

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Intervenção educativa em pacientes hipertensos para o controle dos  
fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família, no Bairro  
Paraíso, Nova Timboteua.**

**Autora: Yamilé Fonseca Silva.**

**Nova Timboteua, Pará.**

**2017**

**YAMILE FONSECA SILVA**

**Portfólio final**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UNASUS.

Orientador (a). Fabiano Fraga de Carvalho.

**Nova Timboteua, Pará.**

**2017**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	1
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO.....	3
3. PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	8
4. VISITA DOMICILIARIA.....	10
5. REFLEXÃO CONCLUSIVA.....	13
6. REFERÊNCIAS.....	15
7. ANEXOS.....	16

## 1.INTRODUÇÃO

Sou a Dra. Yamilé Fonseca Silva, médica cubana formada no ano 2005, na Faculdade de Ciências Médicas de Santiago de Cuba, conclui a especialidade em Medicina Geral Integral no ano 2007. Durante minha vida profissional, além do Brasil, trabalhei por 4 anos em Venezuela. Atualmente trabalho no programa Mais Médicos há 1 ano, no Estado Pará, município Nova Timboteua, no PSF Paraíso.

Nova Timboteua é um município do estado Pará, localizado na Zona Bragantina, no Nordeste Paraense, foi fundado em 1885 e emancipado a município em 30/12/ 1943, limita-se com os municípios: Santarém Nova (a norte), Igarepé-Açú (a oeste), Santa Maria do Pará e Bonito (a sul) e Peixe-Boi (a leste), com uma população estimada e de 14.789 habitantes. O quadro natural característico desta região, apresenta um relevo plano levemente ondulado. Seu clima quente e úmido apresenta uma pluviosidade anual superior a 1.500 metros cúbicos, embora as chuvas sejam abundantes existe um período seco de 01 a 06 meses.

A UBS Paraíso é responsável pela cobertura de 714 famílias, com uma população de 2.367 pessoas, 1.122 do sexo feminino e 1.245 do sexo masculino. Na área de abrangência tem uma especificidade tanto rural quanto urbana, com uma população de etnias diferentes. Contudo, suas atividades econômicas principais são: agricultura familiar, pecuária, servidores públicos, autônomos, etc. Nossa área nos revela uma população de religiosidade diferente (católicos, evangélicos, umbandista, etc.)

As queixas mais comuns que motivam a procura do serviço de saúde são a Hipertensão arterial, Diabetes mellitus, Doenças mentais, Doenças infecciosas do aparelho respiratório e digestivo. O município tem um total de 1983 pacientes com hipertensão arterial, e 217 pertencentes ao posto de saúde Paraíso, com uma prevalência de 9.4, acho que ainda temos que fazer mais pesquisa buscando novos casos na prevalência oculta.

A equipe de saúde faz acompanhamento destes pacientes e em cada consulta, realizando uma avaliação dos fatores de risco que apresentam, e planejam-se as estratégias a seguir para trabalhar na eliminação destes fatores, e assim evitar as complicações destas doenças crônicas. Na UBS a equipe organiza os atendimentos de acordo com a demanda identificada pelos dados de atendimento. São realizadas

visitas domiciliais e consultas agendadas com os pacientes idosos, acamados, e com sequelas de Doenças Vasculares Encefálicas. As principais causas de morte no ano 2016 foram: Infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e pessoas politraumatizadas em acidente com veículos não especificados.

Após realizar reunião com a equipe de saúde, foi possível identificar os principais problemas de saúde de nossa área de abrangência: aumento da incidência da Hipertensão arterial, aumento da incidência de Diabetes mellitus e alto número de pacientes com Hiperlipidemias.

Dada estes fatores meu Projeto trata-se de uma intervenção educativa em pacientes hipertensos para o controle dos fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família, no Bairro Paraíso, Nova Timboteua, no período compreendido entre janeiro a agosto 2017.

## 2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

No resumo dos 10 primeiros casos clínicos, foram estudadas várias doenças, entre elas: hipertensão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, obesidade, atenção pré-natal, puericultura, abortamento, infecção do trato urinário, rinite, constipação intestinal, doenças de transmissão sexual, entre outras. O estudo dos casos, além de relembrar conhecimentos adquiridos previamente em nossa vida profissional, nos ajuda conhecer seu comportamento no Brasil, o que enriquece nossos conhecimentos médicos.

Em nossa realidade diária apresenta-se situações similares aos casos discutidos. Irei fazer a apresentação de uma família da comunidade com situações de risco e doenças como hipertensão, obesidade, asma bronquial e tabagismo, para discutir o caso da paciente com Hipertensão Arterial.

Neste contexto, podemos assumir que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

– Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.

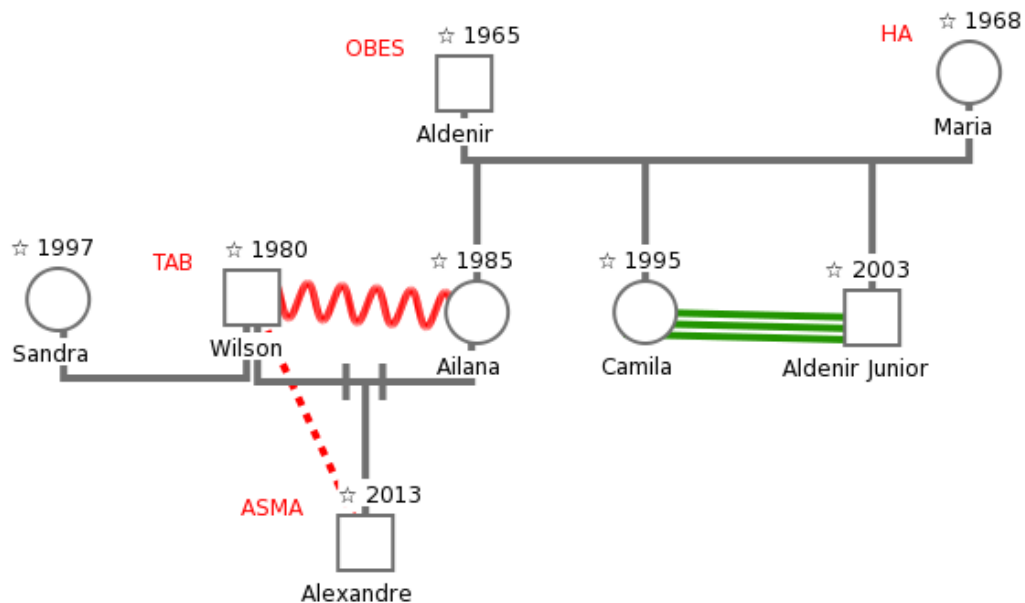
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

Na atuação diária do posto de saúde, a hipertensão arterial é a primeira causa de mobilidade atendida, com uma alta incidência e prevalência, as vezes com outras doenças associadas, encontrando pacientes com deficiente controle de suas doenças e abandono do tratamento. Por isso realizei a escolha da família da senhora Maria, de 49 anos de idade (Hipertensa), data do nascimento (20-05-1968), mora com seu esposo (Obeso) e 3 filhos (Ailana (divorciada), Camila e Aldenir) e um neto (Asmático); a vivenda tem malas condições estruturares.

### Genograma da família:



A paciente tem acompanhamento no posto, mas não está tomando a medicação adequadamente, começou o atendimento na UBS Paraíso no ano 2016, conforme aparece no prontuário.

**Consulta do dia 17/08/2016:** 48 anos    Peso 57.500 kg    PA 160/100

Compadeceu com cefaleia e zumbido de ouvido.

Aparece nesta consulta o cadastro de hipertensão arterial feito pela enfermagem, não constam orientações sobre os fatores de risco, tem indicado tratamento com Losartana potássica 50mg 1 cp ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg 1cp ao dia.

**Na consulta 29/10/2016:** (recebo por primeira vez a paciente) com os seguintes dados da triagem:

Idade: 48 anos. Peso 60 kg Altura: 1,54 cm. PA 150/100 mmHg.

Neste dia apresenta cefaleia, urina e fezes normais, refere não estar fazendo a dieta adequadamente, fica o tempo todo em casa e não realiza exercícios físicos.

Ao exame físico:

IMC: 25,30 (sobrepeso)

Aparelho respiratório: sem alterações. FR: 18 rpm

Aparelho cardiovascular: batimentos cardíacos normais, não sopro. FC: 73 bpm.

Diagnóstico de Hipertensão arterial sistêmica descontrolada.

Foi tratada no momento com Captopril 25 mg 1 cp v.o; após 30 minutos foi avaliada novamente a PA, diminuindo a 140/90 mmHg.

Se identificam fatores de risco como maus hábitos dietéticos, sedentarismo e sobrepeso.

Tratamento: Losartana potássica 50mg 1 com ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp ao dia.

Orientações: mudanças dos estilos de vida, manter uma dieta com conteúdo reduzido de sal e gorduras, baseada em frutas, verduras, legumes, cereais integrais, leguminosas, leite, derivados desnatados.

Incorporar a atividade física, como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, pelo menos 3 vezes por semana.

Indicou: Hemograma, glicose, colesterol, triglicérides, ácido úrico, ureia, creatinina, TGP, TGO, urina, Eletrocardiograma.

Interconsulta com nutricionista.

Continuar tratamento com Hidroclorotiazida 25 mg 1 cp ao dia e aumentar dose da Losartana potássica 50 mg 1 cp 12/12 h.

Retorno em 15 dias para avaliar o resultado dos exames complementares.



**No dia 14/11/16:** assiste à consulta para mostrar os resultados dos exames complementares.

Idade: 48 anos. Peso 60 kg PA 130/80

A paciente não apresenta queixas, Glicose 95 -- Hb 12,8 - Colesterol 253 -- Triglicerídeo 190 - Ácido úrico 5,4- Creatinina 0.66 ----- TGO 15,5 ---- TGP 17.3, Urina negativa, Eletrocardiograma: normal.

A paciente Maria conseguiu compensar a PA, mas os exames complementares arrojaram cifras elevadas de colesterol e triglicérides, os demais exames se encontram dentro da normalidade.

ID: Hipertensão arterial sistêmica controlada.

Hipercolesterolemia+Hipertrigliceridemia

Conduta:

Assistir à consulta com a nutricionista, Orientações sobre alimentação saudável e cuidados das doenças.

Programa- se uma visita familiar com a equipe de trabalho.

Tratamento: Losartana potássica 50mg de 12/12 horas e Hidroclorotiazida 25 mg ao dia, Sinvastatina 20 mg na noite por 3 meses.

**No dia 03/12/2016:** a paciente é avaliada pela nutricionista, onde se dão orientações baseadas nas doenças que ela tem atualmente. Relata que mantém atividade física três vezes por semana. Dados da triagem:

PA: 130/90 mmHg

Peso: 59 kg

**No dia 20/12/2016:** se realiza visita domiciliar pela equipe de saúde na casa de Maria, programa pela Agente comunitária, explicamos à família a importância do apoio familiar no controle do caso, sua alimentação e sua aderência aos medicamentos, neste caso falamos também sobre a dinâmica familiar, a família ficou muito agradecida e com uma atitude positiva para o enfrentamento do problema.

(PA 120/80)

**24/03/17:** Idade: 49 anos Peso: 55 kg PA: 110/70, avaliada por nutricionista, refere-se sentir bem, afebril, exame físico sem alterações.

IMC: 23,19 (normopeso).

Tratamento: Losartana potássica 50mg de 12/12 horas e Hidroclorotiazida 25 mg 1 comp. ao dia

Já concluiu o tratamento com sinvastatina.

Continuar com o regime de fazer caminhadas durante 30 minutos diários, Controle do peso, Indico: colesterol, triglicérides.

**11/04/2017:** Peso 55 kg; PA 120/80, refere-se sentir bem, continua com acompanhamento com nutricionista, recebo resultados de Colesterol em 190, triglicérideo 140, com diminuição dos mesmos.

A paciente teve perda do peso de 5 kg, ficando com um índice de massa corporal:23,19 classificando-se agora como normopeso, foi dada de alta pela nutricionista. Foi feito agendamento de consulta de 4 em 4 meses. Indicamos os exames de avaliação pela próxima consulta e estimulamos continuar com todas as medidas fazer exercícios moderados, demonstrando que todo é possível quando o paciente quiser melhorar sua saúde.

Este foi um caso que não tinha uma abordagem correta, apresentava cifras de pressão elevadas desde o ano 2016, e fatores de risco que não foram identificados nem modificados, mas foi um exemplo de que com as mudanças do estilo de vida e dos fatores de riscos modificável, podemos manter o controle de nossos pacientes e assim diminuir as complicações melhorando sua qualidade de vida, foi demonstrado também, que o trabalho em equipe é muito importante na resolução dos problemas da comunidade.

A equipe ficou muito feliz com a melhora do caso da família estudada.

### 3. PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para falar sobre as medidas de prevenção, educação e promoção da saúde temos que ter conhecimento sobre o conceito de cada uma destas ações da saúde:

**A educação** em saúde é uma das práticas mais antigas, voltadas principalmente para a prevenção das doenças, sendo fundamental educar e ensinar comportamentos saudáveis para se ter populações sadias. (CERQUEIRA 1997; BUSS 1998a).

**A promoção** da saúde é considerada um instrumental conceitual, político e metodológico em torno do processo saúde-doença, que visa analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida. (CERQUEIRA 1997; BUSS 1998b).

**Prevenção primária** é a ação tomada para remover causas e fatores de risco de um problema de saúde individual ou populacional antes do desenvolvimento de uma condição clínica. Inclui promoção da saúde e proteção específica (ex.: imunização, orientação de atividade física para diminuir chance de desenvolvimento de obesidade). (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

Na minha prática diária na UBS Paraíso do município Nova Timboteua do estado Pará, os conceitos antes expostos formam parte de nosso atendimento diário e estão presentes sempre nas práticas de puericultura, atenção pré-natal e a saúde mental.

No quanto atenção pré-natal, prática que é direito de toda mulher, tenho a experiência da reorganização que foi feita em nossa UBS onde antigamente não se realizava um atendimento adequado das grávidas, se começou com instruções para a população mediante palestras educativas sobre a importância da captação precoce das grávidas (antes das 12 semanas), conseguindo que atualmente as pacientes sejam agendadas previamente para início do pré-natal realizando uma avaliação integral das mesmas, neste sentido temos conseguido uma melhoria, mas ainda falta muito para fazer, porque continuamos tendo gestantes com captações tardias, perdendo assim os exames do primeiro trimestre. O município também trata de garantir os recursos humanos, neste caso constamos com um médico em cada UBS oferecendo assistência à população toda, mas não temos todos os recursos materiais e técnicos necessários para o cuidado pré-natal. Com o trabalho continuado temos garantido que as grávidas sejam avaliadas mediante a solicitação de exames complementares, temos promovido a assistência dos parceiros às consultas e que

eles realizem também os exames, ainda com poucos resultados neste sentido. A presença dos parceiros nas consultas, antes do início de meu trabalho na UBS não tinha relevância, mas com o tempo temos conseguido a participação deles junto com as pacientes.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), o número adequado de consultas seria igual ou superior a 6 (seis) na gravidez toda. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

Em nossa UBS temos conseguido que cada grávida tenha como mínimo 6 consultas pré-natais (isso varia em dependência da categoria de risco), e se realiza o seguimento delas até o parto, no caso de que o mesmo não ocorra antes das 41 semanas a gestante é encaminhada de imediato para o Hospital de referência do município.

O atendimento pré-natal segue sendo um desafio muito grande, pois ainda temos muito para fazer ao respeito, mas continuaremos melhorando nosso trabalho diário para que as grávidas tenham um atendimento adequado.

#### **4. VISITA DOMICILIAR/ATIVIDADE NO DOMICÍLIO**

A visita domiciliar tem sido apontada como importante veículo de operacionalização de parte de um programa ou de uma política de assistência à saúde presente na sociedade em dado momento histórico, possibilitando a concretização da longitudinalidade, integralidade, acessibilidade e a interação entre o profissional e o usuário/família. (Abrahão AL, Lagrange V. 2007).

Na UBS Paraiso do município nova Timboteua, estado Pará o atendimento domiciliar responde a demanda da população e também existe um planejamento mensal feito pelos ACS e a equipe, de pacientes com incapacidades que não podem chegar até o posto de saúde e requerem de um atendimento continuado. A atenção passa a ser feita por uma equipe de saúde formada pelo médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e os ACS, com apoio e consentimento da família e dos cuidadores, quase nunca se consegue assistência no domicílio da equipe toda, sempre ficam faltando o nutricionista, ou o psicólogo, ou o fisioterapeuta, eles sempre fizeram as visitas por separado, seguindo a demanda da população.

A visita domiciliar em minha UBS está programada para uma vez por semana, as quartas-feiras no horário da tarde, segundo o planejamento da agenda profissional. Os Agentes Comunitários de Saúde realizam uma visita mensal a cada família na sua área de abrangência, identificando as situações de risco e os pacientes que precisam de uma visita domiciliar por o médico a enfermeira ou algum outro membro do NASF, estabelecendo sempre prioridades.

Um exemplo de visita domiciliar feita em nossa UBS foi o dia 23/09/2017: no domicílio de dona Sebastiana do Nascimento Silva. Paciente de 67 anos de idade, com antecedente de HAS há 15 anos, Diabetes Mellitus tipo II há 13 anos, que recentemente há 10 dias sofreu um AVC isquêmico pelo que foi hospitalizada, com uma estadia hospitalar de 9 dias, a paciente tem como sequela uma hemiplegia direita o que lhe dificulta a deambulação, a equipe foi informada do regresso da paciente ao domicílio, pelo que foi programada uma visita domiciliar com a participação do ACS, a enfermeira e o médico, foram convidados a visita o fisioterapeuta e o psicólogo, mas não conseguimos a participação deles.

**Histórico familiar da paciente:** Casada, dona de casa, esposo falecido há 7 anos, com 5 filhos adultos, três mulheres e dois homens, 4 dos filhos moram em outra cidade, e a filha mais nova de 41 anos mora com ela junto com o esposo e dois filhos, netos da dona Sebastiana, o esposo da filha da senhora é quem sustenta o lar.

**Condições da vivenda:** moradia humilde, com paredes de tijolos, tetos de Zinco, de mediano tamanho, a casa tem um pequeno quintal com algumas plantas e um cachorro pequeno. A casa é pequena, a sala com 2 sofás e algumas cadeiras, uma TV e uma rede pendurada num lado da sala, a cozinha com uma pequena mesa no centro, uma geladeira e o fogão de gás, dois quartos de tamanho mediano e um banho na parte externa da casa.

**Queixas da paciente no momento:** a paciente alega cefaleia em ocasiões e dor, dormência ou outras sensações estranhas nas partes afetadas pelo acidente.

**Dados no exame físico:** PA: 140 x 90 mmHg, Glicemia capilar: 135 mg/ dl,  
SNC: hemiplegia direita.

A paciente apresenta bom estado geral.

**Tratamento atual:**

- Dieta hipossódica, hipocalórica e hipolipídica.
- Enalapril 20 mg 1 cp de 12/12 horas
- Metformina 500 mg 1 cp no café, no almoço e no jantar.
- Clopidogrel 75 mg 1 cp ao dia.
- Paracetamol 500 mg 1 cp de 6/6 h sem apresenta dores nas pernas ou cefaleia.

**Cuidador:** o cuidado da paciente vai por conta da filha mais nova, ela e dona de casa e mantém as boas condições higiênicas do lar e fica responsável pela alimentação adequada de a sua mãe e os horários da medicação.

**Situação de vida:** são pessoas de baixo poder aquisitivo, com entrada de um só salário para satisfazer as necessidades básicas do lar, existe 1 moto que é o meio de transporte do esposo da filha da dona Sebastiana.

**Problemas de Saúde:**

- HAS controlada.
- Diabetes Mellitus tipo II.
- AVC isquêmico, com hemiplegia direita como sequela.

Os demais membros da família são pessoas aparentemente saudáveis.

**Conduta da equipe de saúde com relação ao caso:** a equipe de saúde realizou no aquele dia um internamento domiciliário da dona Sebastiana.

Para realizar o internamento domiciliar a equipe teve em conta a responsabilidade das partes envolvidas neste caso da família e a equipe de saúde. O prontuário foi preenchido em duas vias, uma para o domicílio (prontuário domiciliar) e outra que fica com a equipe (prontuário institucional), contendo: Termo de consentimento assinado pelo paciente e seu responsável; folha de admissão com identificação, dados socioeconômicos, dados do cuidador, dados clínicos na admissão e na alta; planos de cuidados/planos terapêuticos, elaborados em equipe. Conterão os diagnósticos principais e secundários, bem como os demais problemas detectados e a ação proposta para cada, incluindo a programação e o número de visitas previsto para cada profissional; folhas para a evolução multiprofissional; formulário de prescrição e checagem de prescrições e cuidados; sumário de alta; telefones úteis e instruções de procedimento da família em caso de pioria.

A internação foi feita por um período de 7 dias, que terminou com a manutenção da estabilidade clínica da paciente, ela continua com o mesmo tratamento, foi avaliada pelo Psicólogo e foi encaminhada com o fisioterapeuta.

No caso da dona Sebastiana a equipe conseguiu a intervenção da assistência social solicitando assim ajuda de custo para o cuidado da paciente, para o tratamento e para o traslado até as consultas de fisioterapia. A família e a equipe ficaram satisfeitas.

## 5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

O curso de especialização de atenção à saúde e à família foi uma novidade para mim, primeiramente porque foi o primeiro curso de formação a distância, no início tive dificuldade com o cadastro na plataforma, pelo que precisei da ajuda de meu coordenador, para o acesso as atividades nos juntávamos alguns colegas, porque em ocasiões surgiam dúvidas para realizar as tarefas, assim ganhei experiência. Com ele adquiri mais conhecimentos sobre os protocolos de atendimento dos pacientes com doenças crônica, o atendimento Pré-natal e a puericultura, do jeito que é feito aqui no Brasil. No ensino 1 aprendemos um pouco sobre o SUS, seus princípios, a evolução da saúde antes e depois da implementação deste programa, as leis que regulam o sistema, as que protegem as mulheres, as crianças e os idosos. No ensino 2 foi sobre as doenças mais frequentes no brasil, que temos em nosso pais (Cuba), com incidência muito baixa, como a hanseníases, a tuberculoses, a esquistosomiasis e outras que não existem lá, como a leishmanioses, mordeduras por animais peçonhentos, tendo a possibilidade de estudar estas doenças mais a fundo, e assistir a pacientes com as mesmas na pratica diária, acho que o melhor método de aprendizagem é combinar a teoria com a pratica.

Sobre meu trabalho na Unidade Básica de Saude nas primeiras semanas eu tive algumas dificuldades com o idioma, porque além de que passamos um curso de português em nosso pais, avaliado por professores Brasileiros, este foi somente um mês, tempo que não é suficiente para aprender uma língua estrangeira. Nos primeiros dias de trabalho tive que pedir ajuda a meus colegas para esclarecer algumas dúvidas quanto ao idioma, e em ocasiões, para que lhe explicassem aos pacientes a conduta a seguir, mas com o tempo fui melhorando e atualmente não tenho essa dificuldade. Tive a oportunidade de ter um bom coordenador, com muita experiência de trabalho na atenção Primaria de Saude, quem ficou todo o tempo de meu lado, esclarecendo minhas dúvidas e ensinando algumas regras para que meu trabalho fluísse da melhor forma possível. Posso dizer que com os conhecimentos adquiridos no curso, eu contribuí a muitas melhoras no quanto ao preenchimento dos prontuários, aportando mais informação sobre os dados pessoais, motivo de atendimento, história da doença atual, antecedentes patológicos pessoais e familiares que quase nenhum prontuário tinha preenchido, comecei a realizar um exame físico mais completo, com a hipóteses



diagnóstica e a conduta terapêutica e não terapêutica. Outra estratégia que adquiri do aprendizado é dar minhas sugestões sobre a discussão da agenda profissional com a equipe toda, e o planejamento das atividades coletivamente, assim foi fluindo melhor o trabalho da UBS. Melhorou bastante o seguimento dos lactante e gestante, sendo agora mensalmente, já que antigamente este grupo de pacientes não tinham costume de um atendimento programado e só assistiam em consulta quando precisavam de algum exame complementar ou estavam doentes, tendo então lactantes com vacinas atrasadas e gestantes sem os exames feitos em cada trimestre.

Através da agenda temos mais organizadas as palestras educativas, uma experiência muito bonita foi no mês de novembro onde a equipe de saúde organizou uma atividade sobre a prevenção do câncer de próstata, foi organizado um jogo de futebol com a participação dos homens do posto de saúde e a outra equipe com alguns pacientes da comunidade, aproveitando este marco para realizar a palestra sobre a prevenção do câncer de próstata e incentivar os homens de 40 anos e mais à realização do PSA, conseguindo assim aumentar a pesquisa para o diagnóstico precoce do câncer de próstata.

Também tive a oportunidade de trabalhar situações familiares mediante o estudo de casos complexos. Acho que o curso foi muito completo, que foi feito um resumo por todas as doenças, tanto transmissíveis, como não transmissíveis, desde as crianças até os mais idosos. Além das coisas positivas que já mencionei, sugiro que o curso tivesse mais encontros presenciais para interagir com nossos colegas e com os professores.

Posso acrescentar que este curso formo parte de meu currículo profissional, que aprimoro muito a meus conhecimentos, agradeço à equipe de profissionais que estiveram com nós, esclarecendo nossas dúvidas e ensinando-nos a adquirir habilidades, realizaram todos um excelente trabalho.

## 6. REFERÊNCIAS

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: JACC, 2010.

CERQUEIRA MT. Promoção da saúde y educação para a saúde. Editorial da Universidade de Puerto Rico/OPS;1997. p. 7-47.

BUSS PM. Organizador. Promoção da saúde publica: contribuição para e debate entre as escolas de saúde publica de América Latina. ENSP. Rio de Janeiro; 1998.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT – no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro. Brasília; 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês, 2015.

Abrahão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo A D. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV, 2007. P.

**ANEXO 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**Projeto de intervenção educativa em pacientes hipertensos para o controle dos fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família, no Barrio Paraiso, Nova Timboteua.**

**Autora: Yamilé Fonseca Silva.**

**Nova Timboteua, Pará.**

**2017**

**YAMILE FONSECA SILVA**

**Projeto de intervenção educativa em pacientes hipertensos para o controle dos fatores de risco modificáveis na Unidade de Saúde da Família, no Barrio Paraiso, Nova Timboteua.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UNASUS, para obtenção do título de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família.

Orientador (a). Eva Emanuela Lopes Cavalcante.

**Nova Timboteua, Pará.**

**2017**

**RESUMO:**

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica popularmente conhecida como “pressão alta”. Uma pessoa hipertensa apresenta valores iguais ou acima de 14 por 9 (140mmHg X 90mmHg). O controle adequado destes pacientes deve ser uma das prioridades da atenção básica e nas estratégias de saúde do Brasil pela alta incidência desta doença. Este trabalho propõe a criação de estratégias de intervenção para ser aplicado pela equipe de Saúde da Família, com o objetivo de identificar os principais fatores de riscos que incidem em nossa população atendida e aplicar um plano de intervenção educativa para o controle dos riscos da hipertensão arterial em pacientes selecionados. A abordagem dos pacientes será feita pelo cadastramento de pacientes hipertensos priorizando, os de recentes diagnósticos e os de difícil controle, tomando-se uma amostra para o estudo de 90 pacientes (onde contaremos com o apoio dos agentes comunitários e as técnicas de enfermagem que tem maior conhecimento das famílias da área de abrangência). Com a implementação do projeto pretende-se melhorar as condições de saúde e de vida da população, com as mudanças de estilo de vida e aderência a planos terapêuticos.

**Palavras-chave:** Hipertensão Arterial. Educação em saúde. Fatores de risco.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. PROBLEMA.....</b>	<b>3</b>
<b>3. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>4</b>
<b>4. OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
4.1. GERAL.....	5
4.2. ESPECÍFICOS.....	5
<b>5. REVISAO DA LITERATURA .....</b>	<b>6</b>
<b>6. METODOLOGIA .....</b>	<b>9</b>
<b>7. RECURSOS NECESSARIOS.....</b>	<b>11</b>
7.1. HUMANOS.....	11
7.2. MATERIALES.....	11
<b>8. CRONOGRAMA .....</b>	<b>12</b>
<b>9. RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>13</b>
<b>10. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>14</b>
<b>11. ANEXOS.....</b>	<b>16</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Números da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que há cerca de 600 milhões de hipertensos no mundo. A doença atinge, em média, 25% da população brasileira, chegando a mais de 50% na terceira idade e, surpreendentemente, a 5% dos 70 milhões de crianças e adolescentes no Brasil. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2014).

Nova Timboteua é um município do estado Pará, localizado na Zona Bragantina, no Nordeste Paraense, foi fundado em 1885 e emancipado a município em 30/12/1943, limita-se com os municípios: Santarém Nova (a norte), Igarepé-Açú (a oeste), Santa Maria do Pará e Bonito (a sul) e Peixe-Boi (a leste), com uma população estimada e de 14.789 habitantes. O quadro natural característico desta região, apresenta um relevo plano levemente ondulado. Seu clima quente e úmido apresenta uma pluviosidade anual superior a 1.500 metros cúbicos, embora as chuvas sejam abundantes existe um período seco de 01 a 06 meses.

O município tem 7 unidades básicas de saúde, onde começam os atendimentos básicos dos pacientes hipertensos, acompanhados pelas equipes de trabalhos criados para dar em seu conjunto um melhor atendimento às necessidades básicas de saúde da população. O município tem um total de 1983 pacientes com hipertensão arterial, e 217 pertencentes ao posto de saúde Paraiso, com uma prevalência de 9.4, acho que ainda temos que fazer mais pesquisa buscando novos casos na prevalência oculta.

Como a Hipertensão Arterial é uma doença que precisa de atendimento continuado de mudanças que duram para a vida toda, torna-se necessária a intervenção educativa pelo controle dos riscos da hipertensão arterial em pacientes selecionados, como parte fundamental de seu cuidado, fica nos protocolos de atendimentos dos hipertensos a aprendizagem dos fatores de riscos tais como: a

obesidade, o sedentarismo, a inatividade física, os hábitos alimentares inadequados e hábitos tóxicos.



## **2.PROBLEMA**

Existência de fatores de riscos que incidem e podem ser modificável, a forma de prevenir suas complicações pelo que precisamos modificar hábitos e estilos de vida para melhorar a qualidade de vida de nossos pacientes e diminuir a morbimortalidade pela Hipertensão Arterial.

### **3.JUSTIFICATIVA**

A Hipertensão Arterial, uma entidade clínica multifatorial, é conceituada como síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados, associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofias cardíaca e vascular). A prevalência da hipertensão arterial é elevada, estimando-se que cerca de 15% a 20% da população brasileira adulta possa ser rotulada como hipertensa. Embora predomine na fase adulta, sua prevalência em crianças e adolescentes não é desprezível.

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardiovasculares, seu alto custo social é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho em nosso meio.

Devido à magnitude do problema, tem sido constante a preocupação mundial em ampliar e aperfeiçoar os métodos para sua prevenção, diagnóstico e tratamento adequado.

Se a demonstrado que mudanças do estilo de vida reduziram a incidência de Hipertensão Arterial.

Na UBS Paraíso de Nova Timboteua, essa doença também constitui um problema de saúde, pelo que precisamos implementar mudanças no estilo de vida que melhorem a qualidade de vida dos pacientes e assim diminuir a morbidade e a mortalidade por Hipertensão Arterial.

## **4.OBJETIVOS**

### **4.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção educativa para o controle dos fatores de riscos da hipertensão arterial em pacientes selecionados, na Unidade Básica de Saúde Paraiso, município Nova Timboteua.

### **4.2 Específicos**

- Identificar os principais fatores de risco associados a Hipertensão arterial.
- Implementar ações educativas dirigidas os fatores de risco modificável da hipertensão arterial, complicações e tratamento.
- Incentivar as mudanças de estilos de vida em pacientes hipertensos.

## 5. REVISÃO DA LITERATURA

A Hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível que forma parte do dia a dia de nosso trabalho como profissionais da saúde, pelo que o controle dos fatores de risco da mesma é de vital importância.

A primeira medida da pressão arterial foi feita em 1733 por Stephen Hales, que registrou a cifra de 190 mmHg na artéria do pescoço de uma égua. Desde tal referência, discute-se a validade e a confiabilidade das medidas da pressão arterial. (CELSO; COSTA, 2013).

A pressão arterial é um parâmetro hemodinâmico que sofre variação circadiana. Tal fato é conhecido desde 1898, quando Leonard Hill registrou a variabilidade diurna e o decréscimo com o sono, da pressão arterial. A ausculta dos ruídos de Korotkoff descritos, por esse autor, em 1905 e suas associações com a interrupção e a liberação do fluxo sanguíneo, por exemplo, na artéria braquial, com o auxílio de um manguito, como descrito por Riva-Rocci, bem mais tarde, é, hoje, o método mais amplamente utilizado para a quantificação da pressão arterial. (CELSO; COSTA, 2013).

A hipertensão arterial (HA) é o principal fator de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Evidências científicas mostram que pequenas reduções na pressão arterial (PA) têm grande impacto na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular. (Whelton et al, 2002).

As doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, doenças isquêmicas, cerebrovasculares) constituem a primeira causa de morbimortalidade no mundo e respondem por cerca de 30% das causas de morte no Brasil. (Whelton et al, 2002). Dentre elas, a hipertensão é a causa mais frequente de morbidade e o principal fator de risco para complicações cardiovasculares, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011a). Pelo anteriormente exposto eu acredito que todas as equipes de saúde de atenção básica, devem centrar seus conhecimentos e habilidades para a redução destas doenças e assim contribuir a uma maior esperança de vida.

Está previsto pela OMS um crescimento de 60% nos casos de HA para 2025. (RIBEIRO, 2007). Além disso, a HA transcorre com elevados custos

socioeconômicos, afetando diretamente os indivíduos, as famílias, o sistema de saúde e a economia. (Balu, 2006).

A hipertensão arterial é o principal risco de morte no mundo. Apesar da pressão arterial superior a 140/90 mmHg afetar 30% da população adulta, um terço desta desconhece sua condição. Uma de cada três pessoas que estão em tratamento médico da hipertensão não consegue manter sua pressão arterial abaixo do limite 140/90. Esta doença aumenta o risco de enfarte do miocárdio, acidentes cerebrovasculares e a insuficiência renal. Ademais, pode causar cegueira e insuficiência cardíaca. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011b).

A hipertensão arterial pode ser prevenida pela redução de consumo de sal, com uma dieta balanceada e saudável, evitando-se o consumo excessivo de álcool e mantendo um estilo de vida fisicamente ativo e um peso corporal saudável. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2011c). Então aqui se demonstra uma vez mais que o controle dos fatores de risco está no trabalho realizado nas comunidades pelos médicos, enfermagem, agentes comunitários na realização de palestra educativas, em incentivar a adesão ao tratamento médico de todos aqueles que já tem a doença, o seja, nosso papel é sempre fundamental.

Os fatores associados ao desenvolvimento da HA são: envelhecimento; excesso de peso; baixa escolaridade; tabagismo; consumo de bebidas alcoólicas; e cor da pele/raça negra. (Pelotas, 2008). Para o ano de 2013, a prevalência de HA referida na população de adultos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal foi de 24,1% (IC95%:23,4-24,8). No período de 2006 a 2011, essa prevalência aumentou progressivamente com a idade e foi maior entre mulheres e adultos de menor escolaridade (zero a oito anos de estudo). (Andrade, 2014).

A redução da prevalência da HA não se resume à meta global de redução da ocorrência da doença em 25%, a ser atingida até 2015. Sua consecução influencia diretamente o alcance da meta de redução da taxa de mortalidade prematura (entre cessação do tabagismo, o acesso à Atenção Básica e a disponibilização de medicamentos, além de medidas regulatórias como a proibição da propaganda do tabaco, ambientes livres de tabaco, acordo com a indústria alimentícia para diminuição do teor de sódio nos alimentos processados, entre outras, são essenciais para o alcance dessas metas. (Malta; Silva, 2013).

Fazem-se necessárias, igualmente, ações direcionadas aos determinantes sociais em saúde, capazes de minimizar o impacto da carga das doenças crônicas nos segmentos populacionais mais vulneráveis. (Malta; Silva, 2013).

A necessidade de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde é reconhecida por todos e vem sendo incorporada de forma progressiva na prática diária. Treinados durante a formação para atuar individualmente, os profissionais de saúde vivem uma fase contraditória na qual, mesmo sabendo o que é melhor, se veem com dificuldades e pudores para definir limites, intersecções e interfaces. Este é um trabalho necessário, que exige coragem, determinação e contínua autocrítica para que os objetivos sejam atingidos. (Cole; Waite; Nichols, 2003).

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. (Cole; Waite; Nichols, 2003).

O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer ao paciente e à comunidade uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto com base no risco cardiovascular global. (Kvarnström; Cedersund, 2006).

Em base a estas revisões, focamos nosso trabalho na elaboração de um projeto de intervenção educativa para o controle dos fatores de riscos da hipertensão arterial em pacientes selecionados, na Unidade Básica de Saúde Paraíso, município Nova Timboteua, para assim diminuir a morbidade e a mortalidade em nossa comunidade.

## 6.METODOLOGIA

Realizaremos um projeto de intervenção educativa na população Hipertensa da Unidade Básica de Saúde Paraíso, situada no município Nova Timboteua, estado Pará, no período compreendido entre janeiro a agosto 2017.

A área de abrangência da UBS é responsável pela cobertura de 714 famílias, cerca de 2367 pessoas, contendo 217 hipertensos cadastrados e trabalharemos com uma mostra de 90 pacientes.

O programa de hipertensão terá como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes de difícil controle e os casos novos, a intervenção será desenvolvida em 4 etapa:

1-Cadastro dos hipertensos que foram selecionados pelo médico, enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo em conta a classificação da Hipertensão Arterial (Anexo 1), utilizando as mesmas possibilidades para cada área atendida por cada agente comunitário, selecionando 10 pacientes de cada área.

2-Etapa de capacitação onde serão realizadas as atividades educativas, formadas por 4 oficinas temáticas, onde participaram enfermagem, médico, agentes comunitários, grupos de apoio e nutricionistas.

Adotaram-se como **critérios de inclusão**: pacientes de ambos sexos; que apresentarem diagnóstico médico de hipertensão arterial, que estão cadastrados e acompanhados no programa de hipertensão do posto de saúde da família e que são estratificados como pacientes com difícil controle e também os pacientes diagnosticados no ano 2016, os quais afirmaram sua participação voluntária na intervenção.

**Critérios de exclusão**: pacientes acamados, pacientes com transtornos mentais.

A informação necessária será coletada dos dados recolhidos das fichas de produção, prontuários, dados da Secretaria Municipal de Saúde e reuniões de equipes realizadas em o período em de janeiro até junho de 2017.

Serão realizadas atividades de educação em saúde do tipo palestras com o grupo de pacientes hipertensos. Estas serão planejadas em conjunto com médico, enfermagem, agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, nutricionista e auxiliar em farmácia, e levaram em conta as condições de vida e fatores de risco comuns para as doenças. Sendo desenvolvidas em cinco encontros, cada encontro com duração de 30 minutos.

Na primeira palestra serão apresentados os participantes do projeto, onde se explicara a proposta do mesmo e seus objetivos principais. Realizou-se a aplicação com a equipe presente, a fim de solucionar quaisquer dúvidas e garantir a coleta de todas as informações de interesse. A atividade continuará com a exposição sobre conceito e manifestações clínicas mais frequentes que será exposto pelo médico.

A segunda palestra será realizada pelo médico e o tema será os fatores de riscos relacionados a hipertensão arterial e sua prevenção. A atividade começara com um debate no qual os participantes identificaram alguns fatores de risco que apresentam. Depois desenvolveremos o objetivo principal da palestra com apoio de material educativo onde será abordado o tema dos fatores de risco modificáveis: como tabagismo, alcoolismo, maus hábitos alimentares.

O terceiro encontro se realizara uma palestra, com o tema sobre complicações mais frequentes na Hipertensão Arterial e o tratamento medicamentoso. Será explicado a importância de cumprir o tratamento e não esquecer de usar a medicação. O tema será desenvolvido com o apoio de imagens e serão explicadas todas as dúvidas que os participantes apresentarem. O tema será desenvolvido pelo médico, com apoio do resto da equipe.

No quarto encontro os palestrantes serão: a enfermagem, nutricionista, agente comunitária e médico, onde o objetivo fundamental serão as modificações do modo e estilo de vida, tema muito importante para o controle da Hipertensão Arterial. As atividades incluiriam a participação através de relatos pessoais, e os pacientes poderão falar sobre a importância de lograr mudanças relacionadas a atividades físicas, hábitos alimentares, tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas.



## **7. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Para a realização das atividades do projeto de intervenção exposto, serão necessários recursos humanos e materiais:

**7.1. Humanos:** 1 médico, 1 enfermagem, 2 técnicos de enfermagem, 1 odontologista, 1 auxiliar de saúde bucal, 9 agentes comunitários.

**7.2. Materiais:** prontuário dos pacientes presentes na atividade; cadastro de pacientes hipertensos, ficha para a avaliação dos usuários; computador, cartolinas; canetas; cartilhas educativas; esfigmomanômetro, folhas.

## 8. CRONOGRAMA

Atividades	jan.	fev.	mar.	abr.	maio	jun.	jul.	ago.
Elaboração do projeto.	X	X	X	X				
Aprovação do projeto.		X	X					
Estudo de referência teórica-revisão bibliográfica.	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados.	X	X	X	X				
Discussão e análise dos resultados					X	X		
Revisão final e digitação						X		

Divulgação dos resultados							X	
Discussão do trabalho com a equipe								X

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

A proposta do plano de ação tem a vantagem de conhecer os principais fatores de riscos da hipertensão arterial para o controle dos pacientes hipertensos e assim, estabelecer propostas coletivas para a melhora de algumas questões que afetam a todos por igual. Espera-se aumentar a motivação da equipe a direcionar ações educativas a grupos específicos da comunidade de abrangência e diminuição de ações individuais prioritariamente curativas durante os atendimentos, ademais de aumentar o conhecimento da população sobre os principais fatores de risco da hipertensão, o tratamento adequado e suas complicações, para assim lograr o controle da doença.

## 10. REFERÊNCIAS

Andrade SSCA, Malta DC, Iser BM, Sampaio PC, Moura L. Prevalência da hipertensão arterial autorreferida nas capitais brasileiras em 2011 e análise de sua tendência no período de 2006 a 2011. *Rev Bras Epidemiol.* 2014;17 supl 1:215-26.

Balu S, Thomas J 3rd. Incremental expenditure of treating hypertension in the United States. *Am J Hypertens* 2006; 19(8): 810-6.

CELSO, Amodeo; COSTA LIMA, Nereida Kilza da. Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia. São Paulo: SP Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2013.

Cole KD, Waite MS, Nichols LO. Organizational structure, team process, and future directions of interprofessional health care teams. *Gerontol Geriatr Educ* 2003,24(2):35-92.

Kvarnström S, Cedersund E. Discursive patterns in multiprofessional healthcare teams. *J. of Advanced Nursing* 2006;53(2):244.

Malta DC, Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude.* 2013 jan-mar;22(1):151-64.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Genebra: WHO, 2011.

Pelotas, RS. *Rev Saude Publica.* 2008 abr;42(2):86-92.

RIBEIRO, AB. Atualização em hipertensão arterial: clínica, diagnóstico e terapêutica. São Paulo: Atheneu; 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão: JACC, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). São Paulo: 2014.

Whelton PK, He J, Appel LJ, et al. National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002;288(15):1882-8.

## 11.ANEXO

### Anexo 1.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SBC; SBH; SBN, 2010).

Nota: Quando as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.