 17.
- COELHO, C. de F.; BURINI, R. C. *Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional*. Campinas: Revista de Nutrição, 2009. Citado na página 17.
- GEOGRAFIA, I. B. de Estatística e. *IBGE*. 2016. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 14 Jan. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- GOMES Ângela; DOLL, J. A temática do envelhecimento no currículo do programa integrar/rs. *RBCEH*, v. 5, p. 90–102, 2008. Citado na página 15.
- HIPERTENSÃO, A. B. de et al. *VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão*. São Paulo: Scielo, 2010. Citado 3 vezes nas páginas 15, 16 e 17.
- HIPERTENSÃO, R. et al. *Diretrizes Europeias para tratamento da Hipertensão Arterial*. São Paulo: zeppelin, 2014. Citado na página 17.
- MAIOR, A. S. *Treinamento de força e efeito hipotensivo: um breve relato*. 2005. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/.frefind>>. Acesso em: 10 Mar. 2005. Citado na página 16.
- MELINA, M. T.; SANDRA, d. C. R.; ANNA, M. C. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *texto contexto enferm*, p. 233–238, 2007. Citado na página 15.
- NAKAMOTO, A. Y. K. *Como diagnosticar e tratar Hipertensão arterial*. São Paulo: Moreira Jr, 2012. Citado na página 15.
- PASSOS, V. M. de A.; ASSIS, T. D.; BARRETO, S. M. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 15, n. 1, p. 1–1, 2006. Citado na página 16.
- PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. *Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas*. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 2003. Citado na página 16.
- SAÚDE, M. da. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Citado na página 10.
- ZAITUNE, M. P. do A. et al. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Saúde Pública*, p. 285–294, 2006. Citado na página 16.

ZATTAR, L. C. et al. *Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2013. Citado na página [15](#).