

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

CICERO DAVI DE AZEVEDO BORGES

URGÊNCIA HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ABORDAGEM PARA
UMA MELHOR ADESÃO AO TRATAMENTO

FORTALEZA
2018

CICERO DAVI DE AZEVEDO BORGES

URGÊNCIA HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ABORDAGEM PARA UMA
MELHOR ADEÇÃO AO TRATAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador (a): Prof^a. Me. Glênia Costa Aguiar.

FORTALEZA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- A986u Azevedo Borges, Cicero Davi de.
Urgência hipertensiva na atenção primária : uma melhor adesão ao tratamento / Cicero Davi de Azevedo Borges. – 2018.
35 f. : il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Ma. Glênia Costa Aguiar.
1. Atenção Básica. 2. Hipertensão. 3. Adesão ao Tratamento. I. Título.

CDD 362.1

CICERO DAVI DE AZEVEDO BORGES

URGÊNCIA HIPERTENSIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ABORDAGEM PARA UMA
MELHOR ADESÃO AO TRATAMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/_____

BANCA EXAMINADORA

Profª. Mestre Glênia Costa Aguiar (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Profª. Me. Marcos Aguiar Ribeiro
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Profª. Me. Germana Cely Medeiros de Souza Muniz
Escola de Formação em Saúde da Família - EFSFVS

AGRADECIMENTOS

Aos meus pacientes, meus maiores professores;

Aos meus pais e irmão sempre presentes;

À minha esposa Rayanne Borges e meu filho Arthur Borges, que sempre me deram força durante todo a minha jornada;

Ao meu tutor Espártaco Moraes Lima Ribeiro, da Universidade Federal do Ceará, com quem tive o prazer de dividir grandes momentos;

À minha orientadora Glênia Costa Aguiar, sem a qual este trabalho seria impossível.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo diminuir o número de urgências hipertensivas que se dirigem à nossa Unidade Básica de Saúde, através de um plano de intervenção proposto por nossa equipe multiprofissional. Tal plano foi realizado em um período de seis meses, contendo orientações gerais quanto à atividade física, alimentação com redução de sódio, orientações sobre a doença e ação juntamente com a secretaria de saúde. O grupo selecionado foi composto por pacientes que apresentaram quadros de urgência hipertensiva em um período anterior de 90 dias. Obtivemos resultados satisfatórios com o grupo selecionado, fazendo com que os mesmos apresentassem diminuição de seus níveis pressóricos e consequentemente de suas idas ao posto de saúde com quadro de urgência hipertensiva. Escolhemos essa temática, devido o alto número de pacientes que se dirigiam à nossa Unidade Básica de Saúde com a patologia descrita acima, apresentando um tratamento incorreto, associado a um estilo de vida que piorava a situação, evoluindo para uma piora no estilo de vida, evoluindo com complicações, às vezes, com desfecho desfavorável para o paciente.

Palavras-chave: Atenção Básica. Hipertensão. Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

The present study aims to reduce the number of hypertensive emergencies that go to our Basic Health Unit, through an intervention plan proposed by our multiprofessional team. Such a plan was carried out over a period of six months, containing general guidelines regarding physical activity, diet with sodium reduction, guidelines on the disease and action together with the health secretariat. The selected group consisted of patients presenting with hypertensive urgency in a previous period of 90 days. We obtained satisfactory results with the selected group, causing them to present a decrease of their pressure levels and consequently of their trips to the health station with hypertensive urgency. We chose this theme, due to the high number of patients who went to our Basic Health Unit with the pathology described above, presenting an incorrect treatment, associated to a lifestyle that worsened the situation, evolving to a worsening lifestyle, evolving with complications, sometimes with unfavorable outcome for the patient.

Keywords: Primary Health Care. Hypertension. Medication Adherence.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tabela com orientações sobre o plano de intervenção	19
Figura 2 - Planilha com os dados de evolução do paciente	19
Figura 3 - Peso corpóreo em três momentos em 18 pacientes	21
Figura 4 - Valores de pressão arterial sistólica e diastólica em três momentos em pacientes, divididos por gênero	22
Figura 5 - Valores de pressão arterial sistólica e diastólica em três momentos em pacientes	22
Figura 6 - Tabela com avaliação do consumo de sódio em 18 pacientes em três momentos.....	23
Figura 7 - Número de consultas e reuniões educativas frequentadas pelos hipertensos..	24
Figura 8 - Tabela com valores de aproveitamento de aprendizado, divididos por gênero, em um período de 6 meses	25
Figura 9 - Tabela com número de urgências hipertensivas recebidas na Unidade Básica de Saúde em três momentos em 18 pacientes, divididos pelo gênero.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	PROBLEMA	11
3	JUSTIFICATIVA	12
4	OBJETIVOS	13
4.1	Objetivo geral	13
4.2	Objetivos específicos	13
5	REVISÃO DE LITERATURA	14
6	METODOLOGIA	18
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	21
7.1	Procedimentos realizados	21
7.1.1	Prática de exercícios físicos para diminuição pressórica	21
7.1.2	Diminuição do consumo de sódio	22
7.1.3	Orientação sobre as complicações da doença	24
7.1.4	Solicitação à secretaria pela manutenção dos medicamentos na rede básica	25
7.1.5	Redução das urgências hipertensivas	26
7.2	Discussão dos resultados	26
8	CRONOGRAMA	29
9	RECURSOS NECESSÁRIOS	30
10	CONCLUSÃO	31
	REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema de saúde pública e tem como característica a alta prevalência e baixa taxa de adesão ao tratamento, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Uma das formas de apresentação ou mesmo de complicação da hipertensão arterial é a crise hipertensiva. A crise hipertensiva que se caracteriza por uma elevação rápida, inapropriada, intensa e sintomática da pressão arterial, com ou sem risco de deterioração rápida dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e artérias), podendo conduzir a um risco imediato ou potencial de vida. Consideramos os níveis tensionais elevados quando a pressão diastólica encontra-se, em geral >120 mmHg. No entanto, em alguns casos de instalação recente, como nas glomerulopatias agudas e na toxemia gravídica, a crise pode ocorrer com níveis relativamente pouco elevados, com uma pressão arterial diastólica em torno de 100 a 110 mmHg (MARTIN et al., 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, 17,3 milhões de pessoas morreram de doença cardiovascular no ano 2008 e as complicações decorrentes da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) foram responsáveis por 9,4 milhões das mortes nesse período. Além disso, estima-se que mais de 23 milhões de pessoas morrerão devido à doença cardiovascular até 2030 (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Estima-se que 3% de todas as visitas às salas de emergências são decorrentes de elevações significativas da Pressão Arterial (PA). Cerca de 1% a 2% dos pacientes hipertensos apresentou em algum momento um quadro de aumento da PA, que motivou atendimento médico de urgência. Dentre os quadros relacionados a estes atendimentos, a emergência hipertensiva é a entidade clínica mais grave que merece cuidados intensivos, sendo caracterizada por PA marcadamente elevada e sinais de lesões de órgãos-alvo (encefalopatia, infarto agudo do miocárdio, angina instável, edema agudo de pulmão, eclâmpsia, acidente vascular encefálico) (FEITOSA-FILHO et al., 2008).

Um dos fatores mais importante para o controle efetivo da PA é a adesão ao tratamento, sendo que de 40 a 60% dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica não fazem uso dos medicamentos. Estudos demonstram que a não aderência ao tratamento medicamentoso, associada aos custos dos medicamentos e às condições sociodemográficas dos pacientes, é um dos principais motivos da procura por serviços de emergência (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

A relação médico–paciente deve ser a base para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle (GUS et al., 2004).

Muitos fatores podem determinar a não adesão ao tratamento da HAS, o que faz disso um fenômeno complexo e multideterminado. Frequentemente esses pacientes têm menor renda salarial, dificuldades de acesso aos serviços, maior consumo de bebidas alcoólicas e acompanhamento médico irregular. Desse modo, a identificação da não adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como dos fatores relacionados a essa condição, podem possibilitar a elaboração de um plano de intervenção, com vistas a aumentar a aderência ao tratamento, diminuindo as complicações causadas pela hipertensão arterial sistêmica e o número de internações, o que poderá reduzir os gastos relativos ao sistema de saúde (VANCINI-CAMPANHARO et al., 2015).

Considerando que na Unidade Básica de Saúde da Outra Banda o número de hipertensos que são acompanhados é de um valor considerável e é notada uma má adesão pelos mesmos, por diferentes motivos, mas que leva a uma demanda alta de casos de urgência hipertensiva, esse plano teve como o objetivo a propor métodos educativos e práticos para a redução do número de urgências hipertensivas que se dirigiam à Unidade Básica de Saúde, melhorando, dessa forma, a qualidade de vida desses pacientes.

2 PROBLEMA

Percebe-se que uma quantidade aceitável de pacientes procura a unidade básica de saúde, apresentando valores pressóricos acima dos limites superiores da normalidade, notando-se, que a grande maioria que é diagnosticada, após o acolhimento e atendimento pela equipe, como tendo uma má adesão ao tratamento, associado a hábitos de vida não saudáveis, que os levam a apresentar os quadros de urgência hipertensiva.

3 JUSTIFICATIVA

Por ser a Hipertensão Arterial Sistêmica uma patologia muito prevalente em nossa população e a baixa adesão ao tratamento ser comum, levando, muitas vezes a uma evolução do quadro do paciente para uma urgência hipertensiva, justifica-se este estudo, por ter como intuito a indicação de uma possibilidade de intervenção a fim de modificar tal realidade, diminuindo, dessa forma, as complicações da patologia.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Propor plano de intervenção para reduzir o desenvolvimento das urgências hipertensivas, devido à baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar os principais fatores que contribuem para uma baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos;
- Estabelecer ações que possam contribuir para a melhoria da baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos;
- Diminuir o número de urgências hipertensivas na unidade básica de saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial, considerada importante fator de risco para doenças cardiovasculares, é altamente prevalente, atingindo cerca de 28% da população adulta. A doença é um importante problema de Saúde Pública no mundo e a principal causa de morte no Brasil — 29% do número de óbitos registrados (YUGAR-TOLEDO et al., 2014). Devemos, no entanto, lembrar que no Brasil a população idosa apresenta um crescimento vertiginoso, de tal forma que nas próximas duas a três décadas haverá um aumento de 200% no número de indivíduos > 65 anos, fazendo com que a prevalência da hipertensão na população também seja aumentada proporcionalmente (MARTIN et al., 2004).

Dessa forma, a doença cardíaca isquêmica e o acidente vascular encefálico foram responsáveis por 12,9 milhões de mortes mundiais em 2010, uma em cada quatro mortes, o que representou aumento importante quando comparado ao dado de 1990, uma em cada cinco mortes (PIERIN e col., 2016). A Organização Mundial de Saúde descreve a HAS como um dos maiores problemas de saúde pública do mundo, pois aproximadamente 9,4 milhões de mortes são causadas por suas complicações (FERREIRA; IWAMOTO, 2017).

Estima-se que existe no mundo cerca de 1 bilhão de indivíduos portadores de hipertensão arterial, e que aproximadamente 1% dessa população em algum momento de sua vida pode apresentar uma elevação acentuada da pressão arterial, caracterizando uma crise hipertensiva, com ou sem lesão aguda e progressiva em órgão-alvo. Não existe, até o momento, consenso quanto a um ponto de corte em relação ao valor pressórico anormal, nem estudos comparativos que tenham demonstrado com evidência científica como definir essas entidades clínicas, que se apresentam de maneira heterogênea na prática clínica. As diferentes diretrizes internacionais na área da hipertensão arterial pouco abordam devido à diversidade conceitual, falta de estudos clínicos e heterogeneidade de apresentação, ficando, na maior parte das vezes, a critério do médico especialista uma abordagem individualizada conforme a sua experiência clínica (SOUSA; JÚNIOR, 2014).

A crise hipertensiva é a entidade clínica onde há aumento súbito da PA ($\geq 180 \times 120$ mmHg), acompanhada de sintomas, que poderão ser leves (cefaleia, tontura, zumbido) ou graves (dispneia, dor precordial, coma e até morte), com ou sem lesão aguda de órgãos-alvo. Se os sintomas forem leves e não acompanhados de lesão aguda de órgãos-alvo, define-se a urgência hipertensiva. Por outro lado, se os sintomas põem em risco a vida do paciente e refletem lesão aguda de órgãos-alvo, tem-se então a emergência hipertensiva (FEITOSA-FILHO et al., 2008).

A crise hipertensiva pode se manifestar como emergência ou urgência hipertensiva. A emergência hipertensiva caracteriza-se pela deterioração rápida de órgãos-alvo e risco imediato de vida, situação não encontrada na urgência hipertensiva. É considerada também como emergência, condição que requer redução rápida da pressão arterial, com o tempo medido em minutos, enquanto na urgência a pressão pode ser reduzida mais lentamente, com o tempo medido em horas (MARTIN et al., 2004).

A incidência/prevalência de crise hipertensiva na população é abordada muito precariamente na literatura médica e as referências são, geralmente, de estudos antigos ou realizados em populações pouco expressivas. Estima-se que cerca de 1% dos hipertensos pode apresentar crise hipertensiva, na forma de hipertensão maligna. Brizio-Molteni e cols. estudaram a incidência de crise hipertensiva em pacientes com queimaduras de 2º e 3º graus. Sobrino e cols. avaliaram a prevalência, as formas de apresentação e o tratamento da hipertensão em uma unidade de emergência durante 37 dias escolhidos aleatoriamente, por um período de três meses. Tonies estudou a frequência das doenças cardiovasculares em um serviço de emergência médica em Viena e encontrou que a hipertensão arterial foi a 2ª causa entre as emergências cardiovasculares. Zampaglione e cols. realizaram um trabalho prospectivo durante um ano, demonstrando que 27,5% do total de atendimentos na emergência clínica de um hospital de referência italiano foram de crise hipertensiva (MARTIN et al., 2004).

As crises hipertensivas podem, assim, ter origem na hipertensão arterial se esta não for devidamente controlada e podem desencadear uma situação de urgência ou de emergência clínica (LACERDA et al., 2010).

Além de sua gênese vinculada ao diagnóstico de hipertensão arterial, a crise hipertensiva pode ocorrer de forma independente, ainda que seja reconhecido o elevado percentual de pessoas com hipertensão arterial que desconheçam o fato de serem portadores da doença (LACERDA et al., 2010).

O tratamento farmacológico das emergências hipertensivas depende do tipo de lesão em órgão-alvo, variando desde uma não intervenção até uma intervenção extremamente cautelosa da pressão arterial. Em situações como a falência do ventrículo esquerdo, a encefalopatia hipertensiva e a dissecção aguda da aorta, a redução pressórica deve ser imediata e agressiva. A maioria das sugestões nessa área é baseada na experiência pessoal de especialistas, pela falta de estudos clínicos randomizados comparando um tratamento mais agressivo versus um mais conservador, devendo a decisão clínica ser individualizada (SOUSA; JÚNIOR, 2014).

Não obstante a eficácia comprovada das medidas farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial, o controle insatisfatório dos níveis tensionais ainda é muito frequente. Estudo de revisão que avaliou o controle da hipertensão em publicações brasileiras mostrou taxas de controle abaixo de 50% na maioria deles, com exceção de dois estudos que evidenciaram taxas de 52,4% e 57,6% (PIERIN et al., 2016).

Destaca-se, no contexto das doenças crônicas, que o controle da hipertensão arterial relaciona-se diretamente com a adesão ao tratamento. Vários são os fatores que podem interferir no processo de adesão: os relacionados à doença, como a cronicidade e ausência de sintomatologia; ao tratamento medicamentoso, incluindo tratamento para toda vida, efeitos indesejáveis e posologias complexas; e, no tratamento não medicamentoso, às mudanças em hábitos e estilos de vida. Em relação às características dos hipertensos, ressaltam-se as variáveis sociodemográficas e as crenças de saúde; e nos aspectos institucionais, as características do atendimento e relação com a equipe de saúde (PIERIN et al., 2016).

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica tem se elevado, as causas provavelmente se referem aos hábitos de vida, em decorrência das crescentes taxas de sobrepeso, obesidade e ingestão de bebidas alcoólicas, o que ocasiona aumento da morbimortalidade pela doença. Há baixo controle dos níveis pressóricos e manutenção de fatores de risco evitáveis em hipertensos, ocasionados principalmente pela baixa adesão ou não adesão ao tratamento da doença (FERREIRA; IWAMOTO, 2017).

Adesão é compreendida como a concordância entre a prescrição de medidas terapêuticas e o aceite dos usuários/pacientes às recomendações, a fim de manter sua saúde, sendo um processo comportamental complexo, influenciado pelo ambiente, pelo indivíduo, pelos profissionais de saúde, em especial pelos enfermeiros, e pelo modo como os cuidados devem ser prestados aos hipertensos (BECHO et al., 2017).

Atualmente, observa-se prevalência superior de HAS em pessoas do sexo feminino. Entretanto, os homens têm mais dificuldades em aderir aos medicamentos. Outros estudos não acusam diferença na adesão em relação ao sexo (FERREIRA; IWAMOTO, 2017).

O apoio familiar no controle das doenças crônicas não transmissíveis é fundamental, sendo primordial no fornecimento de auxílio e suporte na condução e prosseguimento do tratamento em domicílio, pois cabe ao profissional ser um guia e ao paciente o seguimento da conduta. Entre 77 hipertensos usuários de um Centro de Hipertensão e Metabologia, a maioria (59,7%) dos que estiveram aderentes ao tratamento referiu receber motivação familiar para tomar os medicamentos, o que corrobora os dados

apresentados, visto que os usuários que moravam acompanhados aderiram mais (FERREIRA; IWAMOTO, 2017).

Muitos outros fatores contribuem para a falta de adesão, tais como as dificuldades financeiras, o maior número de medicamentos prescritos, o esquema terapêutico, os efeitos adversos dos medicamentos, a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, a inadequação da relação médico-paciente, a característica assintomática da doença e a sua cronicidade. A resposta terapêutica não é almejada apenas pelo acesso ao medicamento, pois há necessidade de monitorar todas as variáveis relacionadas à adesão ao tratamento, assegurando, assim, a efetividade do tratamento e a eficiência dos serviços de atenção à saúde. Uma abordagem multifocal e multiprofissional é de grande relevância para adquirir resultados positivos na terapia desses usuários dos serviços de saúde (ROCHA e t al., 2017).

Na Atenção Primária à Saúde, o vínculo é uma percepção de “ligação” que surge na relação que se estabelece entre o médico e seu paciente. Essa ligação é importante tanto para o paciente ter a percepção de cuidado quanto para o médico fortalecer a percepção de responsabilidade e compromisso com o cuidado do seu paciente. O vínculo é uma tecnologia leve e barata. Se estiver efetivamente associado ao controle pressórico, seria valioso investir nele como uma ferramenta para o controle da pressão arterial em hipertensos de unidades de saúde com mais de um médico (KLAFKE et al., 2017).

6 METODOLOGIA

O presente trabalho define-se pela elaboração de um plano de intervenção, realizado na cidade de Acaraú, no bairro Outra Banda, entre Dezembro de 2017 e maio de 2018, sendo selecionados aqueles pacientes que se dirigiam à unidade básica com quadro de urgência hipertensiva.

O local de estudo e avaliação mensal dos pacientes foi em nossa Unidade Básica de Saúde, localizada em Acaraú, no bairro Outra Banda.

Para o cálculo amostral foram considerados os parâmetros para populações finitas, população de 1868 sujeitos, conforme dados do E-SUS de dezembro de 2017. A amostra foi constituída inicialmente por 219 hipertensos, que através da análise de prontuários foram retirados para o plano, aqueles pacientes que apresentaram em um período de 90 dias uma ida à Unidade Básica de Saúde com quadro de urgência hipertensiva. Contabilizou-se um total de 40 pacientes, algo em torno de 20% da população de hipertensos em nossa área de atuação. Eles foram selecionados através da análise dos prontuários, onde avaliamos as aferições pressóricas no dia da consulta para renovação de receita. Desse total, somente 18 pacientes aceitaram participar do nosso momento de educação em saúde inicial, onde seria apresentado o plano.

Os pacientes que rejeitaram a participação no plano de intervenção proposto apresentaram como principal dificuldade o fator tempo e compromisso, pois grande parte da população de nossa área depende do pescado como principal fonte de renda, tendo que passar longos períodos em alto mar, fator que dificulta o seguimento das orientações propostas. O grupo era composto por 11 mulheres e 07 homens, tendo faixa etária entre 40 e 64 anos.

Inicialmente realizamos um momento de educação em saúde, na própria Unidade Básica de Saúde, junto com os pacientes selecionados e os agentes de saúde, onde foi apresentado o plano de intervenção, através de exposição de slide. Após esse momento, pedimos que os pacientes nos dissessem quais eram as principais dificuldades apresentadas por eles, para se ter uma boa adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Cada paciente disse sua principal dificuldade, a qual foi anotada e em seguida foram enumeradas em ordem de recorrência.

Apresentamos as dificuldades listadas e, a partir desse referencial elaboramos propostas para o plano de intervenção, que foram apresentadas aos mesmos usuários que participaram do encontro anterior, que aceitaram dar continuidade a proposta, a qual estabelecia uma consulta mensal, onde realizaríamos as avaliações bem como escutaríamos as

queixas e buscaríamos em comum acordo, uma melhor solução para cada dificuldade.

Figura 1 - Tabela com orientações sobre o plano de intervenção

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE O PLANO PROPOSTO

- **ATIVIDADE FÍSICA**
 - Alongar-se antes e depois de realizar a atividade
 - Deve ser realizado de forma progressiva
 - Realizar no mínimo 30 minutos de atividade
 - Realizar no máximo 60 minutos de atividade
 - Deve ser uma atividade de intensidade moderada (dificuldade de falar durante o exercício)
 - Dar preferência a atividades aeróbicas (caminhar, andar de bicicleta, nadar)
 - Usar roupas apropriadas (roupas leves, téis)
 - Hidratar-se bastante durante o exercício
 - Caso sinta sensação de desconforto, palpitação (coração acelerado) e outros sintomas não habituais deve suspender imediatamente a atividade
- **ALIMENTAÇÃO**
 - Evitar uso de sal nas refeições
 - Evitar uso de alimentos industrializados
 - Evitar uso de condimentos (coloraço, pimenta do reino, cominho)
 - Evitar uso de temperos concentrados (Knorr)
 - Evitar uso de óleo nos alimentos
 - Evitar consumo de carne vermelha
 - Evitar refrigerantes
 - Evitar bebidas alcoólicas
 - Evitar fumar
 - Aumentar a ingestão de frutas e verduras
 - Aumentar ingestão de carne branca
 - Aumentar a ingestão de água
 - Alimentar-se com produtos frescos

Fonte: Primária.

Durante a consulta médica o eram verificados sua pressão arterial, seu peso e alguma queixa que apresentasse sobre o plano, além do relato na melhora da qualidade de vida. Os dados eram anotados em cada prontuário e também em uma planilha para avaliar a evolução do mesmo.

Figura 2 - Planilha com os dados de evolução do paciente

Nome do paciente						
Idade						
Peso	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg
Pressão	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
PASxPAD	PASxPAD	PASxPAD	PASxPAD	PASxPAD	PASxPAD	PASxPAD
Consumo de sódio (não suspenso/suspenso parcialmente/suspenso totalmente)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
não suspenso						
Urgência Hipertensiva (Sim/Não)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Sim						
Melhora na qualidade de vida (sono, atividades diárias, labilidade emocional)	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
Não						

Fonte: Primária.

Não realizamos modificação de medicamentos, somente caso fosse necessário, como em alguma situação de hipotensão importante e contínua após o início do plano.

O referencial teórico utilizado foi a busca bibliográfica, através da base de dados da BVS, MEDLINE e da SCIELO, utilizando como descritores: hipertensão, urgência hipertensiva, adesão e atenção básica. Complementou-se a pesquisa com acesso a livros, diretrizes do Ministério da Saúde e Associação Brasileira de Cardiologia e o acesso de banco de dados bibliográficos de Trabalhos de Conclusão de Curso ou Materiais do Curso de Especialização em Atenção Básica.

Neste estudo foram respeitados os aspectos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, conforme estabelecido pela resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Será realizado mediante normatização da Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT).

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7.1 PROCEDIMENTOS REALIZADOS

7.1.1 PRÁTICA DE EXERCÍCIOS FÍSICOS PARA DIMINUIÇÃO PRESSÓRICA

A World Health Organization define atividade física como sendo qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia - incluindo atividades físicas praticadas durante o trabalho, jogos, execução de tarefas domésticas, viagens e em atividades de lazer (SANTANA; PEIXOTO, 2017). A adoção de hábitos saudáveis, como a prática regular de atividade física e a alimentação adequada são ações importantes para o tratamento da hipertensão arterial e a implementação de políticas públicas (RADOVANOVIC et al., 2016). Segundo a American College of Sports Medicine e American Heart Association preconiza-se que indivíduos sadios devam realizar atividade física moderada por no mínimo 30 minutos por cinco dias na semana, ou 20 minutos de atividade intensa por três dias na semana a fim de promover e manter a saúde (CICHOCKI et al., 2017). Tendo como base tais estudos, propomos a realização de atividade física aeróbica, diariamente, com duração máxima de 60 minutos, feitos de forma prazerosa, para que os pacientes aderissem melhor essa forma de tratamento.

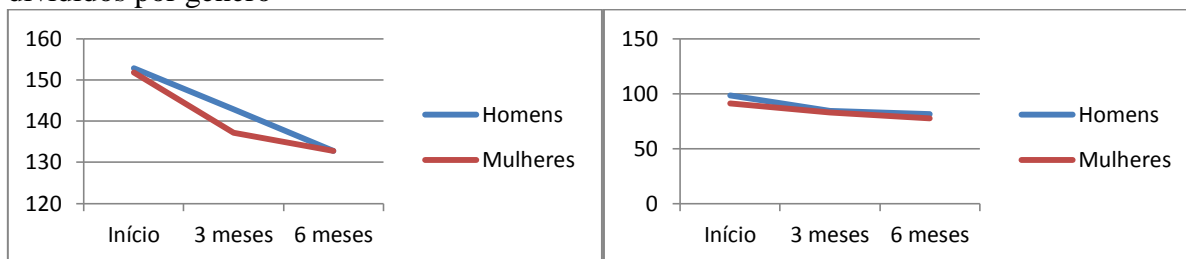
Figura 3 - Peso corpóreo em três momentos em 18 pacientes

Peso (Kg)	Início	3 meses	6 meses
	Média	Média	Média
Homem	97,8	96,5	94,1
Mulher	70,2	68,5	65,2

Fonte: Primária.

Percebemos que após os primeiros 3 meses de atividade física, os dois grupos apresentaram perda de peso, tendo os homens uma perda de 1,3 kg e a mulheres uma perda de 1,7 kg, com uma variação maior para as mulheres. Após os 6 meses essa variação continuou semelhante, tendo as mulheres perdido 1,3 kg a mais do que os homens. No total, as mulheres perderam 5,0 kg e os homens perderam 3,7 kg.

Figura 4 - Valores de pressão arterial sistólica e diastólica em três momentos em 18 pacientes, divididos por gênero



Fonte: Primária.

Avaliados sobre os valores pressóricos, percebemos que os dados se mantêm com uma alteração mais favorável para as mulheres, alcançando valores menores, na avaliação da pressão arterial, tanto sistólica como diastólica.

Figura 5 - Valores de pressão arterial sistólica e diastólica em três momentos em 18 pacientes

Pressão (mmHg)	0 meses	3 meses	6 meses
	Média	Média	Média
PAS	151,8	140,0	132,7
PAD	94,7	83,4	79,3

Fonte: Primária.

Valores médios alcançados pelo grupo, no período de 6 meses, apresentaram uma regressão da média da pressão arterial sistólica de 19,1 mmHg e da arterial diastólica de 15,4 mmHg.

7.1.2 DIMINUIÇÃO DO CONSUMO DE SÓDIO

A principal fonte de sódio na alimentação é o sal comum (40% de sódio), que é empregado rotineiramente na cozinha, no processamento dos alimentos e à mesa. O sal é muito utilizado na conservação de alimentos. Assim, alimentos industrializados, como temperos prontos, enlatados, embutidos, queijos e salgadinhos, contêm grande quantidade de

sal (COSTA; MACHADO, 2010). Seus principais alimentos contribuintes são os processados e de restaurantes em países de alta renda e o sal de adição em países de média e baixa renda (WHO, 2007). Hoje há evidências científicas convincentes da associação da hipertensão com a elevada ingestão de sódio (MORRISON; NESS, 2011). O consumo crônico de dieta com conteúdo elevado de sal está associado com maior pressão arterial e mortalidade por doenças cardiovasculares. Essa associação está diretamente relacionada à pressão arterial e às complicações cardiovasculares (COSTA; MACHADO, 2010). Tendo como base os dados acima, realizamos uma orientação mensal, juntamente com a nutricionista, com o intuito de reeducar a população a respeito do uso indiscriminado de sal, propondo uma dieta rica em fibras e com o mínimo de sódio.

Figura 6 - Tabela com avaliação do consumo de sódio em 18 pacientes em três momentos

Consumo de sódio	Início	3 meses	6 meses
1º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Não suspenso
2º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Não suspenso
3º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente
4º paciente	Não suspenso	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente
5º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente
6º paciente	Não suspenso	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente
7º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Suspenso parcialmente
8º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente
9º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Suspenso parcialmente
10º paciente	Não suspenso	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente
11º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Não suspenso
12º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente	Suspenso totalmente
13º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente
14º paciente	Não suspenso	Não suspenso	Não suspenso
15º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente	Suspenso totalmente
16º paciente	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente	Suspenso totalmente
17º paciente	Não suspenso	Suspenso parcialmente	Suspenso parcialmente
18º paciente	Não suspenso	Suspenso totalmente	Suspenso totalmente

Fonte: Primária.

Identificou-se uma redução total de sódio após os 06 meses em torno de 38,8 %, seguido de uma redução parcial de sódio em torno de 38,8 %, finalizando com uma redução ausente de sódio em torno de 22,2 %. Comparado com o quadro inicial, notamos uma redução, pelo menos parcial em torno de 77,7 %, algo muito significativo, quando comparado com o quadro inicial.

7.1.3 ORIENTAÇÃO SOBRE AS COMPLICAÇÕES DA DOENÇA

Inúmeros estudos epidemiológicos estabeleceram a associação da hipertensão arterial com eventos cerebrovasculares, renais e cardiovasculares, havendo uma relação contínua e linear entre a pressão arterial e o risco cardiovascular (SOUSA; JUNIOR, 2014). A doença é um importante problema de Saúde Pública no mundo e a principal causa de morte no Brasil - 29% do número de óbitos registrados. A evolução crônica e assintomática da HA é responsável pelo comprometimento de órgãos-alvo e pelas altas taxas de comprometimento cardíaco e cerebrovascular. (YUGAR-TOLEDO et al., 2014).

Realizamos momentos de educação em saúde mensais sobre temas relacionados com hipertensão e suas complicações, abordando também os pacientes durante as consultas de rotina, explicando como o uso regular do medicamento pode prevenir a crise hipertensiva e suas sequelas. Além disso, durante as consultas com o médico, o enfermeiro e a nutricionista, o paciente também era orientado sobre tais complicações, sempre enfatizando a importância, da manutenção do tratamento e estímulo com os resultados alcançados.

Figura 7 - Número de consultas e reuniões educativas frequentadas pelos hipertensos
Continua

Variável	Valores (H + M)
Total de consultas	324
Médico	108
Enfermeiro	108
Outros profissionais	107
Faltas	1
Total de reuniões	6

Fonte: Primária.

Notamos que praticamente não tivemos ausências durante as consultas, tendo somente um paciente que não pode ir à consulta por motivos pessoais.

Figura 8 - Tabela com valores de aproveitamento de aprendizado, divididos por gênero, em um período de 6 meses

Palestras	1ª palestra	2ª palestra	3ª palestra	4ª palestra	5ª palestra	6ª palestra
H	S: 70% I:30%	S:70% I:30%	S:85% I:15%	S:70% I:30%	S:70% I:30%	S:85% I:15%
M	S:70% I:30%	S:85% I:15%	S:85% I:15%	S:90% I:10%	S:85% I:15%	S:90% I:10%

H: homens M: mulheres S: satisfatório I: insatisfatório

Fonte: Primária.

Com relação aos momentos de educação em saúde, tivemos uma presença de todos os participantes, tendo relatos de aproveitamento satisfatório de todos os assuntos abordados pela equipe.

7.1.4 SOLICITAÇÃO À SECRETARIA PELA MANUTENÇÃO DOS MEDICAMENTOS NA REDE BÁSICA

A distribuição de medicamentos na atenção básica de saúde é parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças. Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial da Saúde são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade (OLIVEIRA et al., 2010). O SUS fornece gratuitamente, para a população, uma relação de medicamentos essenciais (RENAME). Entretanto, cada município tem autonomia para definir sua própria lista de medicamentos, baseada na RENAME, mas sem incluir necessariamente todos os medicamentos da lista nacional. Portanto, os medicamentos da RENAME podem não estar disponíveis nos serviços públicos municipais. Nesses casos, os indivíduos precisam às vezes recorrer ao setor privado como única alternativa, ocasionando gastos não previstos, que passam a consumir grande parte do orçamento familiar. Nesse contexto, o gasto com o tratamento de doenças crônicas compromete uma proporção importante da renda dos trabalhadores assalariados (HELFER et al., 2011).

A partir dessa análise, entramos em contato com a Secretaria Municipal de Saúde, solicitando junto às entidades responsáveis, manutenção contínua das medicações ditas como essenciais, para um tratamento adequado e eficaz das doenças crônicas, dando ênfase ao nosso estudo sobre a hipertensão. A secretaria mostrou-se de acordo, comprometendo-se em manter essas medicações na rede básica.

7.1.5 REDUÇÃO DAS URGÊNCIAS HIPERTENSIVAS

Urgências hipertensivas são situações em que há elevação pressórica acentuada (definida arbitrariamente como uma elevação pressórica diastólica ≥ 120 mmHg) sem lesão em órgãos-alvo de forma aguda e progressiva (SOUSA; JÚNIOR, 2014).

Figura 9 - Tabela com número de urgências hipertensivas recebidas na Unidade Básica de Saúde em três momentos em 18 pacientes, divididos pelo gênero

Urgência Hipertensiva	Início	3 meses	6 meses
Homens	1,0x/mês	0,8x/mês	0,3x/mês
Mulheres	1,0x/mês	0,6x/mês	0,3x/mês

Fonte: Primária.

Houve uma redução de 8 dos 11 pacientes femininos, após os 6 meses de abordagem, enquanto no caso dos homens essa redução ocorreu entre 5 dos 7 pacientes. Em porcentagens podemos dizer que dos casos femininos houve uma redução de 27,3 % e nos casos masculinos essa redução foi em torno de 28,6%.

7.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a utilização dos procedimentos acima citados, dentro do período de 06 meses, evidenciou-se uma perda de peso não tão importante, mas significativa do ponto de vista clínico e psicológico, já que com, essa perda de peso os pacientes sentiram-se bem mais motivados para alcançar melhores resultados. Vale enfatizar que, mesmo seguindo as orientações físicas e nutricionais, os pacientes relataram alguns episódios de descontrole alimentar, o que fez com que esses resultados não fossem maiores.

Do ponto de vista de redução pressórica, notamos um resultado mais expressivo, praticamente semelhante nos dois sexos, fato relacionado principalmente com a redução do consumo de sódio. Os pacientes relataram certa dificuldade inicial, mas ao decorrer dos meses, com a redução pressórica, se sentiram mais motivados, referindo uma mudança no paladar.

Com relação ao número de consultas, notamos um comprometimento importante dos pacientes participantes do plano, tendo somente uma falta à consulta com o nutricionista, sendo justificada por motivo de doença. Esse resultado foi alcançado em parte, também, devido aos momentos de educação em saúde sobre os riscos e complicações da doença, que foi mostrado aos pacientes, fazendo com que tivessem um maior entendimento de sua patologia e que se preocupassem mais na melhora de seus níveis pressóricos.

Finalmente, dentro do período de 06 meses, notamos redução do número de idas à unidade básica de saúde, de 01 vez/mês, para 01 vez/3 meses, devido urgência hipertensiva, em 13 dos 18 pacientes, mostrando a eficácia das metodologias propostas, associado ao comprometimento dos mesmos.

Os 13 pacientes que tiveram melhora com a diminuição dos números de idas à unidade, devido urgência, relatam que houve uma melhora significativa na qualidade de vida dos mesmos. Referem que querem continuar com o projeto, com o intuito de garantir melhores resultados, tendo como objetivo final a redução das doses diárias dos medicamentos utilizados para o tratamento da hipertensão.

Os 5 pacientes, 2 homens e 3 mulheres, que compareceram à unidade, mensalmente, apresentando crise hipertensiva, sendo necessário o encaminhamento para o hospital de referência, relataram outros fatores como causadores da urgência, citando entre eles: alteração da labilidade emocional, descompensação de outras doenças de base e não seguimento de todas as ações propostas pelo plano de intervenção. Foram, inclusive, encaminhados para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para iniciar, se necessário, tratamento com ansiolíticos. Esses mesmos pacientes referiram que irão realizar novo acompanhamento, com o intuito de melhorarem suas metas pressóricas, diminuindo assim, suas idas à unidade.

Salientamos que o plano de intervenção proposto, não abordou a redução ou até mesmo a cessação do tabagismo, outro fator importante na redução dos níveis pressóricos. Também temos em mente que uma abordagem mais intensiva, com um maior número de consultas, encontros durante as atividades físicas e maior incentivo por conta de outros

profissionais, aumentaria significativamente os valores de nossos resultados, nos fazendo repensar sobre uma nova abordagem para esses pacientes, em um novo plano de intervenção.

É importante ressaltar, que após essa abordagem bem sucedida, mesmo com esse número pouco expressivo de pacientes, houve uma procura maior pela unidade, por outros pacientes, com interesse em realizar esse plano de intervenção, aumentando a confiança na equipe e tendo uma potencial chance de que melhores resultados poderão ser alcançados em um novo plano, que será organizado em breve.

Também foi notado um maior empenho por conta da secretaria de saúde, para que os medicamentos fossem mantidos continuamente na central de distribuição de medicamentos, ajuda primordial que precisamos ter, já que todos os pacientes necessitam do uso regular da medicação e em nenhum dos casos apresentados ocorreu a retirada ou diminuição da dose nas drogas usadas para o tratamento anti-hipertensivo.

8 CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	01/12 à 23/12	02/01 à 31/01	01/02 à 28/02	01/03 à 31/03	01/04 à 30/04	01/05 à 31/05
Atividades	1	2	3	4	5	6
Escolha do tema (Cicero Davi)	X					
Reunião do grupo (Cicero Davi, Shériida e agentes de saúde)	X					
Estabelecimento das propostas (Cicero Davi e Shériida)	X					
Reavaliação do plano (Cicero Davi e Shériida)		X	X	X	X	X
Conclusão do plano (Cicero Davi)						X

9 RECURSOS NECESSÁRIOS

Nesse plano utilizamos de recursos humanos e estruturais. Como recursos humanos, utilizamos da nossa equipe de saúde, composta pela enfermeira, que ajudou no planejamento e na execução do plano, pelos agentes comunitários de saúde, que foram responsáveis pela reunião do grupo e incentivo dos pacientes para manutenção do plano e pelos técnicos de enfermagem, que fizeram a avaliação periódica dos pacientes. Também utilizamos como recursos humanos os pacientes, que fizeram parte do plano e aceitaram as condutas propostas e as reavaliações, com as orientações prescritas e seguidas. Fez parte também a nutricionista, que fez a avaliação nutricional dos pacientes, com a orientação dietética prescrita.

Nos recursos estruturais, fizemos uso da unidade básica de saúde, para avaliação e reavaliação dos pacientes, assim como dos prontuários dos mesmos, para anotação dos dados. Na unidade também fizemos uso de espaço para realização da palestra inicial sobre o plano proposto. Fizemos uso de área pública para a realização das atividades físicas.

10 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial sistêmica é uma patologia universal, que leva o paciente a diversas comorbidades evoluindo em alguns casos com as chamadas emergências hipertensivas, que podem terminar com o óbito de diversos pacientes.

Ações conjuntas entre a equipe de saúde da família e governo municipal com foco no paciente devem ser realizadas com o intuito de reduzir o risco de morte da população afetada por essa doença. Vimos que com essa abordagem, associada ao comprometimento dos pacientes, leva a um desfecho favorável da doença, diminuindo o número de idas dos pacientes à unidade de saúde com quadros de emergência hipertensiva.

Salientamos que o fator confiança deve ser conquistado, para que melhores resultados sejam alcançados, já que um número maior de pacientes irá ter o interesse de participar do plano. Também temos em mente, que além do alcance de resultados, temos que trabalhar na manutenção dos mesmos, incentivando os pacientes e a equipe, para que a vigilância seja mantida, juntamente com o comprometimento.

REFERÊNCIAS

- BECHO, A. dos S. et al. Dificuldades de adesão ao tratamento por hipertensos de uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Aps.**, Juiz de Fora, v. 3, n. 20, p.349-359, jul. 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2504/1116>. Acesso em: 10 ju. 2018.
- CICHOCKI, M. et al . Atividade física e modulação do risco cardiovascular. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 21-25, Feb. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151786922017000100021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 Jul. 2018.
- COSTA, F.P.; MACHADO, S.H. O consumo de sal e alimentos ricos em sódio pode influenciar na pressão arterial das crianças. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1383-1389, June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000700048&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jul. 2018.
- FEITOSA-FILHO, R.G.S. et al. Emergências Hipertensivas. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 3, n. 20, p.305-312, jun. 2008. Disponível em: rbti.org.br/exportar-pdf/v20n3a14.pdf. Acesso em: 10 jul. 2018.
- FERREIRA, M.A.; IWAMOTO, H.H. Determinantes da adesão ao tratamento de usuários com hipertensão cadastrados no programa hiperdia da atenção primária à saúde. **Reme: Revista Mineira de Enfermagem**, Uberaba, v. 1037, p.1-7, 21 jan. 2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1175>. Acesso em: 12 jul. 2018.
- GUS, I. et al . Prevalência, reconhecimento e controle da hipertensão arterial sistêmica no estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 83, n. 5, p. 424-428, Nov. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 jun. 2018.
- HELFER, A.P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Rev Panam Salud Publica**. 2012;31(3):225–32. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/225-232/pt>. Acesso em: 09 jun. 2018.
- KLAFKE, A.; VAGHETTI, L. A.P.; COSTA, A.D. Efeito do vínculo com um médico de família no controle da pressão arterial em hipertensos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 12, p.1-7, dez. 2017. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/02/877094/1444-9284-1-pb-1.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

LACERDA, I. C. et al. Características da clientela atendida por crise hipertensiva na emergência de um hospital municipal de Fortaleza, Estado do Ceará. **Acta Scientiarum. Health Sciences** Maringá, v. 32, n. 1, p. 73-78, 2010. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/5746/5746>. Acesso em: 08 jun. 2018.

MARTIN, J.F. . et al. Perfil de Crise Hipertensiva: Prevalência e Apresentação Clínica. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 83, n. 2, p. 125-130, Aug. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001400004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2018.

MORRISON, A.C.; NESS, R.B. Sodium Intake and Cardiovascular Disease. **Annu Rev Public Health**, [s.l.], v. 32, n. 1, p.71-90, 21 abr. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21219163>. Acesso em: 20 jun. 2018.

OLIVEIRA, L.C. F. de; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3561-3567, Nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jul. 2018.

PIERIN, A.M. G. et al. Chronic and asymptomatic diseases influence the control of hypertension treatment in primary care. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 763-770, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 jul. 2018.

RADOVANOVIC, C.A.T. et al. Intervenção multiprofissional em adultos com hipertensão arterial: ensaio clínico randomizado. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 69, n. 6, p. 1067-1073, Dec. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 jul. 2018.

ROCHA, M.L.F.; BORGES, J.W.; MARTINS, M.F.S. adesão ao tratamento da hipertensão arterial entre usuários da estratégia saúde da família em um município do piauí. **Rev. Aps.**, Piauí, v. 1, n. 20, p.6-20, mar. 2017. Disponível em: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2667/1075>. Acesso em: 12 jun. 2018.

SANTANA, J. de O.; PEIXOTO, S.V. inatividade física e comportamentos adversos para a saúde entre professores universitários. **Rev Bras Med Esporte**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 103-108, Apr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-86922017000200103&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 maio 2018.

SOUSA, M.G.; PASSARELLI JÚNIOR, O. Emergências hipertensivas: epidemiologia, definição e classificação. **Rev Bras Hipertens**, São Paulo, v. 3, n. 21, p.134-139, 25 ago. 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881333/rbh_v21n3_134-139.pdf. Acesso em: 20 maio 2018.

SOUZA, A.C.C. de et al. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 4, n. 62, p.535-539, 10 jun. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400007. Acesso em: 09 jun. 2018.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. et al. Systemic Arterial Hypertension in the Emergency Service: medication adherence and understanding of this disease. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 23, n. 6, p.1149-1156, dez. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400007. Acesso em: 20 jun. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Reducing salt intake in populations: report of a WHO forum and technical meeting**. Disponível em:http://www.who.int/dietphysicalactivity/Salt_Report_VC_april07.pdf. Acesso em: 18 maio 2018.

YUGAR-TOLEDO, J.C.; COSENSO-MARTIN, L.N.; VILELA-MARTIN, J. F. Aspectos fisiopatológicos e clínicos das emergências hipertensivas. **Rev Bras Hipertens**, São José do Rio Preto, v. 21, n. 3, p.140-147, 24 ago. 2014. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881354/rbh_v21n3_140-147.pdf. Acesso em: 10 jun. 2018.