

Intervenção educativa para pacientes idosos hipertensos atendidos pelo Centro Municipal de Saúde de Caracol, PI

Educational intervention for elderly hypertensive patients attended by the Municipal Health Center of Caracol, PI

Leilys Perez Naranjo
Universidade Federal do Piauí/
perezleilys@gmail.com

Ione Maria Ribeiro Soares Lopes
Médica Ginecologista e Obstetra, professora associada da UFPI. Mestrado e
Doutorado, E-mail: ione.gin@uol.com.br.

RESUMO

Diariamente no Centro de Saúde de Caracol, Piauí, temos uma grande demanda de pacientes hipertensos idosos que buscam atendimento tanto para consulta como para troca de receitas. Tal situação é uma preocupação constante da equipe que poderia estar fazendo outras ações e gasta um tempo enorme com esse tipo de atendimento. Este trabalho tem como objetivo elaborar uma proposta de intervenção voltada para a realização de ações de orientação e de educação em saúde para a prevenção dos riscos da hipertensão arterial, da população adscrita bem como incentivar um estilo de vida saudável e a adesão medicamentosa. Para subsidiar na elaboração da proposta de intervenção, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Espera-se que as ações propostas sejam capazes de contribuir no controle da pressão arterial dos pacientes que buscam assistência na unidade básica de saúde.

Descritores: Hipertensão. Fatores de risco. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Daily at the Caracol Health Center, Piauí, we have a great demand for elderly hypertensive patients who seek care for both consultation and exchange of income. Such a situation is a constant concern of the team that could be doing other actions and spend enormous time with this type of service. This study aims to elaborate a proposal of intervention directed to the accomplishment of actions of guidance and education in health for the prevention of the risks of arterial hypertension, of the ascribed population as well as to encourage a healthy lifestyle and the drug adherence. To support the elaboration of the intervention proposal, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library. It is expected that the proposed actions will be able to contribute to the control of the blood pressure of the patients who seek assistance in the basic health unit.

Key words: Hypertension. Risk factors. Primary Health Care. Health Promotion.

1 INTRODUÇÃO

A atenção básica constitui um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume responsabilidade sanitárias, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Para a organização da Atenção básica é essencial conhecer o território. Ele nunca deverá ser compreendido apenas como um espaço geográfico delimitado e apenas ocupado por uma população definida.

O município Caracol localizado em Estado do Piauí possui 5 equipes de trabalho para desenvolvimento de Atenção básica de saúde em área de trabalho de equipe possui uma população de aproximadamente 1297 habitantes os quais são atendidos por 4 agentes comunitários de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 enfermeira e 1 médica, 1 cirurgião – dentista e 1 nutricionista que estes três últimos são compartilhados com outra equipe de saúde da família.

Em todo o mundo, as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte na população geral e responsáveis por um elevado número de anos potenciais de vida perdidos ajustados para incapacidade. Essas doenças possuem inúmeros fatores de risco, dentre os quais se destaca a hipertensão arterial.

O aumento progressivo da incidência de doenças cardiovasculares em países desenvolvidos no século XX estabeleceu a aceleração de pesquisas, principalmente relacionada aos agentes etiopatogênicos. Nos países industrializados essas doenças se tornaram a maior causa de morte, destacando-se a cardiopatia isquêmica ou a doença coronariana. Quanto mais esses países se desenvolvem, mas se aumenta o índice de mortalidade por essas doenças.

No Brasil a Hipertensão Arterial Sistêmica, atinge mais de 20 milhões de pessoas, para essa incidência significativa, faz-se necessário entendermos meios que aceleram o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, como a hereditariedade, sedentarismo, stress e elevado consumo de sal

As doenças do aparelho circulatório são responsáveis por alta frequência de internações. No Brasil, no período de 2010 a 2014, segundo dados do Ministério da Saúde, foram registradas 4.533.417 internações correspondendo 12,9 % às doenças do aparelho circulatório (BRASIL, 2014).

A doença pode ser controlada com tratamento não farmacológico que inclui a restrição de alimentos ricos em sódio, lipídios e carboidratos simples; abandono do tabagismo e do consumo de bebidas alcoólicas, controle do peso e do estresse, bem como a realização de atividade física e ainda o aumento da ingestão de potássio, controle das dislipidemias, suplementação de cálcio e magnésio e atividade anti-estress.

A hipertensão arterial sistêmica sendo uma doença crônica não transmissível e essencialmente assintomática é motivo para reforçar as ações de prevenção e controle da doença, principalmente quando está associada a fatores de risco. Todos esses motivos aliados a grande demanda espontânea de pacientes hipertensos na equipe de saúde, óbitos por doenças

cardiovasculares, internações por doenças circulatórias, me motivaram para escolha deste tema para a realização do trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família oferecido pela Universidade Federal do Piauí. Universidade aberta do SUS.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Segundo a OMS (2015), para considerar uma pessoa idosa vai depender do desenvolvimento socioeconômico de cada país, onde em países em desenvolvimento, como o Brasil, é considerado idoso aquele que tem 60 anos ou mais e nos países desenvolvidos, é considerado idoso com 65 anos de idade.

A população idosa no país vem aumentando de forma acelerada desde a década de 60 e este aumento é considerado significativo por vários estudos demográficos, esses estudos apontam também que os índices de mortalidade na terceira idade vem diminuindo com o passar dos anos (BIAZIN; RODRIGUES, 2009).

O aumento da população é decorrente do aumento da expectativa de vida, proporcionada pelas transições demográficas e epidemiológicas que transformaram o perfil de morbimortalidade no Brasil. Dessa forma o grupo denominado terceira idade aumentou a sua proporção em relação ao restante da população (SIQUEIRA, 2007).

Segundo informações do Datasus (2011), esse aumento de pessoas idosas mudou a estrutura da pirâmide etária da população brasileira, onde a base da pirâmide se estreitou e o topo se alargou, apontando uma estrutura etária envelhecida, onde a população de 60 e mais anos, que em 1991 representava 7,3% da população total, passou a representar 10,8%, em 2010.

O aumento da longevidade em países em desenvolvimento, como no Brasil, não está acompanhada necessariamente com uma melhor qualidade de vida dos idosos. Em países desenvolvidos o envelhecimento populacional aconteceu de maneira lenta e organizada, diferente em regiões em desenvolvimento, onde o aumento do número de idosos foi rápido sem qualquer preparo para intervir nas novas demandas provenientes dos idosos (VERAS, 2008).

O maior contingente de idosos na sociedade e a diminuição das taxas de fecundidade e natalidade geram mudanças no perfil de adoecimentos da população, buscas frequentes pelos serviços de saúde e utilização de medicamentos pelos idosos, o aumento do número dos beneficiários da previdência social entre outros. Essa situação associa-se a políticas ineficientes e muitas vezes com a carência de profissionais de saúde qualificados para o cuidado da pessoa idosa (FELIX, 2007).

Para Castro (2011), o envelhecimento é um fenômeno fisiológico, progressivo e inerente a todo ser humano. No entanto, ele não será necessariamente patológico. Patológico, podemos dizer que encontraremos na senilidade que é caracterizado pelo declínio físico associado à desorganização mental que está vinculado a uma precária qualidade de vida. Mas podemos ter um envelhecimento

que não prejudique tanto a qualidade de vida, que a senescência, que é um fenômeno fisiológico, identificado pela idade cronológica, pode ser considerado um envelhecimento sadio, onde o declínio físico e mental é mais lento.

No atendimento diário na unidade básica de saúde observa-se um predomínio de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) com destaque para a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM).

2.2 A HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

A HAS é uma doença que requer uma atenção integral por parte das equipes de saúde para que auxilie o paciente no controle da pressão arterial, visto que, os índices elevados podem gerar lesões de órgãos alvo e entre outros agravos à saúde.

A transição demográfica no Brasil e o atual perfil epidemiológico com altos índices de doenças crônicas não transmissíveis fazem emergir a preocupação com a população idosa, principalmente para a Hipertensão Arterial Sistêmica, uma das doenças que mais acometem os indivíduos (ROSA *et al.*, 2009).

A HAS consiste em um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, com destaque para o Acidente Vascular Encefálico e o Infarto Agudo do Miocárdio. No Brasil, o número de pessoas com hipertensão arterial é crescente. Estimativas indicam que há 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares foram as principais causas de óbito no mundo, no período de 2000 a 2012 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

No Brasil, a HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com a Diabetes Mellitus, suas complicações têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (GUSMÃO *et al.*, 2009).

A hipertensão arterial tem evolução lenta e silenciosa cujo plano terapêutico, requer a adoção de hábitos cotidianos saudáveis e o cumprimento rigoroso da prescrição de medicamentos. No entanto, a prática nos serviços de saúde da família tem mostrado que há uma baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, favorecendo, em longo prazo, o aparecimento de lesões em órgãos-alvo e conseqüente mortalidade, o que representa um importante problema de saúde pública (BLOCH; MELO; NOGUEIRA, 2008).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Para a classificação da pressão arterial podem ser usados os critérios do ano de 2016 da Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia.

Quadro 1- Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica em adultos.

| Classificação | PAS (mmHg) | PAD (mmHg) |
|----------------------|-------------------|-------------------|
| Normal | <120 | <80 |
| Pré-hipertensão | 120 -139 | 80 -89 |
| Hipertensão | | |
| Estágio 1 | 140 - 159 | 90 -99 |
| Estágio 2 | ≥160 | ≥100 |

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, de Hipertensão e de Nefrologia, (2016).

2.4 FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS NO TRATAMENTO DA HAS

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) tem alta taxa de prevalência, porém baixas taxas de controle. Segundo Borges et al., (2010), a doença tem fatores de risco que podem ser classificados em dois grupos:

- Fatores de risco modificáveis: sedentarismo, obesidade, controle de peso, hábitos alimentares, estresse, tabagismo, ingestão de bebidas alcoólicas.
- Fatores de risco não modificáveis: idade, sexo, etnia, genética e histórico familiar.

Podem ser tomados em consideração como fatores de risco além dos mencionados previamente, as diferenças socioeconômicas. No Brasil a HAS prevalece entre indivíduos com menor grau de escolaridade.

2.5 A INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

É importante que a equipe de saúde trabalhe na conscientização dos pacientes hipertensos para que esses possam iniciar atividade física regular, pois além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais e da mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso.

Segundo estudos da OMS (2015), desde 1975 a obesidade tem sido triplicada no mundo, em 2016, cerca de 39% dos adultos maiores de 18 anos tem sobrepeso e o 13% eram obesos.

O Índice de Massa Corpôrea (IMC) pode ser obtido pela divisão do peso em (kg, pelo quadrado da altura, em metros - $IMC = \text{kg} / \text{m}^2$), no caso dos adultos, a OMS (2010) define sobrepeso e obesidade da seguinte forma:

- Excesso de peso: IMC igual ou superior a 25.
- Obesidade: IMC igual ou superior a 30.

O IMC fornece a medida mais útil de sobrepeso e obesidade na população, pois é o mesmo para ambos os sexos e para adultos de todas as idades. No entanto, deve ser considerado como um valor aproximado porque pode não corresponder ao mesmo nível de espessura em pessoas diferentes.

De acordo com Soares *et al.*, (2002), a pressão arterial associa-se ao aumento do IMC, ou seja, a obesidade, devido ao excesso de gordura resultar em um maior esforço dos vasos sanguíneos em bombear o sangue, aumentando a pressão do sangue na parede dos vasos, conseqüentemente elevando os valores da pressão arterial.

O tratamento é de difícil adesão pelo paciente, com baixo nível de sucesso e alta taxa de recidiva. A possibilidade de controle do problema depende principalmente da motivação do paciente e da eficiência do plano de tratamento usado e ainda, da dedicação dos profissionais envolvidos, para ensinar e ajudar o paciente a promover mudanças permanentes em seus hábitos de vida, sobretudo na forma de alimentar-se e se relacionar com os alimentos.

2.6 RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS NA HIPERTENSÃO

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), além do acompanhamento médico e medicamentoso, o paciente necessita ser orientado quanto a seu estilo de vida, promovendo sua saúde através de uma alimentação saudável (aquela livre de alimentos gordurosos e a base de sódio) e da prática de atividades físicas.

O tratamento não farmacológico é suficiente nos casos de pré-hipertensão, na maioria dos casos. Quando adotada de forma determinada, reduz o nível pressórico em cerca de 10mmHg o que é igual a resposta médica obtida com monoterapia com anti-hipertensivos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O médico deve estimular, incentivar seus pacientes a adotar os hábitos saudáveis, sendo importante fazer entender ao paciente que as medidas propostas devem ser encaradas como ganhos e avanços no seu cuidado e qualidade de vida e não como sacrifícios, pois é um processo contínuo em que cada item alcançado deve ser elogiado e estimulando na melhora dos demais itens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A seguir apresentam-se as 10 recomendações para uma alimentação saudável para pessoas com HAS:

Quadro 2 – Dez passos para a alimentação saudável para hipertensos.

| |
|---|
| <p>1. Procure usar o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Recomenda-se para indivíduos hipertensos 4 g de sal por dia (uma colher de chá), considerando todas as refeições.</p> <p>2. Para não exagerar no consumo de sal, evite deixar o saleiro na mesa. A comida já</p> |
|---|

contém o sal necessário!

3. Leia sempre o rótulo dos alimentos verificando a quantidade de sódio presente (limite diário: 2.000 mg de sódio).

4. **Prefira temperos naturais** como alho, cebola, limão, cebolinha, salsinha, açafrão, orégano, manjericão, coentro, cominho, páprica, sálvia, entre outros.

Evite o uso de temperos prontos, como caldos de carnes e de legumes, e sopas industrializadas. Atenção também para o aditivo glutamato monossódico, utilizado em alguns condimentos e nas sopas industrializadas, pois esses alimentos, em geral, contêm muito sódio.

5. **Alimentos industrializados** como embutidos (salsicha, salame, presunto, linguiça e bife de hambúrguer), enlatados (milho, palmito, ervilha etc.), molhos (ketchup, mostarda, maionese etc.) e carnes salgadas (bacalhau, charque, carne seca e defumados) devem ser evitados, porque são ricos em gordura e sal.

6. **Diminua o consumo de gordura.** Use óleo vegetal com moderação e dê preferência aos alimentos cozidos, assados e/ou grelhados.

7. **Procure evitar a ingestão** excessiva de bebidas alcoólicas e o uso de cigarros, pois eles contribuem para a elevação da pressão arterial.

8. **Consuma diariamente** pelo menos três porções de frutas e hortaliças (uma porção = 1 laranja média, 1 maçã média ou 1 fatia média de abacaxi).

Dê preferência a alimentos integrais como pães, cereais e massas, pois são ricos em fibras, vitaminas e minerais.

9. **Procure fazer atividade física** com orientação de um profissional capacitado.

10. **Mantenha o seu peso saudável.** O excesso de peso contribui para o desenvolvimento da hipertensão arterial.

Fonte: Brasil (2013).

Considerando a grande magnitude nacional e mundial da hipertensão é fundamental realizar ações de prevenção na atenção básica. É necessário desenvolver ações antecipadas, criando grupos de apoio e aconselhamento focados principalmente em indivíduos que apresentem risco de adquirir a doença ou tenham apresentem antecedentes familiares, na qual a luta contra a doença pode ser iniciada antes desta se apresentar, promovendo ações preventivas e conscientizando a população sobre os riscos da mesma.

A atenção deve ser redobrada quando há presença da doença com outros fatores de risco cardiovascular como dislipidemias, diabetes, tabagismo, sedentarismo, obesidade e nos pacientes que já apresentam sinais de comprometimento de órgãos alvos como disfunção cardíaca ou renal.

3 PLANO OPERATIVO

O plano operativo condiz com a proposta de intervenção e se torna viável em sua realização, pois como constatado através da busca de problemas, cada vez mais pessoas desenvolvem a hipertensão arterial, situação que poderia ser revertida se praticassem mais atividades físicas e uma boa alimentação saudável em sua rotina.

O que leva o desencadeamento da doença crônica como a Hipertensão são os fatores ambientais que influenciam diretamente no estilo de vida da população, tais como os hábitos alimentares inadequados, principalmente ingestão excessiva de sal e baixo consumo de vegetais e o sedentarismo associado à obesidade.

Quadro 3- Planilha do plano operativo da intervenção.

| Situação problema | OBJETIVOS | METAS/ PRAZOS | AÇÕES/ ESTRATÉGIAS | RESPONSÁVEIS |
|---|---|---|--|---|
| -HIPERTENSÃO: Estilo de vida e hábitos que não são saudáveis | Modificar hábitos e estilos de vida da população idosa. | -Diminuir o número de idosos sedentários em 90%. -Alteração dos hábitos alimentares em 90% da população. | 1)Convite dos idosos; 2)Treinamento da equipe; 3)Planejamento das ações; 4)Atividades de educação em saúde; 5)Avaliação das ações. | Médico Enfermeiro Técnicos de enfermagem Agentes Comunitários de Saúde |
| -HIPERTENSÃO: Déficit nas informações sobre HAS e adesão medicamentosa | Aumentar o nível de informação e material educativo, Capacitação da equipe, Educação em saúde no grupo de idosos. | -Atingir cerca de 90% dos idosos da área adscrita; -Realizar educação em saúde em forma de encontros, roda de conversas e palestras atrativas. | 1)Convite dos idosos; 2)Treinamento da equipe; 3)Planejamento das ações; 4)Atividades de educação em saúde; 5)Avaliação das ações. | Médico Enfermeiro Técnicos de enfermagem Agentes Comunitários de Saúde |

Fonte: Próprio autor.

Assim, essa intervenção se torna necessária e viável, pois será feita com hipertensos que frequentam a Unidade, com o objetivo de incentivar as práticas de alimentação saudável e atividade física, pois a adoção de um estilo saudável de vida é fundamental no tratamento de hipertensos.

Além do mais, o baixo custo financeiro para implementação do projeto é um dos fatores que justifica sua execução, pois contará com os recursos humanos da própria Unidade de Saúde da Família.

Portanto, diante do potencial de prevalência da hipertensão na área adscrita, foi priorizado os problemas e selecionado os nós críticos, enfatizando a prevenção, causas, consequências, tratamento e promoção da saúde, de modo a mostrar sua importância e resolução dos problemas.

4 CONCLUSÃO

A Hipertensão arterial é uma doença definida pela persistência de níveis de pressão arterial acima de 135mmHg de pressão sistólica e 85mmHg diastólica. Quase sempre assintomática, mas se deixada evoluir naturalmente, a doença desencadeia insidiosamente, alterações vasculares em órgãos vitais.

O desenvolvimento do presente trabalho possibilitou uma análise melhor da população em risco de HAS e de doenças cardiovasculares e nos ajudou na aproximação com os familiares de pacientes que, com muito carinho, abriram as portas dos seus lares para poder compartilhar experiências vividas com familiares portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Junto com a equipe e gerência buscamos promover e prever alguns fatores de risco agravantes ajudando na melhora da qualidade de vida com mudança de hábitos alimentares para o paciente e toda família já que na atenção básica o profissional de saúde é a porta de entrada para o SUS, pois muitos pacientes não conseguem aderir ao tratamento sem apoio dos familiares e a equipe.

REFERÊNCIAS

BIAZIN, D.T; RODRIGUES, R.A.P. **Perfil dos idosos que sofreram trauma em Londrina – Paraná.** Rev. Escola de Enfermagem da USP v.43, nº 3. São Paulo, 2009.

BORGES, C. *et al.* Hipertensão arterial o desafio da adesão ao tratamento, **Rev Bras Hipertens.** v. 13, n. 1, p. 8-9, 2010. Disponível em: http://www.sbh.org.br/mobile/pdf/Revista_SBH_2013.pdf. Acesso em 10 de abril de 2018.

BLOCH, Katia Vergetti; MELO, André Nascimento de; NOGUEIRA, Armando R.. Prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em hipertensos resistentes e validação de três métodos indiretos de avaliação da adesão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 2979-2984, Dec. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica, n. 37), 2013.

CASTRO, Aliane Augustinho de. **Qualidade de vida e capacidade funcional em idosos adeptos a educação física gerontológica,** Revista BIUS, v. 2, n. 1, 2011.

DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2011/folder.htm>>. Acesso em 28 de Abril de 2018.

DATASUS. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** SIHSUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: < <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>>. Acesso em 28 de Abril de 2018.

FELIX, A. **O planeta dos idosos.** São Paulo, Revista Fator, edição do Banco Fator, 2007.

GUSMÃO, J.L. *et al.* Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens.** v. 16, n.1, p. 38-43, 2009.

ROSA, M. R. Q. P.; PATRÍCIO, Z. M.; SILVÉRIO, M. R.; RUMEL, D. Razões que fizeram pessoas idosas procurarem cuidados em uma unidade básica de saúde. **Rev Latino-Am Enferm.** v. 17, n.5, p. 670-6, 2009.

SIQUEIRA, F.V. Prevalência de quedas em idosos e fatores associados. **Rev. Saúde Pública** v.41. nº.5. São Paulo, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** São Paulo, v. 107, suplemento 3, 2016.

SOARES, A. *et al.* Hipertensão arterial e obesidade. **Rev Bras Hipertens.** v. 9, n. 2, p. 174-180, 2002. Disponível em: departamentos.cardiol.br/dha/revista/9-2/hipertensao3.pdf. Acesso em 28 de Abril de 2018.

VERAS, R., **Terceira idade, gestão contemporânea em saúde.** Rio de Janeiro, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde.** Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde estão disponíveis no sitio web da OMS (www.who.int), 2015.