



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Guilherme Rohden Schlickmann

Plano de Intervenção para identificar precocemente  
pacientes que apresentem Hipertensão Arterial  
Sistêmica (HAS) na Estratégia da Saúde da Família,  
em Grão Pará – SC.

Florianópolis, Março de 2023



Guilherme Rohden Schlickmann

Plano de Intervenção para identificar precocemente pacientes que apresentem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Estratégia da Saúde da Família, em Grão Pará – SC.

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

Orientador: Paula Bresolin  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Guilherme Rohden Schlickmann

Plano de Intervenção para identificar precocemente pacientes que apresentem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) na Estratégia da Saúde da Família, em Grão Pará – SC.

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

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Paula Bresolin**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, conhecida também por "pressão alta", que apesar de normalmente acometer a população idosa vêm avançando nas demais categorias de idade, chegando até mesmo nos jovens. HAS é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) e síndromes com manifestações próprias e características peculiares. No Posto de Saúde Estratégia da Saúde da Família 01 (ESF 01) , dos pacientes atendidos, 343 são hipertensos, o que corresponde a 169 a cada 1000 habitantes. Desta forma, decide-se trabalhar esse tema no projeto de intervenção. **Objetivo:** É identificar precocemente pacientes que apresentem HAS e proporcionar mudanças de hábitos na população local para a prevenção da comorbidade, construir e implementar, juntamente com a Equipe de Saúde da Família do município de Grão Pará do estado de Santa Catarina, um plano de ações que promova a saúde. **Metodologia:** O plano de ação inicia com a explanação do projeto com todos os profissionais, segue com as ações de palestras a respeito de caminhada, grupos de bicicleta, sobre alimentação saudável, de forma que estes conversem com os assistidos pelo posto sobre os benefícios destas mudanças, além da explanação do médico do posto que conversará com os assistidos sobre os benefícios da utilização correta da medicação. **Resultados esperados:** Espera-se que a aplicação desse projeto proporcione também momentos de reflexão e discussão da população com profissionais habilitados e capacitados para contribuir ainda mais no processo de prevenção da HAS e que possa atingir pelo menos 50% do público assistido pelo posto que apresentem ou não essa comorbidade.

**Palavras-chave:** Estudos de Intervenção, Hipertensão, Idoso, Promoção da Saúde



# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivo Específico</b> . . . . .	<b>11</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>13</b>
3.0.1	Hipertensão arterial sistêmica . . . . .	13
3.0.2	O tratamento dietético na hipertensão arterial sistêmica . . . . .	15
3.0.3	Envelhecimento populacional . . . . .	16
3.0.4	Hipertensão arterial sistêmica e envelhecimento . . . . .	16
3.0.5	Alimentação e hipertensão no idoso . . . . .	17
3.0.6	Hipertensão arterial e representações sociais . . . . .	18
3.0.7	Atividade física, saúde e hipertensão arterial . . . . .	20
3.0.8	Atividade física, comportamento sedentário e multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis . . . . .	20
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>23</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>27</b>



# 1 Introdução

O Posto de Saúde Estratégia da Saúde da Família 01 (ESF 01) está localizado no centro de Grão Pará, cidade localizada a 189 km de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. Esta cidade é originada em 2 de dezembro de 1882 ao ser escolhida como sede da Colônia Imperial, e recebeu este nome como homenagem a Dom Pedro de Alcântara de Orleans e Bragança, filho primogênito dos Príncipes Imperiais Conde d'Eu e Princesa Isabel Cristina.

A localidade era vinculada ao Distrito de Orleans desde 1888, que por sua vez era subordinada a Tubarão, sob o regime de Colônia. Em 1913 torna-se um distrito de Orleans, enfrenta turbulências políticas regionais até que em 1958 emancipa-se. Possui um território de 329km<sup>2</sup>, constituídos também pelos distritos Sede, Invernada e Aiurê, é circundada pela Serra do Corvo Branco até a Serra Furada e contornada pelo Rio Pequeno.

A população provém de descendente de imigrantes italianos, alemães, poloneses e portugueses, que compõe a etnia populacional da região. Já a economia local é baseada em agricultura, suinocultura, bovinocultura e avicultura.

Com uma população de 6223 habitantes, apresenta cerca de 62,02% da população com jovens adultos que possuem entre 15 e 54 anos, a população que compreende adultos entre 55 anos é de 9,35%, e a porcentagem de idosos acima de 65 anos é de 7,65%, de acordo com o Censo de 2010.

O Posto de Saúde ESF 01 assiste 2033 pacientes. Dentre as comorbidades mais apresentadas, os pacientes apresentam depressão hipertensão arterial, diabetes mellitus (DM), gastroenterite, gripe ou resfriado. Dos pacientes atendidos, 343 são hipertensos, o que corresponde a 169 a cada 1000 habitantes, conforme [E-SUS \(2020\)](#). Em 2018 encontrava-se 16 pacientes com HIV, mas de acordo com o controle interno, dois destes vieram a falecer, um sendo vítima de acidente automobilístico, enquanto outro devido à própria patologia. Houve o registro de um novo incidente de DM em um paciente acima de 60 anos, o que remete a um índice de 4,4 a cada 1000. É visível a grande demanda de pacientes com quadro de depressão, porém o sistema E-SUS não demonstra dados compatíveis com essa observação.

No entanto, a equipe da ESF do município busca rastrear pacientes com os principais diagnósticos acima citados, promovendo a prevenção das principais comorbidades levantadas. Esse levantamento é principalmente realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde - ACS, já que estas buscam de forma ativa e constante pacientes que apresentam essas comorbidades, pelas enfermeiras e médico da comunidade. A ausência do registro correto do CID provoca um diagnóstico epidemiológico incorreto, prejudicando ações posteriores aos cuidados primários para a prevenção de tais patologias.

Diante o cenário, o projeto de intervenção tem por objetivo identificar precocemente

pacientes que apresentem HAS e, proporcionar mudanças de hábitos na população local para a prevenção da comorbidade. O objetivo desse estudo se justifica pela importância pois a HAS caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou  $90$  mmHg é frequentemente associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, agravada pela presença de dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM. Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal ([CARDIOLOGIA, 2020](#)).

Conhecida por “pressão alta” a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma doença crônica que apesar de normalmente acometer a população idosa vêm avançando nas demais categorias de idade, chegando até mesmo nos jovens. HAS é, ao mesmo tempo, fator de risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV) e síndromes com manifestações próprias e características peculiares descrito em ([NOBRE et al., 2013](#)).

As possibilidades de se realizar este projeto vem do desejo de que como afirmado por [Radovanovic et al. \(2014\)](#), grande parte dos fatores ligados diretamente a HAS são controláveis e por tanto tratáveis. Devido a isso, os principais fatores de risco para incluem: obesidade, estresse, álcool, hereditariedade, idade, raça, vida sedentária e alta ingestão de sódio. Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados (i) baixo nível educacional, (ii) colesterol elevado e (iii) diabetes mellitus, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela. Pela sua estreita correlação com estilo de vida pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis de acordo com [Carvalho et al. \(2013\)](#).

De acordo com [Radovanovic et al. \(2014\)](#) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo.

O projeto é oportuno neste momento pois um dos seus principais fatores do acentuamento é o estilo de vida adotado pelo paciente que, na maioria das vezes, além de não fazer nenhum tipo de atividade física regular exagera na alimentação, onde outro fator preponderante para a HAS é a hereditariedade, a maior parte dos pacientes possuem um histórico perigoso de familiares que possuem HAS ou possuíram e que faleceram por DCV, conforme [Mendonça, Lima e Oliveira \(2012\)](#). No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por DCV, junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 demonstradas em ([CARDIOLOGIA, 2020](#)). O que valida o projeto com os interesses da comunidade e da unidade de saúde.

## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Orientar os pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso no Posto de Saúde Estratégia da Saúde da Família 01.

### 2.2 Objetivo Específico

- Conhecer as dificuldades de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica.
- Desenvolver um projeto de orientação sobre alimentação, atividades físicas e instruções acerca a comorbidade;
- Rastrear precocemente de jovens e adultos com HAS;



## 3 Revisão da Literatura

### 3.0.1 Hipertensão arterial sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a doença crônica cardiovascular mais frequente no campo das doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus e neoplasias (DCNT). Podendo ser caracterizada por níveis sustentados de pressão arterial sistólica momento em que o ventrículo esquerdo bombeia uma quantidade de sangue para a aorta maiores ou iguais a 140mmHg e no momento em que o ventrículo esquerdo volta a encher para repetir o processo de circulação maiores ou iguais a 90mmHg chamada de diastólica, em pessoas que não fazem uso de medicação anti-hipertensiva (BRASIL, 2020d). Sua presença pode representar fator de risco para outras enfermidades, associando-se com frequência a alterações na estrutura e funcionamento de órgãos como o coração, rins, vasos sanguíneos e encéfalo, além de alterações no metabolismo aumentando o risco de eventos cardiovasculares que podem ser tanto fatais quanto não fatais (RIERA, 2000).

A HAS possui uma classificação em função dos níveis pressóricos apresentados pelo paciente sendo classificada conforme tabela 1.

Esses valores são considerados para pessoas acima de 18 anos (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2020). Podendo também ser classificada como hipertensão arterial sistêmica secundária (HAS-S), por ser originada em função de outra enfermidade que quando eliminado o fator etiológico, ela pode ser controlada ou até eliminada. De acordo Cardiolgia, Hipertensão e Nefrologia (2020) essa modalidade de hipertensão representa apenas 5% dos casos de hipertensão arterial e o acompanhamento regular da pressão arterial representa o principal meio de verificação de anormalidades que possam culminar na HAS.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida eventual no consultório

<i>Classificação da Hipertensão</i>	Pressão Sistólica (mmHg)	Pressão Diastólica (mmHg)
Estágio 1	140 - 159	90 - 99
Estágio 2	160 - 179	100 - 109
Estágio 3	maior ou igual a 180	maior ou igual a 110
Sistólica Isolada	maior ou igual a 140	menor que a 90

Construído pelo autor baseado em (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2020)

É de extrema importância o diagnóstico precoce para que seja possível redução das complicações que ela pode causar como: doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, insuficiência cardíaca, doença renal crônica e doença arterial periférica (BRASIL, 2020d). Sua evolução que geralmente é assintomática contribui para sua baixa taxa de controle, baixa adesão às prescrições do tratamento e alta prevalência. Apesar de ser uma condição crônica sem cura, ela pode ser estabilizada com base na adoção de práticas de controle adequadas e modificação dos comportamentos de risco que intensificam o quadro da doença (SCHMIDT et al., 2011). Entre os fatores de risco para a HAS destacam-se a idade onde tem-se estimativas de que 65% dos idosos no Brasil vivem com hipertensão arterial, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, álcool e sedentarismo. Verifica-se que predisposições genéticas associadas a contextos onde o estilo de vida pouco saudável dos familiares tem representado ameaça para a prevenção e controle da hipertensão arterial, isso incluiria fatores socioeconômico e genéticos (BRASIL, 2020d).

Segundo dados da *Cardiologia, Hipertensão e Nefrologia* (2020), o crescimento da mortalidade decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC) está associado com as elevadas taxas de pressão alta entre a população. Estimativas da *Organization* (2020a) descrevem a hipertensão arterial como motivadora de até 51% dos AVC fatais, e 45% das mortes por coronariopatias. No Brasil, segundo dados epidemiológicos, estima-se a prevalência da HAS em 40% a 50% das pessoas acima dos 40 anos, mais de 50% entre 60 e 69 anos, e até 75% acima de 70 anos (ROSÁRIO et al., 2009). Dados do Ministério da Saúde disponíveis no DATASUS mostram que por exemplo a unidade estudada o Posto de Saúde ESF 01 assiste 2033 pacientes. Dentre as comorbidades mais apresentadas, assiste-se pacientes com depressão em seja jovem ou adultos, hipertensão arterial, diabetes mellitus, gastroenterite, gripe ou resfriado. Dos pacientes atendidos, 343 são hipertensos, o que corresponde a 169 a cada 1000 habitantes, conforme (E-SUS, 2020).

De acordo com Riera (2000) o tratamento da HAS ocorre por meio de medidas não-medicamentosas e medicamentosas, e tem por objetivo reduzir as cifras pressóricas para 130/80mmHg. Sendo assim, a decisão pela melhor forma de tratamento, ou combinação das duas modalidades, não deve ser baseada apenas nos níveis de pressão arterial, mas deve considerar também o risco cardiovascular existente, bem como a presença de lesão em órgão, fatores de risco ou até mesmo alguma doença cardiovascular já estabelecida (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2020). Recomenda-se que particularidades do tratamento não-medicamentoso sejam indicadas de forma indiscriminada para todos os pacientes, que em essência implica na modificação do estilo de vida buscando comportamentos favoráveis ao controle da pressão arterial, que se traduz na adoção de práticas como a modificações do estilo de vida, como o controle do peso, a prática regular de atividade física, a redução do consumo de álcool e uma alimentação balanceada (CHOBANIAN, 2009). Nas medidas medicamentosas deve-se considerar fatores como a busca pela manutenção da qualidade de vida do paciente; eficácia da droga

em administração por via oral, busca de posologia preferencialmente de dose única diária; fornecimento de informação ao paciente sobre a doença hipertensiva e o plano terapêutico adotado, além da consideração de sua condição socioeconômica (BRASIL, 2020d).

O objetivo principal do controle da doença é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares, agindo sobre os níveis de pressão arterial e na redução de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais. Ressalta-se que a obtenção de resultados satisfatórios no tratamento é essencialmente dependente da modificação de padrões comportamentais e adesão ao plano terapêutico proposto (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2020). Nessa direção Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que a adesão ao tratamento é um ponto central e indiscutível para o combate a uma doença, ressaltam a importância em compreender esse fenômeno enquanto resultado da interação do paciente com seu contexto, nas esferas comunitárias, sociais e familiar de forma geral, incluindo a própria relação com os serviços de saúde e equipe profissional. As práticas relacionadas à adesão ou não adesão deve ser analisada em seus determinantes individuais e coletivos, instituindo o paciente, ou o responsável por ele, como objeto prioritário para a investigação.

### 3.0.2 O tratamento dietético na hipertensão arterial sistêmica

Uma dieta com maior teor de frutas, vegetais e laticínios com baixos teores de gordura total, saturada e colesterol, citadas pelos pesquisadores como *Dietary Approach to Stop Hypertension* (DASH) mostrou-se eficiente na redução dos níveis pressóricos, com uma diminuição de 11,4 mmHg (pressão sistólica) e 5,5 mmHg (pressão diastólica) em indivíduos hipertensos (APPEL et al., 1997), Chobanian et al. (2003) indicam a prescrição da DASH como eficaz na redução dos níveis pressóricos. A prescrição desta dieta ocorreu após um ensaio clínico randomizado, realizado em quatro centros médicos dos Estados Unidos com 459 participantes, sendo 133 hipertensos e 326 normotensos, onde foi ofertado três tipos de dieta para três grupos diferentes.

Recomendações semelhantes às citadas acima, além do consumo diário de 5 g/dia de sal para hipertensos controlados e 2 g/dia (1 colher de chá rasa = 1 g de sal) para hipertensos graves também são apresentadas no Caderno de Atenção Básica – Caderno 7 – sobre a HAS e o DM. Ressalta-se nessas recomendações o aumento da ingestão de alimentos fonte de potássio, visto que este mineral auxilia no controle dos níveis pressóricos e na preservação da circulação cerebral, evitando o AVC (BRASIL, 2020c).

A relação direta entre a quantidade de sódio consumido e a elevação da pressão arterial com o consumo de sódio e o aumento dos níveis pressóricos está ligada com o avançar da idade de acordo com estudos clínicos (GROUP, 1988). Stamler (1989) não observou aumento da pressão arterial em populações com reduzida ingestão salina, sua relação com a pressão arterial é direta e progressiva.

Deveza (2012) descreve que durante a maior parte da evolução, o homem consumiu menos de 0,25 g/dia de sal e atualmente o consumo a nível mundial varia de 9 a 12 g de

pessoa, quase o dobro do que é geralmente recomendado de  $< 5$  g/dia e uma estratégia de redução da ingestão de sal de 10-20% anual não mostraria alterações no paladar e alcançaria níveis pretendidos (5-6 g/dia) em aproximadamente cinco anos. A prescrição dietética da HAS prega a adoção de uma alimentação saudável que atenda às necessidades fisiológicas do indivíduo e permita a diminuição dos níveis arteriais. Entretanto, segundo [Freitas, Fontes e Oliveira \(2008\)](#) a alimentação não possui apenas uma dimensão, o alimento é prazer sensorial, ritual e linguagem simbólico-religiosa. Cada indivíduo tem sua trajetória alimentar, começa no aleitamento e vai se expandindo para um número elevado de alimentos e preparações, atitudes e rituais relacionados à alimentação.

### 3.0.3 Envelhecimento populacional

O estudo se volta ao Grão Pará, cidade localizada a 189 km de Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina. A população de 6223 habitantes provém de descendente de imigrantes italianos, alemães, poloneses e portugueses, e apresenta cerca de 62,02% da população com jovens adultos que possuem entre 15 e 54 anos, a população que compreende adultos entre 55 anos é de 9,35%, e a porcentagem de idosos acima de 65 anos é de 7,65%, de acordo com o [IBGE \(2020\)](#).

Conforme consta na lei 8.842, 1994 ([BRASIL, 2020a](#)) é considerado idoso pessoas maiores de sessenta anos de idade. O envelhecimento ocorre em um ritmo diferenciado entre populações e indivíduos, muito influenciado por fatores endógenos e ambientais esse processo está associado às alterações biológicas, fisiológicas, sociais e psíquicas, que afetam a necessidade de vários nutrientes, dieta e o padrão alimentar. Tais modificações na alimentação podem ser decorrentes de alterações no apetite, diminuição das necessidades energéticas e de atividade física, anorexia, doenças crônicas não transmissíveis, declínio progressivo do paladar e olfato, fatores psicossociais, uso de medicamentos, entre outros descritos em ([CHAPMAN, 2007](#)) e para que haja preservação das funções fisiológicas e qualidade de vida, a adequação nutricional do idoso é um fator que pode ser essencial ([KENNEDY, 2006](#)).

### 3.0.4 Hipertensão arterial sistêmica e envelhecimento

[Mendes e Barata \(2008\)](#) afirmam que alterações na anatomia e na fisiologia cardiovascular que acontecem no processo de envelhecimento promovem aumento da incidência de HAS entre idosos. [Wajngarten \(2006\)](#) corrobora informando que dados demográficos mostram o envelhecimento da população mundial e a epidemiologia comprova o impacto plausível das DCNT nas faixas etárias maiores.

A prevenção da HAS é muito importante e é baseada no controle dos fatores de risco que já foram descritos anteriormente, além disto, com o aumento da idade a probabilidade de o indivíduo tornar-se hipertenso também aumenta. Por ser uma doença assintomática,

difícilmente o diagnóstico é realizado precocemente ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2020](#)). No Brasil, para reduzir a mortalidade associada à HAS e DM, foi implementada no Brasil a Política Nacional de Atenção Integral à HAS e DM, desta forma, ações de controle, tratamento e prevenção de HAS e DM foram revistas ([BRASIL, 2020d](#)). As ações de prevenção de HAS devem ser executadas em diversas áreas. Sabendo que existem muitos fatores que dificultam ações preventivas, como por exemplo o grande número de alimentos com altos teores de sódio e a falta de locais para a prática de atividade física. [Chobanian et al. \(2003\)](#) descrevem que a prevenção exige uma abordagem multifatorial e direcionada a toda população e não apenas focada para a população em risco.

### 3.0.5 Alimentação e hipertensão no idoso

De acordo com [Tomé \(2011\)](#) nos idosos a relação entre alimentação e HAS é estreita, devido ao desbalanceamento da dieta e à falta de conhecimento dos nutrientes que compõe o alimento segundo [Gadenz e Benvegnú \(2013\)](#). Uma abordagem de saúde pública para significativa redução na ingestão de sódio e melhoria da qualidade dos alimentos consumidos deveria ser adotada.

A ingestão de alimentos ricos em gordura de origem animal e pobre em frutas e vegetais está diretamente relacionada com maior incidência de doenças, o consumo de 400g por dia de frutas e legumes tem sido defendido pela [Organization \(2020d\)](#) e adotado nas recomendações no [Brasil \(2020b\)](#) como fator de proteção afim de se obter uma redução da incidência de DCNT ([REPORT, 2020](#)). Segundo a terceira diretriz do Guia Alimentar para a População Brasileira as recomendações são de três porções por dia de legumes e verduras e três porções de frutas, para garantir 9% a 12% da energia diária consumida, considerando uma dieta de 2.000kcal ([BRASIL, 2020b](#)).

Em relação ao sódio, segundo a sexta diretriz do Guia Alimentar para a População Brasileira, que menciona consumo de gorduras, açúcares e sal é recomendado que o consumo diário de sal não ultrapasse 5g/dia (1 colher rasa de chá por pessoa). Isso mostra que o consumo atual médio de sal pela população deveria ser reduzido pela metade ([BRASIL, 2020b](#)). Junto a esta recomendação deve-se recomendar uma redução do consumo de alimentos ricos em sódio, como exemplos alimentos processados com alta concentração de sal, temperos prontos, sopas industrializadas dentre tantos outros, como estratégia de prevenção primária.

[Barros \(2008\)](#) observou que os produtos industrializados mais consumidos por paulistas adultos e idosos foram manteigas e margarinas, refrigerantes e refrescos, embutidos e hambúrgueres. Porém, além da redução no consumo de sódio, outros minerais podem auxiliar no tratamento e controle dos níveis pressóricos, como o cálcio, magnésio e potássio ([SACKS et al., 1998](#)). Sendo que, destes três minerais [Borghi e Tartagni \(2012\)](#) informam que o mais efetivo para redução da pressão arterial é o potássio e que apesar da medida

de maior impacto para prevenção e tratamento de HAS ser a redução na ingestão de sal a alimentação em geral tem tanta importância quanto a redução do sódio, por isso, tratar a redução de sódio como prática isolada seria um equívoco.

Ao analisar as características da alimentação de idosos e HAS verifica-se que mudanças e alterações na alimentação são importantes, pois fazem parte das estratégias de tratamento. Assim, alterações na alimentação, tabagismo, consumo de álcool e atividade física quando realizadas em conjunto podem reduzir o surgimento de HAS e por consequência reduzir o risco de mortalidade (LOEF; WALACH, 2012). Sendo assim, ao analisar alguns tipos de dieta, é possível verificar que existe associação da dieta com redução das taxas de pressão arterial (PA), entre eles a dieta DASH, dieta do mediterrâneo e a dieta vegetariana. Estes padrões dietéticos possuem características semelhantes, devido padrões alimentares ricos em frutas, fibras, minerais, hortaliças e laticínios e baixos teores de gordura saturada, todos possuem forte impacto na redução das taxas de PA de acordo com Savica, Bellinghieri e Kopple (2010).

No entanto, muitos idosos não possuem conhecimento de quais alimentos contêm quantidade elevada de sódio, exceto o sal de cozinha. Através disso, existe a necessidade de orientações nutricionais direcionadas a essa população que devem ser reforçadas, a falta de conhecimento e informação sobre a composição nutricional do alimento pode levar ao excesso de consumo e trazer males.

### 3.0.6 Hipertensão arterial e representações sociais

Stuhler (2012) ao realizar estudos sobre representações sociais e saúde ressalta três contextos de investigação, constituindo-se campos de relação (i) relações entre representações e práticas de saúde, (ii) relações entre saber de senso comum e saber técnico, (iii) e os que visam verificar os níveis de percepção da realidade envolvidos nesse universo. Na área da saúde, a utilização do conhecimento científico para compreender a visão do paciente sobre sua condição, caracteriza uma forma de lidar com os aspectos complexos presentes no contexto da enfermidade (WACHELKE; CAMARGO, 2007). Na mesma linha de pensamento, Badziak e Moura (2010) explicam que a compreensão sobre o que é saúde varia em diferentes grupos sociais e até dentro de um mesmo grupo, dessa forma acaba se tornando indispensável conhecer qual é o significado de saúde para uma determinada conjunto de pessoas antes de desenvolver uma política de saúde para elas.

Camargo et al. (2011) pensando na diferenciação das representações em contextos distintos realiza um estudo comparativo realizado com homens de diferentes cidades, objetivando verificar a representação social da saúde e do cuidado, tais estudos demonstraram que para os homens, a visão sobre o que é saúde engloba fatores como ações preventivas e hábitos saudáveis, serviços de saúde e qualidade de vida. Em contrapartida Brito (2010) observou que onde para os homens prevalecem elementos objetivos como hospital e doença, a representação social da saúde para as mulheres continha elementos como as-

pectos subjetivos e noção de bem estar. Sendo assim, é relevante levar em consideração as diferenciações entre gêneros, contextos e momentos históricos na apreciação das representações e para entender o fenômeno da saúde sob o olhar das representações sociais precisa-se colocar em cena a valorização do senso comum como campo de significação da realidade, produção de saberes e encontro entre os atores sociais que compõem essa relação. Dessa forma a compreensão do fenômeno das doenças crônicas, especificamente a hipertensão arterial, se investigado a partir das representações sociais que circulam nesse universo relacional, possibilita ultrapassar a simples descrição, possibilitando um campo ampliado de material a ser analisado baseado no processo de construção do conhecimento sobre o fenômeno. As ações em saúde pública voltadas para a questão da HAS devem ter em pauta o conhecimento acerca de como as pessoas que vivem com essa doença a percebem e qual sua visão sobre a condição crônica que acompanha esse quadro. Nesse sentido, conhecer as representações sociais das pessoas acerca desse fenômeno possibilita o acesso aos conteúdos cognitivos e afetivos que estão envolvidos, para que assim a maior quantidade possível de variáveis que influenciam durante processo saúde e doença seja abordada e articulada em estratégias de enfrentamento mais assertivas. [Mantovani et al. \(2008\)](#) realizaram um estudo com usuários do sistema de saúde que realizavam tratamento da hipertensão arterial na cidade de Curitiba-PR, onde demonstraram que de uma forma geral, os participantes possuíam informações objetivas sobre a doença e conheciam suas principais complicações. Porém a condição crônica da HAS é um fator que não é claro para esse grupo, foi até mesmo constatado pelo grupo que a HAS possuía cura.

Um dos fatores de destaque verificado nas representações sociais da HAS é o aspecto emocional. Esse elemento demonstra ter um forte fator de influência sobre a adoção de práticas de controle, tanto na visão das pessoas que vivem com hipertensão quanto da equipe de saúde de acordo com [Silva e Moura \(2011\)](#). Nessa mesma perspectiva, [Boell et al. \(2012\)](#) mostram que em estudo com pessoas que vivem com diabetes e hipertensão, os problemas do dia-a-dia e os decorrentes do contexto familiar foram relatados pelas pessoas como fatores que dificultam a adoção das práticas de controle. A intervenção profissional pode ser beneficiada através da compreensão das representações, pois a valorização dos saberes do senso comum na representação social, contribui para a tomada de decisão dos programas de saúde e permite apreender de que forma os grupos concebem e se relacionam com a doença e com o tratamento. Sem contar que estudos em representações sociais que busquem fornecer contextualizações sobre a área da saúde atraem olhares dos profissionais da área para aspectos afetivos, simbólicos e subjetivos, fazendo com que a prática profissional seja voltada para a educação e promoção em saúde. Tornando-se mais compatíveis com a população a qual se destinam suas demandas específicas.

[Costa et al. \(2011\)](#) chamam a atenção dos profissionais da área de saúde para o papel importante das representações sociais acerca da HAS, pois foi verificado que eles enxergam a doença como passível de controle mediante a utilização de recursos disponíveis

aos usuários nos próprios serviços de saúde, por outro lado os pacientes são resistentes aos procedimentos de cuidado e controle quando se referem à necessidade de modificação do estilo de vida. Muitas das práticas de controle da HAS mantinham a ideia de cuidado à doença centralizada no medicamento. Verificando que as representações sociais influenciam as relações e práticas sociais, analisar e compreender esse contexto possibilita à ciência disponibilizar conhecimentos mais aprimorados sobre uma determinada ocorrência gerando condições mais adequadas e favoráveis para aplicação de estratégias de intervenção junto à população.

### 3.0.7 Atividade física, saúde e hipertensão arterial

A atividade física reduz o risco do desenvolvimento da hipertensão arterial dentre outras como acidente vascular encefálico, Diabetes Mellitus tipo 2, câncer de colón e de mama, obesidade e sobrepeso, dentre outras enfermidades, a atividade física também é capaz de reduzir a depressão e melhora o funcionamento do organismo, dentre outros benefícios. Por exemplo, no estudo de metanálise conduzido por [Cornelissen, Buys e Smart \(2013\)](#), foi observada redução pressórica em pessoas com hipertensão arterial, a qual participaram de exercício físico de *endurance*, mesmo obtendo uma duração entre 6 e 52 semanas, com frequência de 2 a 5 dias na semana e intensidade entre 50 e 75% da frequência cardíaca de reserva com tempo entre 30 e 60 minutos de atividade, demonstrando uma queda pressórica decorrente de apenas um tipo de intervenção aeróbia. Destacando que ainda que a intensidade, duração, frequência dessas atividades possam variar, elas não afetam a redução da pressão arterial. [Cornelissen, Buys e Smart \(2013\)](#) citam também que mesmo além da utilização da prática de atividade física para a prevenção de doenças, tendo o exercício físico como uma das dimensões da atividade física, tem sido indicado como forma de tratamento não farmacológico para algumas enfermidades como no caso da hipertensão arterial. Onde [Pescatello \(2015\)](#) descreve que o exercício físico aeróbio tem sido universalmente recomendado como uma terapia de estilo de vida para pessoas com hipertensão arterial, reduzindo de 5 a 7 mmHg a pressão arterial desses adultos.

### 3.0.8 Atividade física, comportamento sedentário e multimorbidade de doenças crônicas não transmissíveis

A atividade física total é um fator de proteção para a multimorbidade, tanto para adultos do sexo masculino quanto feminino. [Cimarras-Otal et al. \(2014\)](#) realizaram uma mensuração variável de atividades físicas que têm associação inversa à multimorbidade, como é o caso da intensidade, duração e frequência das atividades. Em idosos, por exemplo, que tinham níveis leves em pelo menos uma prática semanal de atividade física, demonstraram menores prevalências de diagnósticos acumulados ao serem comparados aos inativos. [Dhalwani et al. \(2016\)](#) observaram que a quantidade de doenças existentes

---

na multimorbidade é inversa ao aumento da intensidade da atividade física, sendo esta realizada em pelo menos uma vez por semana.

Uma pessoa fisicamente ativa que realiza 150 minutos de atividade física aeróbia e muscular de forma moderada semanalmente, realiza um comportamento de prevenção primária para a ocorrência de diagnósticos crônicos de falta de saúde, em decorrência da melhoria de sua capacidade cardiorrespiratória (ORGANIZATION, 2020c). Porém, se considerar a doença já instalada a abordagem seria distinta. A atividade física apresentou importante associação inversa com a prevenção e predição da multimorbidade, se comparada à frequência e intensidade da prática, sugere-se que essas variáveis incentivam o praticante ao exercício. Porém, essas evidências são reforçadas ao considerar que as pessoas são aqueles inativos fisicamente, onde a inatividade é um comportamento de risco independente, considerado o quarto fator de risco de mortes em todo o mundo segundo Organization (2020b). 35,2% dos diagnósticos de doenças cardíacas foi comprovado pela falta de cumprimento das recomendações por aqueles insuficientemente ativos, Min et al. (2012) informam que essa preocupação se torna necessária por ser caracterizada na população adulta e idosa. Segundo Ahmadi (2016) desta maneira, medidas para reverter este quadro com incentivo da prática suficiente de atividade física, devem ser priorizadas, principalmente em países de média renda, com inserção destas ações realizadas gradualmente na rotina desde a juventude.

Comportamentos de atividade física e sedentário são estabelecidos em diversas literaturas, Greer (2015) por exemplo considerou que a prática de atividade física compreende dois importantes papéis (i) a possível contribuição para a melhora da capacidade física prevenindo e controlando diagnósticos de multimorbidade (ii) e a quebra e substituição do comportamento sedentário. Com esse objetivo é importante a análise minuciosa de diferentes domínios da atividade física para identificar a existência de interação entre diferentes comportamentos e combinações de doenças. Verifica-se que estudos de associação da multimorbidade com indicadores de atividade física e de comportamento são relevantes. Porém, no contexto brasileiro ainda existem ainda a necessidade de se obter mais informações sobre este comportamento referente à multimorbidade.



## 4 Metodologia

Tabela 2 – Organização das Atividades

O que será feito?	Como será feito?	Onde será feito?
Palestra sobre os benefícios da caminhada	Será convidado um Educador Físico que converse com os assistidos pelo posto sobre os benefícios das caminhadas;	Na sala de reunião do Posto de Saúde;
Cadastro dos hipertensos que querem caminhar	Será feito uma lista dos interessados e divulgado os grupos via Whatsapp e Facebook;	Em meio virtual: Facebook. Pessoalmente: com o auxílio das agentes de saúde
Caminhada em grupos	Será feito informativos divulgando o horário das caminhadas, ponto de saída, duração e ponto de chegada.	Em meio virtual: Facebook. Pessoalmente: com o auxílio das agentes de saúde
Palestra sobre mudança de hábitos alimentares	Será convidada uma Nutricionista para falar com os assistidos pelo posto sobre hábitos alimentares e trocas mais saudáveis.	Na sala de reunião do Posto de Saúde;
Atividade física na academia ao ar livre na praça	Será convidado um Educador Físico que explique como os assistidos pelo posto podem utilizar a academia ao ar livre.	Na sala de reunião do Posto de Saúde;
Palestra sobre os benefícios da grupos de bicicleta	Será convidado um Educador Físico que converse com os assistidos pelo posto sobre os benefícios dos grupos de bicicleta.	Na sala de reunião do Posto de Saúde;
Palestra sobre a utilização da medicação correta	O médico do posto de saúde irá conversar com os assistidos sobre os benefícios da utilização correta da medicação.	Na sala de reunião do Posto de Saúde;
Controle e acompanhamento	Será realizado o controle e acompanhamento dos pacientes cadastrados	Nas consultas mensais;

## 5 Resultados Esperados

Levando em consideração que a HAS pode ser um fator de risco para outras enfermidades e com o objetivo da prevenção da comorbidade HAS pelos assistidos da ESF 01, buscar-se-á o contato telefônico de profissionais como Nutricionistas e Educadores Físicos que já atuam na prefeitura da cidade que possam conduzir uma palestra aos assistidos demonstrando a importância de manter a alimentação saudável associada a atividades físicas.

Após a composição da equipe multiprofissional que irá atuar neste projeto, deverá ser agendada uma reunião para apresentação e explanação deste projeto a todos os profissionais.

O projeto tem seu início com a criação de uma página no Facebook da ESF 01, pelo fato de ser gratuito e poder alcançar toda a comunidade assistida pelo posto. Nele, será feita a divulgação das palestras, a publicação de dicas, e o anúncio de grupos de caminhadas ao ar livre, e dos passeios de bicicleta. Através do próprio Facebook pode-se coletar os interessados em participar dos grupos, além do apoio das agentes de saúde que o possam fazer manualmente, ou ainda via contato direto pelo Whatsapp. Acredita-se ser mais eficiente iniciar com a palestra sobre caminhada por ser uma atividade física de baixo custo, necessitando apenas de itens pessoais como roupas e tênis adequados. O fato de criar grupos de caminhadas possibilita que as caminhadas aconteçam com maior frequência, desenvolvendo assim o hábito e o compromisso com a atividade.

Em seguida, a palestra com a Nutricionista sobre a alimentação saudável irá propiciar um panorama mais amplo aos assistidos, permitindo que estes percebam como uma ali-

Tabela 3 – Cronograma de intervenção

	Set	Nov	Jan	Mar	Mai	Jul
Palestra sobre os benefícios da caminhada	X					
Cadastro dos interessados nos grupos de caminhada	X	X	X	X	X	X
Palestra sobre hábitos alimentares saudáveis		X				
Palestra sobre atividade física na Praça			X			
Palestra sobre os benefícios de pedalar				X		
Palestra sobre a Utilização correta da medicação					X	
Controle e acompanhamento dos assistidos	X	X	X	X	X	X

Construído pelo autor

mentação mais equilibrada contribui na manutenção da saúde deles. Dando continuidade a esta proposta de projeto, o Educador Físico pode propor outras atividades ao ar livre, como academia ao ar livre que o Município já dispõe, e também os grupos de bicicleta e atividades levantadas pelos assistidos. Desta forma, este projeto se torna viável devido ao fato de não necessitar recursos financeiros diretamente, somente de profissionais que apoiem e queiram contribuir com a saúde da comunidade local.

Com a conclusão das palestras de temas de nutrição e atividade física, o médico do Posto poderá realizar uma palestra sobre os benefícios do uso correto da medicação, além de mencionar os problemas causados pelo mau uso das medicações indicadas. Durante todo o processo, deve-se manter o controle e acompanhamento dos pacientes para que se possa coletar os resultados alcançados com esse projeto verificando sua eficácia para esta comunidade. Este projeto poderá, e deverá, sofrer alterações conforme a necessidade da população e da ESF 01 a serem conhecidas ao longo de seu desenvolvimento.

Desta forma, o projeto de intervenção para a comunidade atendida pelo posto de saúde ESF 01 tem como ideia central propiciar momentos de reflexão e discussão da população com profissionais habilitados e capacitados que possam contribuir ainda mais no processo de prevenção desta comorbidade. Tem-se como primeiro objetivo atingir os 343 pacientes que já apresentam HAS.

Atingir com essas propostas e intervenções 1046 dos 2033 pacientes, ou seja, 50% do público assistido pelo posto que apresentem ou não a comorbidade HAS é uma tarefa desafiadora, porém é através dessas intervenções e propostas que conseqüentemente ter-se-á um maior controle da mesma e até mesmo tendo sua prevenção.

## Referências

- AHMADI, B. Multimorbidity: Epidemiology and risk factors in the golestan cohort study, iran: A cross-sectional analysis. *Medicine*, p. 95–97, 2016. Citado na página 21.
- APPEL, L. J. et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *New England journal of medicine*, p. 1117–1124, 1997. Citado na página 15.
- BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, p. 69–79, 2010. Citado na página 18.
- BARROS, R. R. Consumo de alimentos industrializados e fatores associados em adultos e idosos residentes no município de são paulo. São Paulo, n. 174, 2008. Curso de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública. Cap. 1. Citado na página 17.
- BOELL, J. E. W. et al. Hipertensão arterial e diabetes mellitus: Atenção à saúde em uma unidade básica. *Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE* 6, p. 1485–1490, 2012. Citado na página 19.
- BORGHI, C.; TARTAGNI, E. The older patient with hypertension: care and cure. *Therapeutic advances in chronic disease*, p. 231–236, 2012. Citado na página 17.
- BRASIL. *Decreto-lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994*: Dispõe sobre a política nacional do idoso e cria o conselho nacional do idoso. 2020. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 16.
- BRASIL. *Guia alimentar para a população brasileira : promovendo a alimentação saudável*. 2020. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 17.
- BRASIL. *Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus: protocolo*. 2020. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 15.
- BRASIL. *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. 2020. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica15.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 16.
- BRITO, A. M. M. Representações sociais, crenças e comportamentos de saúde: um estudo comparativo entre homens e mulheres. Florianópolis, n. 188, 2010. Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Cap. 1. Citado na página 18.
- CAMARGO, B. V. et al. Representações sociais de saúde e cuidado: um estudo multicêntrico sobre vulnerabilidade masculina. *Temas em Psicologia*, p. 179–192, 2011. Citado na página 18.

- CARDIOLOGIA, S. B. de. *7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial*. 2020. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 10.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. 2020. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2010001700001&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0066-782x2010001700001&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 16.
- CARVALHO, M. V. de et al. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 164–174, 2013. Citado na página 10.
- CHAPMAN, I. M. The anorexia of aging. *Clinics in Geriatric Medicine*, p. 735–756, 2007. Citado na página 16.
- CHOBANIAN, A. V. The hypertension paradox—more uncontrolled disease despite improved therapy. *New England Journal of Medicine*, p. 878–887, 2009. Citado na página 14.
- CHOBANIAN, A. V. et al. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *hypertension*, p. 1206–1252, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 17.
- CIMARRAS-OTAL, C. et al. Association between physical activity, multimorbidity, self-rated health and functional limitation in the spanish population. *BMC public health*, p. 1170–1170, 2014. Citado na página 20.
- CORNELISSEN, V. A.; BUYS, R.; SMART, N. A. Endurance exercise beneficially affects ambulatory blood pressure: a systematic review and meta-analysis. *Journal of hypertension*, p. 639–648, 2013. Citado na página 20.
- COSTA, J. A. da et al. Integração ensino-serviço de saúde no enfrentamento da hipertensão arterial. *Revista Extensão Sociedade*, p. 1–3, 2011. Citado na página 19.
- DEVEZA, F. Ingestão de sal na hipertensão arterial: quem e quanto deve reduzir? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, p. 229–231, 2012. Citado na página 15.
- DHALWANI, N. N. et al. Long terms trends of multimorbidity and association with physical activity in older english population. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, p. 8–8, 2016. Citado na página 20.
- E-SUS. *DATASUS*. 2020. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsc.def>>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 14.
- FREITAS, M. do Carmo Soares de; FONTES, G. A. V.; OLIVEIRA, N. de. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. Salvador: EDUFBA, 2008. Citado na página 16.
- GADENZ, S. D.; BENVENÚ, L. A. Hábitos alimentares na prevenção de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos hipertensos. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 3523–3533, 2013. Citado na página 17.

- GREER, A. E. The effects of sedentary behavior on metabolic syndrome independent of physical activity and cardiorespiratory fitness. *Journal of Physical Activity and Health*, p. 68–73, 2015. Citado na página 21.
- GROUP, I. C. R. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ: British Medical Journal*, p. 319–328, 1988. Citado na página 15.
- IBGE. *População no último censo*. 2020. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/grao-para/panorama>>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 16.
- KENNEDY, E. T. Evidence for nutritional benefits in prolonging wellness. *The American Journal of Clinical Nutrition*, p. 410–414, 2006. Citado na página 16.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. da P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 775–782, 2003. Citado na página 15.
- LOEF, M.; WALACH, H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine*, p. 163–170, 2012. Citado na página 18.
- MANTOVANI, M. de F. et al. O significado e a representação da doença crônica: conhecimento do portador de hipertensão arterial acerca de sua enfermidade. *Cogitare Enfermagem*, p. 336–342, 2008. Citado na página 19.
- MENDES, R.; BARATA, J. L. T. Envelhecimento e pressão arterial. *Acta Med Port*, p. 193–198, 2008. Citado na página 16.
- MENDONÇA, L. B. de A.; LIMA, F. E. T.; OLIVEIRA, S. K. P. de. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? *Escola Anna Nery*, p. 340–346, 2012. Citado na página 10.
- MIN, L. I. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The lancet*, p. 219–229, 2012. Citado na página 21.
- NOBRE, F. et al. Hipertensão arterial sistêmica primária. *Medicina (Ribeirao Preto Online)*, p. 256–272, 2013. Citado na página 10.
- ORGANIZATION, W. H. *Estadísticas sanitarias mundiales 2012*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44858/9789243564449_spa.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 14.
- ORGANIZATION, W. H. *Global health risks : mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44203/9789241563871_eng.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 21.
- ORGANIZATION, W. H. *Global recommendations on physical activity for health*. 2020. Disponível em: <[https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 20.

- ORGANIZATION, W. H. *Hypertension control: report of a WHO Expert Committee*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38276/WHO\\_TRS\\_862.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38276/WHO_TRS_862.pdf)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 17.
- PESCATELLO, L. S. Exercise for hypertension: A prescription update integrating existing recommendations with emerging research. *Current hypertension reports*, p. 87–87, 2015. Citado na página 20.
- RADOVANOVIC, C. A. T. et al. Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, p. 547–553, 2014. Citado na página 10.
- REPORT, T. W. health. *Reducing risks, promoting healthy life*. 2020. Disponível em: <[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR\\_2002.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42510/WHR_2002.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 30 Mai. 2020. Citado na página 17.
- RIERA, A. R. P. *Hipertensão Arterial - Conceitos Práticos e Terapêutica*. São Paulo: Atheneu, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.
- ROSÁRIO, T. M. do et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em nobres - mt. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 672–678, 2009. Citado na página 14.
- SACKS, F. M. et al. Effect on blood pressure of potassium, calcium, and magnesium in women with low habitual intake. *Hypertension*, p. 131–138, 1998. Citado na página 17.
- SAVICA, V.; BELLINGHERI, G.; KOPPLE, J. D. The effect of nutrition on blood pressure. *Annual review of nutrition*, p. 365–401, 2010. Citado na página 18.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in brazil: burden and current challenges. *The Lancet*, p. 1949–1961, 2011. Citado na página 14.
- SILVA, M. E. D. da Costa e; MOURA, M. E. B. Representações sociais de profissionais de saúde sobre a hipertensão arterial: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery*, p. 75–82, 2011. Citado na página 19.
- STAMLER, J. Intersalt study findings. public health and medical care implications. *Hypertension*, p. 570–577, 1989. Citado na página 15.
- STUHLER, G. D. Representações sociais e adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Florianópolis, n. 191, 2012. Curso de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Cap. 1. Citado na página 18.
- TOMÉ, M. J. Food habits and nutritional status of elderly people living in a spanish mediterranean city. *Nutricion hospitalaria*, p. 1175–1182, 2011. Citado na página 17.
- WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. *Interamerican Journal of Psychology*, p. 379–390, 2007. Citado na página 18.
- WAJNGARTEN, M. Cardiogeriatría: uma subespecialidade ou uma necessidade? *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, p. 8–9, 2006. Citado na página 16.