UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

FELIPE AUGUSTO BRITO MADUREIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NO HIPERDIA

LAGOA SANTA – MG
2013

FELIPE AUGUSTO BRITO MADUREIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NO HIPERDIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Andrea Fonseca e Silva

LAGOA SANTA – MG

2013

FELIPE AUGUSTO BRITO MADUREIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CARDIOVASCULAR NO HIPERDIA.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Andreia Fonseca e Silva

Banca Examinadora

Andreia Fonseca e Silva- orientadora

Profa. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 01 de novembro de 2013

RESUMO

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como a obesidade. É uma doença democrática que acomete crianças, adultos e idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras. A hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade, o nível alto de colesterol apresentado em exames laboratoriais, sedentarismo, alto índice de fumantes e o consumo elevado de álcool são os principais problemas que mais atingem a população em estudo. A população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Feliciano José Henriques está localizada próxima ao centro da Cidade de Sarzedo e relata problemas com característica de doença cardiovascular. A população coberta pela UBS é de cerca de 4.563 pessoas divididas em 11 micro áreas, atendidas por uma equipe de saúde da família. A população apresenta hábitos deficientes referente à sua dieta, pois a maioria encontra-se acima do peso e boa parte é hipertensa e um bom número de pessoas são diabéticas. O número de hipertensos é grande devido à diversidade dos fatores descritos, e são baixos o acompanhamento e as orientações dadas sobre dieta aos usuários. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção inserindo a estratificação de risco cardiovascular nas atividades do hiperdia para que se possam tomar as condutas devidas para cada grupo de risco. Antes, porém, foi necessário buscar fundamentação teórica na literatura tanto no SciELO quanto na linha guia de Atenção à Saúde do Adulto - Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), dentre outras, com vistas à elaboração plano de intervenção e do que deveria ser inserido na rotina da UBS e assim implantar melhores ações de manejo clinico dos pacientes. A implementação da classificação de risco dentro do hiperdia é uma iniciativa para que se possa instrumentalizar os profissionais de saúde sendo esta uma boa estratégia para resolver este problema.

Palavras-chave: Pressão arterial. Hipertensão. Assistência à Saúde.

ABSTRACT

Hypertension is a disease characterized by elevated blood pressure levels . It is a metabolic syndrome usually accompanied by other changes such as obesity. It is a democratic disease that affects children , adults and elderly , men and women of all social classes and financial conditions . Hypertension , diabetes , obesity, high cholesterol level shown in laboratory tests , physical inactivity , high rates of smoking and heavy alcohol consumption are the main problems that most affect the population under study . The population of the area covered by the Basic Health Unit (BHU) Feliciano José Henriques is located close to the city center and reports Sarzedo problems characteristic of cardiovascular disease . The population covered by UBS is about 4,563 people divided into 11 micro areas , served by a team of family health . The population has disabled habits relating to your diet , as most is found overweight and most are hypertensive and a good number of people are diabetic . The number of hypertensive patients is due to the great diversity of the factors described , and are low monitoring and guidance given on diet users . This research aimed to develop an intervention plan entering the stratification of cardiovascular risk in HIPERDIA activities so that they can take the appropriate behaviors for each risk group . First, however , it was necessary to seek theoretical basis in the literature both in SciELO as the guide line of Adult Health Care - Hypertension and Diabetes Department of Health of Minas Gerais (MG - SES) , among others , with a view to drafting plan intervention and what should be included in routine UBS and thus deploy best stocks of clinical management of patients . The implementation of risk classification within HIPERDIA is an initiative so that we can equip health professionals and this is a good strategy to solve this problem .

Keywords:. Hypertension. Arterial Pressure. Delivery of Health Care

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

DCV – Doença Cardio Vascular

DM – Diabetes Mellitus

FR – Fatores de Risco

HA – Hipertensão arterial

HAS – Hipertensão arterial sistêmica

IDH – Indice de Desenvolvimento Urbano

IMC – Incice de massa Corpórea

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAS - Pressão arterial sistólica

PAD - Pressão arterial diastólica

PES – Planejamento Estratégico Situacional

SES/MG – Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SCIELO – Scientific Eletronic Library Online

UBS – Unidade Básica de Saúde

VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito telefônico

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Problemas identificados na área de abrangência.....22
Quadro 2 – Nós Críticos e operações 26
Quadro 3 - Recursos críticos.....26
Quadro 4 - Operação menos prêmios e Mais Saúde 27
Quadro 5 - Operação Venha ser HIPER todos os DIAS.....28

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Risco estratificado do Ministério da Saúde.....29
Figura 2 - Carimbo Grupo HIPERDIA 30
Figura 3 - Risco estratificado do Ministério da Saúde.....31

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO 9

2 JUSTIFICATIVA.....12

3 OBJETIVO 14

4 METODOLOGIA 15

5 REFERENCAL TEÓRICO.....17

5.1 Visitando a literatura.....17

5.2 Iniciando o Plano de intervenção.....21

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....33

REFERENCIAS.....34

1 INTRODUÇÃO

*S*arzedo, em Minas Gerais, apresenta uma população de 25.814 habitantes distribuídos em uma área de 62.134 km e está inserida no bioma da mata atlântica. Foi instalada oficialmente em janeiro de 1997 e está posicionada a 12 km do principal corredor de desenvolvimento de Minas Gerais, que é o entorno da Rodovia Fernão Dias, fazendo divisa com Brumadinho, Mario Campos, Ibirité e Betim. Atualmente a cidade possui 39 bairros, quase todos localizados em área definida como urbana, com taxa de urbanização chegando a 98,91% e com grande concentração habitacional. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 2000 é de 0,748. Sua economia se baseia na indústria, serviços e agropecuária nesta ordem de importância de acordo o Instituo Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013).

A Estratégia de Saúde da Família do município conta com sete enfermeiros, 66 Agentes comunitários de Saúde (ACS), 14 técnicos de enfermagem, sete auxiliares de enfermagem, sete médicos generalistas, dois pediatras, um ginecologista, 15 funcionários da equipe de saúde mental. Conta, ainda, com uma Policlínica (média complexidade) e tem pactuação com a cidade de Ibirité para encaminhamento dos casos para a maternidade. Para a cidade de Betim são feitos os encaminhamentos dos pacientes de urgência para o Hospital Regional. Possui ainda nove escolas, três creches, uma clinica de fisioterapia, uma Farmácia de Minas, um laboratório de próteses dentárias, um serviço de saúde mental, dois laboratórios de análises clínicas, um centro de especialidades odontológicas.

A população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Feliciano José Henriques está localizada próxima ao centro da Cidade de Sarzedo. A população coberta pela UBS é de 4.563 pessoas divididas em 11 micro áreas atendidas por uma equipe de saúde da família. O Conselho de Saúde da comunidade se reúne uma vez por mês na unidade para discutir propostas de ações na comunidade com pouca organização e apoio da comunidade. A UBS é utilizada pela grande maioria da população que apesar de não conhecer bem como é o real funcionamento da unidade, elogia o trabalho da equipe.

A população apresenta hábitos deficientes na sua dieta, sendo que a maioria se encontra acima do peso. Boa parte é hipertensa e um bom número

destes é diabético. Informações colhidas durante a atividade de acolhimento dos usuários mostram que a população recebe informação sobre dieta e hábitos de vida saudáveis, mas não vem utilizando no dia a dia. A maioria da população apresenta renda entre 1 e 5 salários mínimos. Muitos usam a cidade como dormitório e identificam-se menores de idade já trabalhando na região. Varias famílias dividem o mesmo terreno como moradia e em alguns casos a mesma casa (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SARZEDO, 2013)

A população sofre com ação de traficantes de drogas; porém a maioria dos casos atendidos na unidade decorre do tabagismo e do alcoolismo. A maioria da população da área (1.619 pessoas) está na faixa etária de 20 a 39 anos evidenciando uma transição entre população jovem para adulta. A população de hipertensos é de 526 pessoas (11% da população da área de abrangência) demonstrando ser este um dos maiores agravos da área (SIAB/SARZEDO, 2013).

> Outro aspecto que merece consideração é a modificação no perfil da população brasileira com relação aos hábitos alimentares e de vida, que indica uma exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares. A mudança nas quantidades de alimentos ingeridos e na própria composição da dieta provocou alterações significativas do peso corporal e distribuição da gordura, com o aumento progressivo da prevalência de sobrepeso ou obesidade da população (JARDIM *et al.,* 2007, p 453)

O serviço de saúde oferece quadro completo de equipe de saúde, exames laboratoriais e medicamentos necessários para o combate à hipertensão. Verifica-se que não se espera mais que três dias para uma consulta com o clinico. A unidade conta com dois pediatras atendendo em dias diferentes da semana. Surgem vagas de desistência todos os dias que são atendidos pelo ginecologista. Caso haja alguma intercorrência, a policlínica acolhe o paciente, resolvendo a maioria das ocorrências. Caso aconteça a necessidade de atendimento a um paciente com quadro agudo na unidade e um especialista não se encontre no local, é feita busca por atendimento na rede municipal e em outras unidades de saúde para sanar a demanda. O município se esforça para atender as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Através de coletas de informação feitas pelos profissionais, o município alimenta o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) municipal onde, além de vários dados, também se obtém informação sobre faixa etária da população, doenças referidas, condição referida separada por sexo, numero de famílias cadastradas, pessoa coberta por plano de saúde, numero de alfabetizados, tipo de casa, tipo de abastecimento e tratamento de água, destino do lixo, fezes e urina e abastecimento de energia.

2 JUSTIFICATIVA

De acordo com o SIAB (2013) da Secretaria Municipal de Sarzedo, alimentado pelas informações coletadas pela equipe da unidade básica, o problema risco cardiovascular foi priorizado pela equipe de saúde e foi encarado com cuidado, pois 11% (526) das pessoas da área de abrangência apresentam hipertensão arterial e 2,97% (135) das pessoas da área de abrangência apresentam diabetes *mellitus.* Nos registros da equipe no grupo de Hiperdia, verificou-se que estão cadastradas apenas 81 pessoas e dessas 34 são obesas. Pode-se atribuir a baixa cobertura e a falta de organização do manejo clinico dos pacientes com hipertensão, ao baixo empenho de alguns profissionais da equipe de saúde local.

O tema hipertensão foi escolhido devido ao fato da classificação de risco cardiovascular não estar inserida na rotina de avaliação dos pacientes do hiperdia. A hipertensão é um problema crônico da população local e deve ser priorizado pela equipe de saúde local.

Uma das maneiras de se obter um bom resultado sobre o acompanhamento de hipertensos é criar uma maneira de cuidar destas pessoas para que assim as propostas de tratamentos possam ser usadas de forma mais eficiente para cada grau de hipertensão.

Ao se atacar a hipertensão arterial de uma forma mais organizada, os resultados dos tratamentos poderão ser mais efetivos para o paciente possibilitando, assim, que a pessoa não interrompa as suas atividades usuais tais como trabalhar, estudar, etc. Os serviços de saúde pública também ganham utilizando tratamentos certos para cada tipo de hipertensão, fornecendo medicamentos que podem ser usados de maneira correta e profissionais de saúde que podem gerenciar melhor o atendimento a pacientes acometidos por essa doença. Consequentemente, os gastos com o sustento do sistema de saúde local poderão diminuir já que hoje uma grande parcela da população demanda estes recursos.

A hipertensão é uma doença silenciosa que demanda uma ação conjunta para o tratamento. Os pacientes e os profissionais de saúde devem se unir cada um fazendo a sua parte. O resultado deste tipo de ação proporciona melhorias para a população, pois as pessoas atingidas por esse mal poderão dimensionar melhor a gravidade do problema.

Os fatores apresentados anteriormente justificam a inclusão de uma classificação de risco cardiovascular baseada na proposta da linha guia da Secretaria Estadual de Saúde para que se possam estratificar os grupos de risco e assim ser traçada a melhor estratégia para o acompanhamento dos hipertensos da área de abrangência (MINAS GERAIS, 2007)

A estratificação do risco cardiovascular é uma importante estratégia para o manejo clinico de uma população de hipertensos. A partir do momento que os pacientes são agrupados de acordo com uma classificação de risco, os profissionais envolvidos conseguem mais facilmente nortear as ações de cuidados com maior eficiência e qualidade. As condutas serão mais eficazes, já que o foco será um grupo que apresenta as mesmas demandas, pois um grupo de pessoas classificadas, por exemplo, como de alto risco, poderão ter uma assistência mais adequada a sua necessidade.

Os hipertensos de uma área de abrangência já estratificada poderão ser inseridos em ações multidisciplinares oferecidas nas unidades de saúde. Outro exemplo importante seria inserir os usuários classificados como de baixo risco em um grupo de caminhada, para que com essa mudança no estilo de vida, possa diminuir ou evitar o uso do tratamento medicamentoso.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção inserindo a estratificação de risco cardiovascular nas atividades do hiperdia para que se possam tomar as condutas devidas para cada grupo de risco.

4 METODOLOGIA

A fundamentação deste trabalho se apoiou em dois momentos. Foi feito uma revisão de literatura sobre o tema Risco Cardiovascular, em manuais como a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, nas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia e em artigos científicos. Os descritores utilizados foram: Classificação de risco, pressão arterial, hipertensão, assistência à saúde.

O recorte temporal definido foi os últimos 6 anos, onde foi feito o levantamento do material necessário a ser utilizado e em destaque a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais usada como base para as intervenções.

Como critérios de exclusão não foram utilizados artigos em outras línguas. Foram utilizadas as bases de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Portal da Saúde do Ministério da Saúde, Linha Guia da Secretaria de Estado de Saúde, Site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Manuais dos Módulos de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Foi ainda utilizado o Diagnóstico Situacional elaborado anteriormente, onde foi aplicado o método da estimativa rápida, proposto em uma das etapas do módulo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, realizado para identificar os problemas a serem enfrentados para que as prioridades fossem estabelecidas. Este método procura envolver a população, os diversos setores sociais e autoridades municipais na identificação das suas necessidades e problemas, facilitando o trabalho intersetorial e apoiando o processo de planejamento participativo (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

Buscou-se, também, a elaboração de um plano de intervenção, para enfrentamento do problema, seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus e estudado no módulo sobre Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde. Este método consiste em identificar e priorizar os problemas a serem enfrentados através de um processo participativo

que engloba a visão de diversos setores sociais e elabora soluções para o seu enfrentamento através de soluções e estratégias viáveis para alcançar os objetivos propostos, procurando avaliar sempre os resultados de sua implantação (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010)

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Visitando a literatura

No Brasil, cerca de 60 a 80% dos casos de Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) podem ser tratados na rede primária de saúde, necessitando apenas de medidas preventivas e de promoção de saúde (CARVALHO *et al.,* 2012)

No caso da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde publicou o Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus – Hiperdia. Este programa promoveu a reorientação da assistência farmacêutica proporcionando o fornecimento contínuo e gratuito de medicamento, além do monitoramento das condições clínicas de cada usuário (BRASIL, 2001).

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) eleva-se com a idade, destacando-se: as doenças osteoarticulares, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus, as doenças respiratórias crônicas, a doença cerebrovascular e o câncer. Dados nacionais apontam que as DCNT respondem por 66,3% da carga de doença, enquanto as doenças infecciosas, por 23,5%, e causas externas, por 10,2% (CAMPOLINA *et al*., 2013).

A doença cardíaca apresentou-se como aquela que mais promoveria ganhos em porcentagens de anos a serem vividos livres de incapacidade, caso fosse eliminada, em ambos os sexos. É notório que as doenças cardiovasculares foram e continuam a ser, apesar de sua diminuição, a principal causa de morte no Brasil.

Em um estudo sobre o padrão de mortalidade no Município de São Paulo, em 1970, a ordenação dos principais grupos de doenças e agravos à saúde, em função dos ganhos propiciados à expectativa de vida ao nascer, caso não tivessem sido fatores de risco de morte, destacou as doenças cardiovasculares em primeiro lugar (CAMPOLINA *et al*., 2013).

A hipertensão arterial é reconhecida como uma doença crônica resultado de uma alteração pressão arterial do organismo apresentando varias consequências.

> A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, 2010. p1).

Essa doença possui fator hereditário em 90% dos casos, mas há vários fatores que influenciam nos níveis de pressão arterial, entre eles: fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, grande consumo de sal, níveis altos de colesterol, falta de atividade física, menor acesso aos cuidados de saúde e o nível educacional são possíveis fatores associados. O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial sendo que 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão do que os ativos (BRASIL, 2013).

Já o fumo é responsável por 71% dos casos de câncer de pulmão e 42% dos casos de doença respiratória crônica e quase 10% dos casos de doenças cardiovasculares. O consumo excessivo de sal aumenta o risco de hipertensão e eventos cardiovasculares, e o alto consumo de carne vermelha, de carne altamente processada e de ácidos graxos trans, está relacionado às doenças cardiovasculares e ao diabetes (DUNCAN *et al.,* 2012).

Segundo pesquisa denominada Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) cujos resultados são representativos para adultos de 18 anos ou mais residentes nas capitais brasileiras em 2010 verificaram que:

• 15% eram fumantes;

• apenas 30% referiam consumir frutas e hortaliças regularmente (cinco ou mais porções/semana), enquanto 34% referiam consumir carne com excesso de gordura;

• apenas 30% relatavam praticar atividade física no lazer e/ou no deslocamento ao trabalho, atendendo às recomendações de hábitos saudáveis. O percentual se reduziu para 15% ao se considerar apenas o lazer; em contraposição, 28% assistiam três ou mais horas de televisão por dia;

• 8% relatavam ingestão alcoólica que permitia sua classificação em bebedores excessivos esporádicos de álcool (BRASIL, 2012).

Além desses fatores de risco, sabe-se que sua incidência é maior na raça negra e aumenta com a idade sendo maior entre homens com até 50 anos, entre mulheres acima de 50 anos, em diabéticos e quem tem histórico familiar de hipertensão (BRASIL, 2013).

Segundo Coitinho citado por Muraro *et al.(*2013, p. 1.388): "Entre estes fatores de risco, um aspecto que merece destaque na população brasileira é a modificação dos hábitos alimentares e de estilo de vida, como a redução prática de atividade física, que indica exposição cada vez mais intensa a riscos cardiovasculares".

Os sintomas da hipertensão costumam aparecer somente quando a pressão sobe muito podendo ocorrer dores no peito, dor de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada e sangramento nasal. Ter pressão alta aumenta as chances de ocorrência de infarto do coração, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e renal, impotência sexual, além de outras complicações que alteraram significantemente a qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), quem é hipertenso e não faz o controle adequado pode ter uma redução na expectativa de vida de até 16 anos e seis meses (BRASIL, 2013).

No Brasil, a hipertensão é encontrada entre a população de adultos o que a caracteriza como um problema de saúde publica. Segundo VI Diretriz Brasileira de Hipertensão (2010, p. 1), "A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública". Relata, ainda, que esta falta de controle torna a hipertensão um importante fator de morte tornando a mortalidade por doença cardiovascular (DCV) um fator progressivo. O fato de esta doença ser de caráter silencioso e de consequências repentinas leva a população atingida apresentar necessidade de internações. As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados.

> O controle da pressão arterial é crítico para a prevenção de lesão a órgãos induzidas pela hipertensão, mas a natureza assintomática dessa doença faz com que ela seja sub-diagnosticada e consequentemente, sub tratada, apesar de sua alta prevalência (CIPULLO *et al.*, 2010, p. 1)

São muitos os fatores que 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 (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

Para que estes fatos acima listados possam ser controlados estratégias são propostas.

> A principal estratégia para o tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é o processo de educação por meio do qual a aquisição do conhecimento permitirá mudanças de comportamento tanto em relação às doenças quanto em relação aos fatores de risco cardiovascular (MINAS GERAIS, 2007, p 18)

A necessidade de se estabelecer medidas que permitam ao hipertenso compreender adequadamente a hipertensão arterial e a importância da adaptação a uma situação exigem mudanças comportamentais contínuas e que favoreçam o cumprimento das medidas terapêuticas indicadas (SPINATO, MONTEIRO e SANTOS, 2010)

O aumento da idade está ligado à maior prevalência de doenças crônico-degenerativas, e isto pode tornar o indivíduo mais preocupado com seu estado de saúde, aumentando a adesão ao tratamento, uma vez que este processo depende, em grande parte, de como o hipertenso percebe sua condição de saúde (LEITE e VASCONCELLOS, 2003)

De acordo com Chrestani, Santos e Matijasevich (2009, p. 2.396) em artigo intitulado *Hipertensão Arterial Sistêmica auto referida a validação diagnóstica em estudo de base populacional*, “o auto relato do diagnóstico de HAS é uma estratégia de baixo custo, acessível e de rápida aplicação, já validado para utilização em estudos populacionais como indicador apropriado para estimar a prevalência de HAS”.

A avaliação clinica deve levantar informações para oferecer o melhor tratamento. Para a instituição do tratamento deve-se considerar o nível pressórico e o risco do paciente.

> A medida da pressão arterial deve ser obrigatoriamente realizada em toda avaliação clínica de pacientes de ambos os sexos, por médicos de todas as

> especialidades e pelos demais profissionais de saúde devidamente treinados. O método mais utilizado é o indireto, o com técnica auscultatória, com esfigmomanômetro de coluna de mercúrio e estetoscópio. O esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ainda é o equipamento mais adequado. O aparelho aneroide deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada seis meses. O uso de aparelhos eletrônicos afasta erros relacionados ao observador, porém somente são indicados quando validados de acordo com recomendações específicas e testados periodicamente (MINAS GERAIS, 2007, p 18).

Após a aferição da pressão arterial a mesma deverá ser caracterizada como hipertensão.

> A Hipertensão arterial é definida pela persistência destes níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg. O VII Relatório do "Joint National Committe on Prevention, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure" (2003) considera o limite superior da normalidade da pressão arterial os valores de 120/80 mmHg (MINAS GERAIS,2007, p 25)

Ao ser caracterizado como hipertensão o risco deve ser avaliado.

> Para determinar o risco, os pontos-chaves do Joint National Committe VII são que uma PA sistólica acima de 140 mm Hg seja melhor preditor de doença cardiovascular (DCV) que a PA diastólica em pessoas acima de 50 anos; o risco de doença cardiovascular DCV duplica com cada incremento de 20/10 mm Hg a partir de uma PA de 115/75 mm Hg; e indivíduos que sejam normotensos aos 55 anos de idade têm um risco de 90% durante a vida de desenvolver hipertensão (MINAS GERAIS, 2007, p 25)

5.2. Iniciando o Plano de intervenção

Os dados a seguir se referem ao diagnostico situacional realizado em Sarzedo na área de abrangência da UBS Feliciano José Henriques no ano de 2012. Foi identificado que o Risco Cardiovascular é o principal problema levantado pela equipe de saúde da unidade levando-se em conta que a resolução do mesmo é de enfrentamento parcial. Após todas as discussões, foi confeccionada uma tabela para delinear as decisões do grupo.

Quadro 1: Problemas identificados na área de abrangência, na UBS Feliciano José Henriques, 2012.

UBS Feliciano José Henriques				
Principais Problemas	**Importância**	**Urgência**	**Capacidade de enfrentamento**	**Seleção**
Risco Cardiovascular	Alta	5	Parcial	1
Alcoolismo	Alta	3	Parcial	2
Tabagismo	Alta	3	Parcial	3
Faixa Salarial	Alta	2	Fora	4

Fonte: Equipe Saúde da Família/Sarzedo

A priorização dos problemas levantados a partir do diagnostico situacional foi feita seguindo o modelo sugerido no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde. Foi confecciona uma planilha onde os problemas foram identificados e analisados. Os critérios utilizados foram de atribuir valor alto, médio e baixo para a importância do problema; distribuição de pontuação indo de 0 a 5 conforme a urgência; capacidade de enfrentamento da equipe definindo se a solução do problema estava dentro, fora ou parcialmente responsável pela solução; e ainda numerar os problemas por ordem de resultado (CAMPOS,FARIA e SANTOS, 2010).

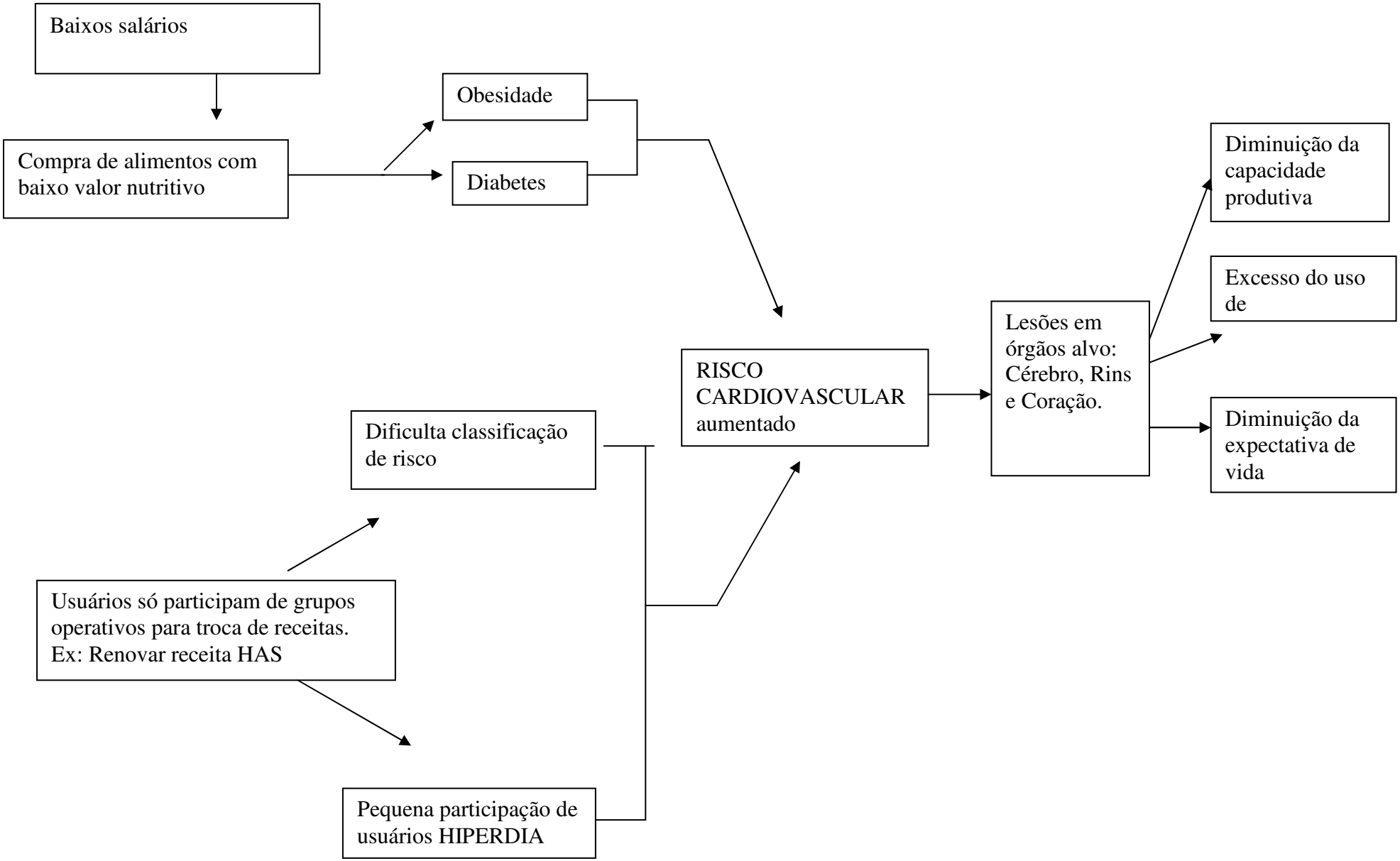
Portanto, de acordo com o SIAB (2013), o problema risco cardiovascular foi priorizado, pois 11% (526) das pessoas da área de abrangência apresentam hipertensão arterial. De acordo com a equipe da UBS, todos os 526 hipertensos cadastrados no SIAB deveriam ser atendidos pelo Hiperdia. Atualmente, o melhor controle é feito por um caderno de registro de participantes criado pela equipe. Nesse caderno consta a participação de 81 pessoas. Não é feito um acompanhamento ideal devido ao fato do cadastro de hipertensos fornecido pela secretaria de saúde não estar com informações atualizadas. Um exemplo é o fato de constar uma pessoa com duas datas de nascimento e os óbitos não serem retiradas do cadastro.

Em relação à solução do problema levantado de apatia da população em relação ao grupo de hiperdia, o trabalho atual propõe uma mudança de conduta dos profissionais e dos participantes no dia do grupo. As pessoas seriam atendidas individualmente pelos profissionais. Durante as consultas seriam dadas as informações educativas, ideais para a prevenção da hipertensão arterial e a importância da classificação de risco no hiperdia. Desta maneira as pessoas não participariam apenas para renovar receita e sim para realizarem uma atividade mais estruturada.

5.2.1 Explicação do problema

O esquema explicativo do problema a seguir foi proposto para identificar as possíveis causas de geração do problema hipertensão arterial na população da área de abrangência. Tentou-se aqui uma ilustração de como o problema é produzido e mostrar como a classificação de risco poderá ser importante para a população.

À esquerda estão as possíveis causas de hipertensão arterial e o fato dos usuários não participarem do grupo de hiperdia. No centro, encontra-se o risco cardiovascular como foco da estratégia e à direita as possíveis consequências do não uso da classificação de risco para as pessoas.


Baixos salários
Compra de alimentos com baixo valor nutritivo
Obesidade
Diabetes
RISCO CARDIOVASCULAR aumentado
Lesões em órgãos alvo: Cérebro, Rins e Coração.
Diminuição da capacidade produtiva
Excesso do uso de
Diminuição da expectativa de vida
Dificulta classificação de risco
Usuários só participam de grupos operativos para troca de receitas. Ex: Renovar receita HAS
Pequena participação de usuários HIPERDIA

5.2.2 Seleção dos "nós críticos".

Foram definidos como nós críticos:

- Pequena participação de usuários no HIPERDIA.
- A população de hipertensos da área de abrangência da unidade não participa de atividades de prevenção propostas pela estratégia de saúde da família. A busca apenas por medicamentos é crescente, gerando baixa participação e apatia em receber informações sobre como se prevenir diante da hipertenção arterial.

5.2.3 Desenho das operações

O plano proposto é o de mais fácil execução, por não demandar maiores recursos financeiros externos a UBS. O maior requisito para a implementação deste é inserir o usuário na rotina proposta do HIPERDIA e reestruturação do processo de trabalho.

O quadro a seguir apresenta os nós críticos e os vincula a um tipo de operação apresentando propostas de resultado e produto esperado assim como os recursos necessários para a realização dos projetos.

Quadro 2 – Nós Críticos e operações

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultado esperado	Produto Esperado	Recursos necessários
Usuários não participam de atividades de prevenção	Menos prêmios e mais saúde	Desvincular o comparecimento da troca receita	Campanha educativa sobre a importância da prevenção	**Organizacional** - designar Acs para orientar usuários; **Cognitivo** - capacitar ACS sobre importância de prevenção; **Político** - liberação de ACS para capacitação; **Financeiro** - confecção de folhetos educativos.
Pequena participação de usuários HIPERDIA.	Venha ser HIPER todos os DIAs	Aumentar a participação do **usuário** no programa HIPERDIA	Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	**Organizacional** - Fluxo adequado do usuário durante o Hiperdia; **Cognitivo** - informação sobre a importância da prevenção; **Político** - mobilização junto ao conselho de saúde e entidades de classe; **Financeiro** - Folhetos educativos.

5.2.4 Identificação dos recursos críticos

Toda operação demanda certo tipo de recurso indispensável para a sua execução.

O Quadro abaixo relaciona o projeto com os recursos necessários para sua execução.

Quadro 3 – Recursos críticos

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Menos prêmios e Mais Saúde	**Político -** Conseguir liberação pela coordenação **Financeira -** para confecção de folhetos
Venha ser HIPER todos os DIAs	**Organizacional** - adequação da agenda dos profissionais para a atividade. **Político** - adesão dos conselhos ao projeto. **Financeiro** - para confecção de folhetos.

5.2.5 Elaboração do plano operativo

A ideia aqui é desvincular o uso de medicação como único tipo de tratamento eficaz para o controle e tratamento da hipertensão nas pessoas do grupo do hiperdia. Para isso a operação "Menos prêmios e Mais saúde" será implantada. O Quadro abaixo mostra o produto esperado assim como o responsável pela coordenação e o prazo de execução da operação.

Quadro 4 – Operação menos prêmios e Mais Saúde

Operação Menos prêmios e Mais Saúde Coordenação: Enfermeiro - Avaliação trimestral		
Produto	Responsável.	Prazo
Campanha educativa sobre a importância da prevenção	Enfermeiro	3 m

Para que os ACS da unidade possam ser eficientes na convocação dos pacientes para este novo HIPERDIA, a equipe de enfermagem realizará uma palestra informativa sobre a importância da prevenção dos problemas cardiovasculares abordando temas como alimentação saudável, atividades físicas, convívio com as pessoas e o mais importante o uso correto de medicação. O foco da palestra será o aconselhamento do paciente sobre a importância de usar corretamente a medicação para que assim a pessoa possa evoluir no tratamento e assim desvincule o hiperdia como um espaço de troca de recitas apenas.

Após a convocação dos pacientes pelo seu ACS, o grupo composto de no máximo 15 pessoas se reunirá no período da tarde. Será feita a identificação na recepção da unidade para que assim os prontuários possam ser separados e enviados a equipe da unidade.

Um grupo de caminhada será proposto sendo vinculado à classificação de risco. Pessoas avaliadas e liberadas pelas equipes médicas poderão fazer parte do grupo. A motivação aqui é a mudança a partir da classificação de risco da pessoa.

Depois de formado o novo grupo, a nova dinâmica de abordagem será colocada em prática por meio da operação Venha ser HIPER todos os DIAs. Uma classificação de risco baseada na Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais será feita através de uma entrevista com a enfermagem. Após classificado, o paciente é encaminhado para o médico onde serão tomadas medidas a critério do profissional, baseado, na linha guia. A partir disto, o grupo do Hiperdia será preferencialmente organizado de acordo com os pacientes classificados.

O Quadro abaixo mostra o produto esperado assim como os coordenadores e o prazo de execução da operação Venha ser HIPER todos os DIAs.

Quadro 5 – Operação Venha ser HIPER todos os DIAs

Operação Venha ser HIPER todos os DIAs		
Coordenação: Enfermeiro - Avaliação trimestral		
Produto	Responsáveis	Prazo
Organizar o Hiperdia de acordo com classificação de risco cardiovascular	Enfermeiro e Médico	9 meses

O rastreamento é baseado na Linha guia Atenção a saúde do adulto Hipertensão e diabetes da Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2007).

Os fatores de risco que são avaliados por este trabalho para a confecção do risco cardiovascular do paciente são: Hipertenso [sim ou não], Diabetes [sim ou não], peso e altura (Obtenção de peso e altura para cálculo de índice de massa corporal); IMC = peso (kg) / Altura^2(m). Sobrepeso IMC ≥ 25 e < 30 kg/m^2 e obesidade IMC ≥ 30 kg/m^2, circunferência da cintura e quadril, glicemia capilar, Idade > de 60 anos [sim ou não], Histórico familiar de cardiopatias [sim ou não] (MINAS GERAIS, 2007).

Após as perguntas feitas, cada resposta SIM será considerada como um fator de risco a ser somado e relacionado de acordo com o proposto pelo Ministério da Saúde evidenciado abaixo.

FIGURA 1 - Risco estratificado do Ministério da Saúde.

TABELA 9: RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO Pressão arterial (mmHg)			
Fatores de risco ou doenças associadas	**Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥180 ou PAD ≥110**
I. Sem outros fatores de risco (FR)	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
II. 1 a 2 fatores de risco	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
III. 3 ou + FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
IV.CCA*	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
*CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal			

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

Após levantamento dos dados durante a entrevista, uma avaliação é feita. As informações serão correlacionadas com a tabela acima. Cada resposta SIM é considerada um fator de risco. A primeira coluna indica o numero de fatores de risco selecionados. A partir do resultado apurado é feita a consulta do resultado da aferição da pressão arterial do paciente. Após o cruzamento das informações a equipe de enfermagem irá efetuar os passos propostos nas operações a seguir.

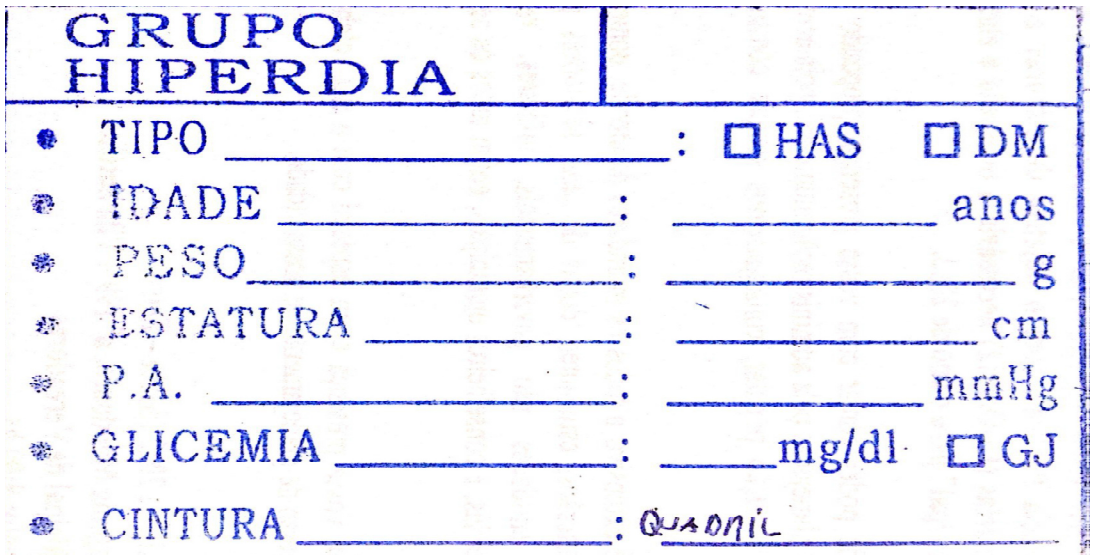
5.2.6 - Dinâmica do rastreamento proposto

1- Sala de Acolhimento

Paciente será identificado por nome e data de nascimento. Será calculada idade, aferida sua pressão arterial, dosada sua glicemia capilar através de glicosímetro digital, pesado e medido altura com balança analógica, medido circunferência abdominal e do quadril com fita métrica.

Os dados serão levantados e anotados no prontuário por um técnico de enfermagem. A unidade conta com um carimbo para facilitar esta etapa conforme verificado abaixo:

Figura 2 - Carimbo Grupo HIPERDIA


GRUPO HIPERDIA

- TIPO _____: ☐ HAS ☐ DM
- IDADE _____: _____ anos
- PESO _____: _____ g
- ESTATURA _____: _____ cm
- P.A. _____: _____ mmHg
- GLICEMIA _____: _____ mg/dl ☐ GJ
- CINTURA _____: QUADRIL _____

Fonte: Unidade Básica de Saúde.

2- Consultório de Enfermagem

O enfermeiro ira fazer uma entrevista e a classificação de risco cardiovascular com o paciente avaliando os seguintes fatores de risco:

- Se a pessoa é ou não tabagista,
- é ou não portadora de diabetes mellitus,
- possuir mais de 60 anos, tem na família história de doença cardiovascular em mulheres menores de 65 de idade e homens menores de 55 anos de idade.

A relação cintura quadril será calculada a partir dos dados contidos no prontuário. Em mulheres, a circunferência da cintura deve ser menor que 88 cm e a relação menor que 0,85 para não ser considerado fator de risco. Nos homens a cintura deve ter até 102 cm e a relação 0,95. O índice de massa corporal é calculado a partir do peso dividido pela altura ao quadrado e será considerado fator de risco o IMC maior ou igual a 30. A atividade física também será avaliada como fator de rico.

Após o levantamento dos fatores de risco, o enfermeiro deverá usar o quadro abaixo:

Figura 3- Risco estratificado do Ministério da Saúde.

TABELA 9: RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO Pressão arterial (mmHg)			
Fatores de risco ou doenças associadas	**Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99**	**Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109**	**Grau 3 Hipertensão grave PAS ≥180 ou PAD ≥110**
I. Sem outros fatores de risco (FR)	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
II. 1 a 2 fatores de risco	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
III. 3 ou + FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
IV.CCA*	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
*CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal			

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

O quadro auxilia a descriminar em que estratificação de risco a pessoa se enquadra. Em seguida o paciente irá ser encaminhado juntamente com seu prontuário para o consultório médico com a estratificação de risco pronta.

3- Consultório Médico

De acordo com a conduta médica serão pedidos os exames laboratoriais para complementar rastreio do risco do paciente. Resultados anormais de exames para dislipidemia, nefropatia, microalbuminuria, tolerância à glicose, glicemia jejum, hiperuricemia e PCR ultrassensível são considerados fatores de risco para lesões em órgão alvo de acordo com a Linha Guia de Atenção à Saúde do Adulto de Hipertensão e Diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Após o retorno do paciente com os exames concluídos a classificação de risco será finalizada(MINAS GERAIS, 2007).

Após finalizadas essas três etapas, o paciente será encaminhado ao grupo de Hiperdia de sua classificação de risco.

Espera se que no futuro os grupos possam ser direcionados de acordo com a classificação do paciente. Ações específicas para cada grupo de risco

podem ser inseridas na rotina da unidade. A equipe da unidade receberá informação importante para as condutas com os pacientes estratificados.

Depois de vencido o prazo estipulado para a realização das operações, Menos prêmios e Mais Saúde e Operação Venha ser HIPER todos os DIAs, será feito um levantamento da adesão ao novo tipo de HIPERDIA proposto para que a continuidade deste projeto possa ser feita da maneira mais eficiente possível.

6 CONSIDERAÇÔES FINAIS

A hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais no sangue. É uma síndrome metabólica geralmente acompanhada por outras alterações como a obesidade. É uma doença democrática que acomete crianças, adultos e idosos, homens e mulheres de todas as classes sociais e condições financeiras.

A hipertensão arterial, o diabetes, a obesidade, o nível alto de colesterol "ruim" apresentado em exames laboratoriais, o sedentarismo, o alto índice de fumantes e o consumo elevado de álcool são os problemas que mais atingem a população da área de abrangência da UBS Feliciano José Henriques, em Sarzedo.

A implementação da classificação de risco dentro do hiperdia e a iniciativa para se instrumentalizar os profissionais de saúde que trabalham em um grupo homogêneo podem ser estratégias que permitem que à assistência à saúde do paciente se paute em cuidado integral e efetivo.

Ressalta-se que estratificar o risco cardiovascular proporciona criar um manejo clinico eficiente, alem do que, o hiperdia feito apenas com hipertensos de alto risco tem seu foco aumentado daquele feito para um grupo de baixo risco. A partir daí , a equipe consegue dimensionar os cuidados e a atenção que se devem dar as pessoas de sua responsabilidade. Essa conduta se aplica principalmente aos agentes comunitários de saúde já que eles estão mais próximos do contato com os pacientes.

A importância dessa mudança será sentida em longo prazo pelo paciente que irá ganhar em qualidade de vida. O conhecimento adquirido e a melhor adesão ao tratamento irão proporcionar a diminuição de problemas relacionados a sua condição patológica. O sistema de saúde local poderá também dimensionar melhor seus esforços em relação ao paciente hipertenso já que os grupos serão formados a partir de uma classificação de risco mais adequada.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF; 2012 [citado 2012 jan 30]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profi ssional/area.cfm?id_area=1521Acesso em: 21/09/2013

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Brasília, DF; 2013. Disponivel em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36873&janela=1 2013. Acesso em: 22/09/2013

CAMPOLINA, A. G. et al . A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217 - 1229 , June 2013.

CAMPOS F. C.; FARIA H. P. F.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** – 2. ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010

CARVALHO, A. L. M. et al . Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7,p. 1885-1892 , July, 2012.

CIPULLO, J. P. et al . Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 94, n. 4,p519-526 Apr. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php. Acesso em 09 Aug. 2013.

CHRESTAN, M.; SANTOS I.S.; MATIJASEVICH A.M. Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida: validação diagnóstica em estudo de base populacional. **Cad Saude Publica.** v**.** 25, n.11, p. :2395-2406, 2009

DUNCAN, B. B. et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**. v. 46, supl. 1, Dec. 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE - Disponível em http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=316553, 2013

JARDIM, P. C. B. V. et al . Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 88, n. 4, p 452-457Apr. 2007

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 775-782. , 2003 .

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a Saúde do Adulto:hipertesão e diabetes.** – 2. ed. – Belo Horizonte: SAS/MG,2007.198p.

MURARO, Ana Paula; SANTOS, Débora França dos; RODRIGUES, Paulo Rogério Melo and BRAGA, José Ueleres. Fatores associados à Hipertensão Arterial Sistêmica autorreferida segundo VIGITEL nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em 2008. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v.18, n.5, p. 1387-1398, 2013,

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SARZEDO. SIAB/ Sistema de informação da Atenção básica, 2013. Acesso em: mai. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol** v. 95, (1 supl.1),p. 1-51 2010.

SPINATO, I. L.; MONTEIRO, L. Z; SANTOS, Z. M. S. A. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 2, p 256-264, June 2010.