

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

MÁRCIA LIMA DANTAS

O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS HIPERTENSOS IDOSOS DA
MICROAREA 01 DA ESF DE RIACHO DOCE

MACEIÓ

2022

MÁRCIA LIMA DANTAS

**O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS HIPERTENSOS IDOSOS DA
MICROAREA 01 DA ESF DE RIACHO DOCE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Alagoas, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora: M.^a Maria
Elisângela Torres de Lima Sanches

MACEIÓ

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

D192a Dantas, Márcia Lima.

O acompanhamento e monitoramento dos hipertensos idosos da microarea 01 da ESF de Riacho Doce / Márcia Lima Dantas. - 2022.
34 f. : il.

Orientadora: Maria Elisângela Torres de Lima Sanches.
Monografia (Especialização Multiprofissional em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Alagoas. Escola de Enfermagem. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 34.

1. Hipertensão arterial sistêmica. 2. Idosos. 3. Educação em saúde. I.
Título.

CDU: 616.12-008.331.1

Folha de Aprovação

MÁRCIA LIMA DANTAS

O ACOMPANHAMENTO E MONITORAMENTO DOS HIPERTENSOS IDOSOS DA MICROAREA 01 DA ESF DE RIACHO DOCE

Projeto de Intervenção submetido ao corpo docente do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, e aprovado em 28 de Abril de 2022



Documento assinado digitalmente

MARIA ELISANGELA TORRES DE LIMA SANCHES

Data: 16/05/2022 20:04:45-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

M.^a Maria Elisângela Torres de Lima Sanches - UFAL

Examinador/a:



Documento assinado digitalmente

IRAMIRTON FIGUEREDO MOREIRA

Data: 18/05/2022 09:15:22-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Dr. Iramirton Figueredo Moreira - UFAL

RESUMO

O presente projeto aborda as questões relacionadas à hipertensão arterial referente aos idosos residentes no bairro de Riacho Doce, o qual faz parte da microárea 01 pertencendo à equipe de Estratégia Saúde da Família. Cujo objetivo é promover o autocuidado nos idosos da comunidade adscrita, a fim de evitar as complicações da hipertensão. A metodologia trabalhada será voltada para a educação em saúde, visando uma conscientização da doença e seus agravos através de orientações nos domicílios, bem como a criação de grupos operativos na USF com o apoio da equipe do NASF. Espera-se obter uma estabilidade e controle dos casos de hipertensão dos idosos, e também a participação efetiva nas atividades propostas pelo projeto de intervenção. Após a realização do projeto espera-se que os idosos possam ter uma melhoria da qualidade de vida e autonomia nos seus processos de adoecimento.

Palavras-chaves: hipertensão arterial, idosos, pressão alta,

ABSTRACT

This project addresses issues related to arterial hypertension related to the elderly living in the neighborhood of Riacho Doce, which is part of microarea 01 belonging to the Family Health Strategy team. The objective of which is to promote self-care in the elderly in the enrolled community, in order to avoid the complications of hypertension. The methodology worked will be focused on health education, aiming at an awareness of the disease and its aggravations through guidance at home, as well as the creation of operating groups at the USF with the support of the NASF team. It is expected to obtain stability and control of cases of hypertension in the elderly, as well as effective participation in the activities proposed by the intervention project. After carrying out the project, it is expected that the elderly can have an improvement in their quality of life and autonomy in their illness processes.

Keywords: arterial hypertension, elderly, high blood pressure,

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
DBH	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
ESF	Estratégia saúde da Família
HÁ	Hipertensão Arterial
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Alta
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
USF	Unidade de Saúde Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Aspectos gerais do município	7
1.2 O sistema municipal de saúde	9
1.3 Aspectos da comunidade	10
1.4 A unidade básica de saúde (Vanderli Maria de Andrade)	11
1.5 A equipe de saúde da família (015) Riacho Doce	12
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe (015) Riacho Doce ..	12
1.7 O dia a dia da equipe	12
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade ..	13
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção	14
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
5.1 Conceitos e classificação da hipertensão arterial	19
5.2 Medida da pressão arterial	21
5.3 Fatores de risco para a hipertensão arterial	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado	29
6.2 Explicação do problema	29
6.3 Seleção dos nós críticos	30
6.4 Desenho das operações nó críticos operações, projetos, resultados e produtos esperados, recursos necessários críticos, viabilidade e gestão ...	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIA	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Maceió

De acordo com os dados obtidos na página do IBGE a população estimada é de 1.025.360 habitantes e com área territorial de 509, 320 km².

O povoado que deu origem a Maceió surgiu num engenho de açúcar. Antes de sua fundação, em 1609, morava em Pajuçara Manoel Antônio Duro que havia recebido uma sesmaria de Diogo Soares, alcaide-mor de Santa Maria Madalena. As terras foram transferidas depois para outros donos e em 1673 o rei de Portugal determinou ao Visconde de Barbacena a construção de um forte no porto de Jaraguá para evitar o comércio ilegal do pau-brasil.

O povoado tinha uma capelinha em homenagem a Nossa Senhora dos Prazeres construída onde hoje está a igreja matriz, na Praça Dom Pedro II. O desenvolvimento do povoado foi impulsionado pelo porto de Jaraguá sendo desmembrado da Vila das Alagoas em 05 de dezembro de 1815, quando D. João VI assinou o alvará régio.

Com a emancipação política de Alagoas, em 1817, o governador da nova Capitania, Sebastião de Mélo e Póvoas iniciou o processo de transferência da capital para Maceió, um processo tumultuado que encontrou resistência de homens públicos e da câmara Municipal.

Uma expedição militar de Pernambuco e da Bahia chegaram a Maceió para garantir a ordem e no dia 16 de dezembro de 1839 foi instalada a sede do governo em Maceió. A partir daí Maceió consolidou seu desenvolvimento administrativo e político. Teve início uma nova fase no comércio e começou a industrialização.

O nome Maceió tem denominação tupi 'Maçayó' ou 'Maçaió-k' que significa 'o que tapa o alagadiço'.

O município é rico em sal-gema e tem um setor industrial diversificado (indústrias químicas, açucareiras e de álcool, de cimento e alimentícias), além da agricultura, pecuária e extração de gás natural e petróleo. Municípios próximos a Maceió como Marechal Deodoro, Pilar e São Miguel dos Campos também têm economias parecidas, mais na parte de mineração.

A cidade de Maceió é o principal centro econômico do estado de Alagoas. O setor terciário é o principal da cidade, em especial a administração pública, o comércio e o turismo. A cidade é um pólo de serviços para a população alagoana. Além disso, é um dos principais centros do turismo de praia do litoral brasileiro.

O setor secundário também é importante. A cidade conta com indústrias de grande porte, principalmente nas áreas extrativista, química, alimentícia, açucareira e de álcool. Já o setor primário é caracterizado pelo cultivo de cana-de-açúcar e de espécies frutíferas, com destaque para o coco. No entanto, o município possui uma área rural muito pequena territorialmente. A exploração de sal-gema também é uma atividade primária importante da cidade.

A cidade de Maceió é um dos principais centros culturais do Nordeste do Brasil. A diversidade populacional da região culminou na prática de diversas festividades e hábitos culturais, notadamente marcados pela influência africana e portuguesa. São as principais manifestações folclóricas típicas da cidade: o reisado, o coco alagoano e a Festa de Reis. A cidade conta, ainda, com vários equipamentos culturais, como museus, bibliotecas e cinemas, além de espaços para exposições e comércio de produtos típicos.

O artesanato local é muito conhecido pela confecção de cerâmicas e pelo bordado filé. Já a culinária é composta por alimentos como peixes, crustáceos, coco, caju e derivados da cana-de-açúcar. O futebol é o esporte mais praticado e admirado pelos maceioenses. A cidade é marcada pela rivalidade esportiva, sendo sede de dois dos principais clubes do futebol nordestino, o CSA e o CRB.

O saneamento básico em Maceió precisa ser ampliado a sua oferta, pois está intimamente relacionado à saúde, nas áreas mais carentes há ausência de rede coletora de esgoto e soluções individualizadas de fossa séptica, sendo comum o lançamento de esgotos à céu aberto, proporcionando assim inúmeros casos de doenças, como: dengue, zika, chicungunya, hepatite A, leptospirose e as doenças diarreias. O saneamento melhora substancialmente a qualidade de vida e levam mais saúde a população.

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde funciona de forma regionalizada e hierarquizada, o qual as questões menos complexas são atendidas nas unidades básicas, passando pelas unidades especializadas, pelo hospital geral até chegar ao hospital especializado, Já a Estratégia Saúde da Família tem uma baixa cobertura em Maceió atendendo apenas 31% da população maceioense as equipe da ESF estão espalhadas na capital tanto na parte alta quanto na parte baixa da cidade, porem bem insuficientes para o contingente populacional.

Porta de entrada para o SUS, o nível primário é constituído principalmente pelas Unidades Básicas de Saúde (**UBSs**). As ações de que dá conta são voltadas à redução do risco de doenças e à proteção da saúde. Isso quer dizer que apresenta também um caráter preventivo.

Nas **UBSs** (Unidade Básica de Saúde) e nas **USFs** (Unidade de Saúde da Família) os pacientes realizam exames e consultas rotineiros, contando com profissionais de medicina geral e familiar. Estes garantem uma atenção integral à saúde e considera o paciente inserido em sua família e comunidade. Os atendimentos nessas unidades valorizam, portanto, a pessoa atendida como um ser único e diferente de qualquer outro.

Neste nível, os profissionais se articulam para atuar não apenas nas unidades de saúde, como também em espaços públicos da comunidade. Realizam ainda visitas domiciliares às famílias.

As equipes de saúde da família têm como objetivo mais do que prover assistência médica, estar perto das pessoas e promover a saúde e a qualidade de vida localmente. Tal tipo de trabalho, de prevenção e conscientização, é importante até mesmo para otimizar a alocação de recursos utilizados em internações e tratamentos de doenças que poderiam ter sido evitadas.

1.3 Aspectos da comunidade

Bairro nascido de um arraial de pescadores há mais de um século, ficou conhecido na década de 1930 com o famoso romance Riacho Doce, de José Lins do Rêgo que descreveu as belezas naturais do local onde se encontra uma das praias mais lindas do litoral Norte e que se deixava misturar um riacho de água doce, tendo em seu entorno as cabanas dos pescadores, uma igrejinha secular, uma casa de farinha e um subsolo rico em petróleo.

Mesmo que o tempo tenha trazido o progresso, encontramos a casa grande de Edson de Carvalho, o descobridor do “ouro negro” que ainda embeleza a paisagem, e a casa de farinha das boleiras que se mantêm como atração á parte ao perpetuar o ofício de fabricação dos famosos” bolos e beijus de Riacho Doce feito á base de coco e farinha de mandioca como uma arte centenária e que são comercializados a margem da Rodovia AL 101 Norte, que corta a principal via da localidade, como também são vendidos na Praça Central da alimentação, no Centro de Maceió, tornando-se assim uma importante fonte de renda para a população local.

O ofício antigo também é o dos pescadores, que antes do nascer do sol adentram no belo mar em suas jangadas, retornando com seu pescado variado para ser entregue na praia ou aos atravessadores que o adquirem em grande quantidade para ser comercializados ali mesmo ou revender em pontos comerciais, o que denota a dificuldade a dificuldade dos pecadores que se utilizam de pesca artesanal e não possuem uma balança pesqueira para centralizar a comercialização do seu pescado.

Outro aspecto importante na estória do bairro é a fé católica mantida entre os moradores, que têm a Igreja de Nossa Senhora da Conceição provavelmente construída há mais de um século e ainda hoje preservada e que tem um papel relevante em meio à comunidade de Riacho Doce, com seus trabalhos juntos às crianças e adolescentes. No início do mês de dezembro celebra-se a festa da padroeira Nossa Senhora da Conceição, com novenários, queima de fogos e procissão. Tudo feito como antigamente, para não perder a conotação religiosa típica dos antepassados.

Ainda mantendo características rurais por conta de sua área circunvizinha com muitos sítios e fazendas, a maioria da população se concentra na área central do bairro, hoje com uma estrutura de crescimento ativo e desorganizado, tendo vários locais com difícil acesso para imóveis construídos irregularmente.

Em sua área o Bairro conta com: pontos comerciais populares (chamados “vendinhas”); panificação; peixaria; depósito de material de construção civil; salões de beleza e barbearias; açougue; mini-supermercado; Creche Infantil Municipal (CMEI Benevides Epaminondas da Silva); Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Vasco; Associação de Moradores da Boca do Rio; Associação de Pescadores e Marisqueiras; Convento/ Carmelo de Maceió; Igreja Católica; Igrejas evangélicas; Centro de Cultura Afro; Bares e restaurantes; Unidade de Saúde da Família (e estão lotadas as equipes 015 Riacho Doce e 037 Garça Torta; Unidade de Saúde Referência de Especialidades para o VIII Distrito Sanitário; Clube de Lazer de Associações Sindicais; Cemitério Santa Luzia e Lojas de vestuários popular.

1.4 A Unidade Básica de Saúde (Vanderli Maria de Andrade)

A Unidade de Saúde da Família Vanderli Maria de Andrade (CNS 2009684), situada no bairro de Riacho Doce, pertencente ao VIII DISTRITO SANITÁRIO, em Maceió; A ESF 015, nominada Riacho Doce, situa na área geográfica limitada ao Sul com o bairro de Garça Torta; ao Norte com o bairro de Pescaria; à Leste com o Oceano Atlântico e à Oeste com a região de cachoeira do Mirim e Benedito Bentes.

1.5 A Equipe de Saúde da Família (015) da Unidade Básica de Saúde (Vanderli Maria de Andrade)

✓ Equipe 015 – Riacho Doce:

Na equipe ESF Riacho Doce há 10 profissionais, 01 enfermeiro, 01 médico, 02 técnicos de enfermagem e 06 agentes comunitários de saúde (ACS).

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe (015 – Riacho doce)

A USF Vanderli Maria de Andrade funciona de segunda a sexta de 7 às 16 horas, localizada no bairro de Riacho Doce/ Maceió/AL.

A USF oferta os seguintes serviços:

- ✓ Vacina
- ✓ Curativo
- ✓ Consultas agendadas (e-SUS utiliza a agenda na plataforma)
- ✓ Exames (citologia/ teste do pezinho/ teste rápido)
- ✓ Retirada de pontos (pós - cirúrgico)

1.7 O dia a dia da equipe

A rotina de trabalho inicia às 7 horas da manhã com o acolhimento aos pacientes que estão aguardando o atendimento, o qual é realizado pelos ACSs, enquanto aguardam as consultas agendadas na agenda do e-SUS.

Também é realizada uma roda de conversa com os usuários sobre temáticas de saúde, visando informar os cuidados que devem ter para promoção e prevenção de doenças no âmbito familiar.

Todo o atendimento é realizado através do PEC (Prontuário Eletrônico). Durante o período da manhã ocorre atendimento de consultas, pré-natal, administração de vacinas, exames.

Os ACSs após o acolhimento dos pacientes saem para as visitas domiciliares em suas respectivas microáreas, as visitas são realizadas com o recurso tecnológico do Tablet, o qual é possível realizar o cadastro das famílias bem como, as orientações e já fazer o registro das visitas. Com esse recurso conseguimos realizar as buscas ativas com relação as consultas, vacinas e exames e orientar aos pacientes para cumprir e manter o acompanhamento sempre nas datas agendadas.

A Secretaria de Saúde disponibiliza o transporte para deslocar os ACSs que possui microárea distante da USF.

No período da tarde fazemos reuniões com a enfermeira e a médica para discussão dos casos (estudo de caso) e assim traçar a conduta terapêutica que atenda a situação do paciente e sua recuperação das enfermidades.

Bimestralmente fazemos reuniões de equipe para planejar as atividades do mês e avaliarmos algumas situações surgidas no transcorrer do mês.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

O problema mais emergente por parte da comunidade cadastrada é o desleixo com a manutenção dos cuidados, daí temos um público considerável de hipertensos e diabéticos, sedentários o que resulta na obesidade. Então as faltas nas consultas, o descuido no uso das medicações de controle, bem como o não seguimento da dieta para o controle da pressão arterial e da glicemia, ocasionam complicações no quadro de saúde.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde (015 – Riacho Doce), Unidade Básica de Saúde (Vanderli Maria de Andrade) município de (Maceió), estado de (Alagoas)

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção/Priorização
Risco cardiovascular da população aumentado	alta	Parcial	1	Risco cardiovascular da população aumentado
Animais soltos no entorno da unidade	alta	Parcial	2	Animais soltos no entorno da unidade
Lixo exposto	alta	Parcial	3	Lixo exposto
Risco cardiovascular da população aumentado	alta	Parcial	1	Risco cardiovascular da população aumentado

2 JUSTIFICATIVA

Diante do levantamento de dados na base da plataforma do e-SUS e do conhecimento da situação territorial da comunidade assistida pela equipe da ESF – Riacho Doce foi observado o número elevado de hipertensos e diabéticos na base de dados, sendo que o percentual significativo de hipertensos prevalece com relação aos diabéticos. Sendo assim fica evidenciada a importância de realizar uma pesquisa aprofundada e uma intervenção nessa comunidade para minimizar a problemática em questão, a **HIPERTENSÃO ARTERIAL**, evitando assim futuros casos precoces da doença e as conseqüências que essa acomete.

Estudiosos da Sociedade Brasileira de Patologia citam que a pressão alta está entre as causas mais relevantes relacionadas com a alta prevalência da doença na população: está a predisposição genética; estilo de vida, envolvendo pouca atividade física e condições constantes de stress; ansiedade; preocupações; e alimentação rica em alimentos com muito sal.

Após essas análises surgiu a necessidade de buscar estudos e ações que possam oferecer a comunidade o controle dos casos já existentes e a prevenção de casos futuros na família, até porque a doença tem predisposição genética, e quanto antes fizer o monitoramento, acompanhamento e avaliação melhor para o controle.

Com um intuito de fazer valer a gestão dos cuidados em saúde da família o tema abordado para o projeto do TCC será **“O acompanhamento e monitoramento dos hipertensos idosos da microárea 01 da ESF de Riacho Doce”**.

O objeto de estudo será voltado para os pacientes da microárea 01 ESF Riacho Doce, o qual foi constatado um percentual elevado de hipertensos nessa referida localidade focando os idosos que tem mais dificuldade a seguir as orientações e os cuidados que a doença impõe.

Por a hipertensão arterial ser uma doença crônica que traz muitos agravamentos á saúde, se faz necessário desenvolver um trabalho focado nesse grupo, pois se não tratada, o estado permanente de hipertensão arterial acaba por

comprometer o coração e o sistema circulatório, incluindo as artérias e arteríolas, sistemicamente. As artérias e os pequenos ramos arteriais (arteríolas), em consequência da alta pressão em suas paredes, vão se hipertrofiando, degenerando, espessando, causando lesões irreversíveis, outra questão é importante salientar que as lesões da hipertensão arterial nos rins, freqüentemente associadas às do diabetes mellitus, são as causas mais comuns da perda da função renal, com necessidade de transplante de rim.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão a hipertensão arterial afeta predominantemente a população adulta. Para prevenir o sistema circulatório dos malefícios da doença é preciso ter uma vida saudável; boa alimentação, restringindo o sal; manter bom peso; evitar vida ociosa, sem atividade física; controlar o stress, excesso de trabalho, ansiedade e preocupações. Entre os fatores que podem ser responsáveis pela hipertensão estão à **hereditariedade**, que pode estimular uma pré-disposição a doença; a idade; o peso, a **obesidade** é um fator de risco; além da falta de exercícios físicos; estresse; consumo de álcool; má alimentação com o excesso de sal e o **tabagismo**.

Portanto tratar a hipertensão exige muito esforço dos pacientes. Apesar de não ter cura, seguindo as **orientações médicas** e tendo aderência ao uso de **medicamentos**, conforme orientação médica é possível ter boa qualidade de vida. E evitar maiores complicações.

Segundo Matus (1991, p. 29): “O plano é um produto momentâneo de um processo de planejamento”. Funciona como um instrumento para, em determinados momentos, permitir o compartilhamento e/ou a negociação dos projetos elaborados. O plano nunca está acabado, mas tem que estar sempre pronto, para orientar a ação da equipe que planeja.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Promover o autocuidado nos idosos da comunidade de Riacho Doce, a fim de evitar as complicações da hipertensão.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Orientar aos idosos hipertensos a importância de manter o uso contínuo de suas respectivas medicações;
- ✓ Acompanhar regularmente os idosos através das visitas domiciliares mensais atribuindo uma melhor assistência, realizando além da monitorização da doença, uma investigação de forma cuidadosa sobre os hábitos e estilo de vida destes pacientes.

4 METODOLOGIA

O presente projeto de intervenção realizará atividades de orientação aos hipertensos idosos, através de visitas domiciliares, monitoramento da PA, formação de grupos operativos (rodas de conversa) com os referidos hipertensos com o intuito de promover o acompanhamento e monitoramento da evolução da doença.

A equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) dará suporte ao referido projeto de intervenção, através da participação da nutricionista, a mesma fará orientações aos grupos operativos, focando a questão alimentar no tratamento da hipertensão arterial com medidas nutricionais, pois uma alimentação equilibrada é uma das formas de controle da hipertensão arterial adotando um plano alimentar saudável e sustentável focando na dieta do sal e o consumo de frutas, hortaliças e laticínios com baixo teor de gordura.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Conceitos e Classificação da Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (DBH-2010).

De acordo com o III Consenso Brasileiro de Hipertensão (1998) definiu a HA como uma doença de natureza multifatorial, uma síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos.

Segundo as Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial (DBH-VI, 2010) a HA associa - se freqüentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Os valores pressóricos variam segundo idade, sexo, raça, área geográfica e nível socioeconômico e as alterações próprias do envelhecimento tornam o indivíduo mais propenso ao desenvolvimento de HA. Isso acontece na estrutura vascular, aumentando o conteúdo de colágeno, ocasionando diminuição da elasticidade que, associada à arteriosclerose, determina aumento da resistência vascular periférica e diminuição da complacência dos grandes vasos e, conseqüentemente, a uma elevação da pressão arterial (DBH-VI, 2010).

Considerada um dos principais fatores de risco de morbidade e mortalidade cardio e cerebrovascular, a HA, quando presente, duplica o risco cardiovascular que é o primeiro fator de risco para acidente vascular cerebral – AVC (DBH-VI, 2010).

As VI Diretrizes Brasileiras da Hipertensão Arterial e a Sociedade Brasileira de Cardiologia (DBH-VI, 2010) propõem uma classificação diagnóstica considerando-se os níveis de pressão arterial (PA) Sistólica e Diastólica. O indivíduo é caracterizado normotenso (PA menor que 130 x 85), normal limítrofe (PA menor entre 130 – 139 x 85 – 89 mmHg) ou hipertenso (PA igual ou superior que 140 x90 mmHg ou o aumento isolado da PA sistólica com valores igual ou maior a 140 mmHg). Os critérios que definem normotensão e hipertensão foram inicialmente estabelecidos pela OMS em 1958. Os valores da pressão arterial, em indivíduos adultos acima de 18 anos, permitem classificar a Hipertensão em três Graus\Estágios:

- Ótima: < 120\Pressão Diastólica < 80;
- Normal: Pressão Sistólica < 130\Pressão Diastólica < 85;
- Limítrofe: Pressão Sistólica 130–139 Pressão Diastólica 85–89;
- Hipertensão Arterial Grau 1: Pressão Sistólica de 140-159 mmHg\ Pressão Diastólica de 90 -99 mmHg;
- Hipertensão Arterial Grau 2: Pressão Sistólica de 160 -179 mmHg \ Pressão Diastólica de 100 – 109 mmHg;
- Hipertensão Arterial Grau 3: Pressão Sistólica • 180 mmHg \ Pressão Diastólica • 110mmHg.

É importante assinalar que o diagnóstico de hipertensão deverá ser sempre validado por medidas da pressão arterial repetidas, em condições ideais, em pelo menos, três ocasiões. A linha demarcatória que define HA considera valores de PA sistólica • 140 mmHg e/ou de PA diastólica 90 mmHg em medidas de consultório (DBH-VI, 2010).

Com relação à normotensão verdadeira, ocorre quando medidas de consultório são consideradas normais, desde que atendidas todas as condições determinadas nas Diretrizes. Adicionalmente, devem-se considerar médias de pressão no monitoramento residencial da pressão arterial (MRPA) ou, ainda, no período de vigília pelo monitoramento ambulatorial da pressão arterial de 24 horas (MAPA) < 130 x 85 mmHg 25. Quando as pressões sistólicas e diastólicas situam-se

em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial (DBH-VI, 2010).

Na mesma linha de raciocínio, Lessa (1998) afirma que, embora os estudos epidemiológicos concentrem-se mais freqüentemente nas prevalências da hipertensão diastólica, pelos riscos de suas complicações, é preciso destacar que a hipertensão sistólica isolada é freqüente em indivíduos a partir dos sessenta anos e é reconhecidamente um fator de risco independente para as doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares e outras doenças cardiovasculares.

A Hipertensão Arterial pode ser classificada de acordo com a sua etiologia, em primária ou essencialsecundária. A hipertensão primária ou essencial caracteriza-se pela inexistência de causa orgânica evidente. Sendo responsável por aproximadamente 95% dos casos diagnosticados. A secundária deve ser investigada, uma vez que o diagnóstico etiológico significa em muitos casos, a possibilidade de tratamento específico e cura ou controle por intervenção clínica ou cirúrgica (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO, 1998).

A estratificação do risco cardiovascular é recomendada pelas Diretrizes da Hipertensão Arterial e Sociedade Brasileira de Cardiologia (DBH-VI, 2010). Para a tomada de decisão terapêutica se faz necessária a confirmação diagnóstica, seguindo-se a estratificação do risco, este levará em conta, além dos valores de pressão arterial, a presença de fatores de risco cardiovasculares, as lesões nos órgãos alvo e as doenças cardiovasculares. O risco cardiovascular poderá variar de baixo a muito alto.

5.2 Medida da Pressão Arterial

A medida da Pressão Arterial (PA) é considerada um elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico da Hipertensão Arterial e a avaliação da eficácia do tratamento, devendo ser realizada em toda avaliação de saúde, por profissionais da área de saúde, todos devidamente treinados (DBH-VI, 2010). As Diretrizes (DBH-VI, 2010) chamam à atenção para a importância de se evitar erros na medida da pressão arterial, pois nem sempre a medida é realizada de forma adequada. O

preparo adequado do paciente, o uso de técnica padronizada de medida da pressão arterial e equipamento calibrado evita que ocorra erros no momento da medida.

Pierin e Mion (2004) alertam sobre os possíveis erros que podem estar relacionados aos pacientes. Estes erros podem ocorrer quando a medida da PA é realizada após a atividade física, comer, fumar, ingestão de bebida alcoólica ou cafeína ou posição incorreta do braço. Na abordagem de erros relacionados ao observador, os autores informam que estes estão ligados à posição incorreta dos olhos, ao arredondamento dos valores em zero ou cinco, a pressão excessiva do estetoscópio deformando a artéria, inflar excessivamente o manguito, provocando dor ou deflacionar rapidamente, mãos e equipamentos gelados, identificação incorreta dos sons sistólicos e diastólicos e a interação incorreta com o paciente.

Dentre os métodos de medida da pressão arterial, o mais utilizado na prática clínica é o indireto, com técnica auscultatória e esfigmomanômetro de coluna de mercúrio ou aneróide, ambos calibrados, ou com aparelhos automáticos ou semi-automáticos com técnica auscultatória ou oscilométrica. Apesar da tendência de substituir os aparelhos de coluna de mercúrio por equipamentos automáticos em razão do risco de toxicidade e contaminação ambiental pelo mercúrio, eles continuam sendo os mais indicados para a medida da pressão arterial porque se descalibram menos frequentemente do que os aparelhos aneróides (DBHVI, 2010).

Outro método que pode ser utilizado na medida da PA é o direto. A medida direta consiste na obtenção dos valores de pressão por meio da cateterização de uma artéria ligada a um transdutor que registra a pressão continuamente (PIERIN, 2005)

➤ **Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA)**

É o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante cinco dias, realizada pelo paciente ou outra pessoa treinada, no domicílio ou no trabalho, com aparelhos validados. A MRPA permite a obtenção de grande número de medidas de pressão arterial de modo simples, eficaz e pouco dispendioso, contribuindo para o diagnóstico e o seguimento da pressão

arterial. São consideradas anormais na MRPA as medidas de pressão arterial acima de 135/85mmHg (DBH-VI, 2010).

➤ **Medida Ambulatorial da Pressão Arterial**

A Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) pode ser avaliada de modo intermitente durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades do cotidiano, na vigília e durante o sono. Estudos clínicos realizados têm demonstrado que este método é superior à medida causal da pressão arterial em prever eventos cardiovasculares, como, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (DBH-VI 2010). São Considerados no MAPA as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/, 80, 135/85 e 120/70mmHg, respectivamente (DBH -VI, 2010).

É importante assinalar que estudos populacionais demonstram que a pressão arterial tem relação direta com o risco de morte e de eventos mórbidos. A acurácia do diagnóstico de Hipertensão Arterial depende fundamentalmente dos cuidados despendidos nas medidas da pressão arterial. Minimizam-se, assim, os riscos de falsos diagnósticos, tanto da Hipertensão Arterial quanto da normotensão, e suas repercussões na saúde dos indivíduos e no custo social envolvido (DBH-VI, 2010).

O benefício da medida da pressão arterial como indicativo de controle da Hipertensão Arterial é demonstrado por estudo realizado por Pires e Mussi (2008). Os autores fizeram uma investigação com 106 negros hipertensos em que dois terços eram mulheres com idade mediana de 54 anos, baixa escolaridade e renda familiar. Este estudo evidenciou que independente da classe social e do nível de escolaridade, a medida da pressão arterial ocupa lugar de destaque no tratamento anti-hipertensivo e no controle da Hipertensão Arterial (SILVA, 2010).

5.3 Fatores de Risco para a Hipertensão Arterial

Estudos realizados comprovam que determinados fatores de risco (FR) relacionam-se com o aparecimento da hipertensão arterial. A literatura assinala como fatores de risco para a hipertensão arterial: idade, sexo, raça, história familiar de hipertensão, tabagismo, dislipidemias ingestão de álcool, diabete e o estresse. Estes fatores podem interagir com a PA e aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DBH-VI, 2010).

Há fatores ambientais, comportamentais e genéticos que possuem uma grande participação no desenvolvimento da HA. Muriel et al. (2006) acrescentam como fatores de risco a genética, e os fatores ambientais (obesidade, inatividade física e abundância de consumo de sódio). O estilo de vida e hábitos alimentares inadequados representa os principais responsáveis pela carga de doenças no mundo (NOGUEIRA, 2010).

Estudos epidemiológicos têm associado a HA a diversas características sócio-demográficas (faixa etária, grupo étnico, nível socioeconômico), consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, obesidade e sedentarismo. Alguns fatores de risco (tabagismo e dislipidemias) podem interagir com a PA e aumentar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (KANNEL, 1996).

➤ **Idade**

Existe relação direta e linear da pressão arterial com a idade. Em indivíduos jovens, a hipertensão decorre mais freqüentemente apenas da elevação na pressão diastólica, enquanto a partir da sexta década o principal componente é a elevação da pressão sistólica. A prevalência de hipertensão é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos. O risco relativo de desenvolver doença cardiovascular associado ao aumento da pressão arterial não diminui com o avanço da idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (DBH -VI, 2010).

➤ **Gênero e etnia**

Entre homens e mulheres a prevalência global de Hipertensão Arterial é semelhante. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão mais elevadas para homens até 50 anos e para mulheres a partir da sexta década (LESSA, 2001; MARTINEZ; LATORRE, 2006). Em relação à cor a prevalência da HA é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca. Estudos brasileiros com

abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com predomínio da HA de até 130% em relação às brancas. Não se conhece o impacto da miscigenação sobre a HA no Brasil (DBH-VI, 2010).

➤ Dieta

Entre as mudanças que devem ocorrer na vida de um hipertenso, estão à redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução e a substituição da gordura saturada por poliinsaturados e monoinsaturados. Sendo esses hábitos implementados, pode ser dispensada a terapia farmacológica ou a dose ou quantidade de drogas pode ser reduzida (MILLEN, et al., 2001).

Nesse contexto, Pierin (2004) afirma que a questão da utilização de alimentos com grande teor de sal e gorduras saturadas na dieta é extremamente complicado, porque alterar esse padrão de comportamento implica mudar hábitos, e mudanças de hábitos está entre os objetivos mais difíceis de alcançar pelo profissional da área da saúde. Mudar hábitos significa mudar atitudes e práticas, que regem a vida do indivíduo desde sua infância e, que muitas vezes estão enraizados na família. Para a autora, grande parte das doenças crônicas tem um componente comportamental que necessita de correção. É muito mais fácil prescrever remédios para a Hipertensão Arterial do que insistir em mudanças de hábitos. Corroborando Sacks et al. (2001) informam que a dieta preconizada pelo estudo DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension) mostrou benefícios no controle da pressão arterial, inclusive em pacientes fazendo uso de anti-hipertensivos. Segundo os autores, a referida dieta enfatiza o consumo de frutas, verduras, alimentos integrais, leite desnatado e derivados, quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol, maior quantidade de fibras, potássio, cálcio e magnésio. Associada à redução no consumo de sal, mostra benefícios ainda mais evidentes, sendo portanto, fortemente recomendada para hipertensos.

➤ **Ingestão de sal**

A elevação da Pressão Arterial (PA) tem sido também correlacionada com a ingestão excessiva de sódio. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como os índios brasileiros Yanomani não foram encontrados casos de HA (DBH-VI, 2010).

O mais importante estudo que correlaciona sal e pressão arterial é o INTERSALT, realizado em mais de 10.000 indivíduos em 32 países. Seus resultados demonstraram que o aumento de excreção urinária de sódio diminui a prevalência de Hipertensão Arterial (ROCHA, et al., 1997). Estudo realizado na Universidade de São Paulo por Jorge (1999) com hipertensos no estágio leve de hipertensão, concluiu que a pressão arterial de indivíduos com hipertensão leve pode atingir valores normais com tratamento dietético, baseado na restrição de sódio.

Para Reis e Cople (1999) o papel do sódio na patogenia e no tratamento da HA permanece incerto, porém já é notório que a ingestão excessiva resultará em um aumento da pressão arterial. Dessa forma, para os autores, a restrição de sal na dieta é uma medida recomendada não apenas para os hipertensos, mas, para a população em geral.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (DBH-VI, 2010), a dieta habitual do brasileiro contém 10 a 12 g de sal/dia. É saudável ingerir até 6 g/dia de sal (2 colheres das de chá rasas de sal/4 g) e 2 g de sal presente nos alimentos naturais. Embora publicações ressaltem que a restrição de sódio na dieta, não deve ser generalizada, porque existem pacientes que são sódios-resistentes e sugerem para aos profissionais da saúde cautela nessa recomendação. Numa pesquisa com o objetivo de avaliar o comportamento da pressão arterial em 40 hipertensos leves, onde os mesmos foram orientados para a redução do consumo de sal e de alimentos salgados, 45% tiveram sua pressão arterial sistólica e diastólica reduzidas ou normalizadas, concluindo que os níveis 34 pressóricos podem ser reduzidos com uma dieta hipossódica (KOTCHEN; KOTCHEN, 1997). Desse modo, Rozanski et al. (1999) reforçam que o sal tem sido considerado, há muito tempo, um importante

fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, estando também relacionado ao aumento do risco para o desenvolvimento da hipertrofia ventricular esquerda, proteinúria e direta queda noturna da pressão. A sensibilidade ao sal está associada à mortalidade tanto em normotensos quanto em pessoas com hipertensão que possuem idade superior a 25 anos.

➤ **Excesso de peso e obesidade**

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HA desde idades jovens. A obesidade é considerada uma doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para ocorrência de várias outras doenças crônicas, cerebrovasculares, a hipertensão arterial, o diabetes, e várias outras (BRANDÃO et al., 2004). O maior risco de desenvolver a hipertensão na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos pode ocorrer com o incremento de $2,4 \text{ kg/m}^2$ no índice de massa corporal (IMC). A obesidade central também se associa com a pressão arterial ((DBH-VI, 2010).

Segundo Hasselmann et al. (2008), a avaliação antropométrica incluindo o índice de massa corpórea e a circunferência abdominal contribuem para identificar alterações e avaliação para se desenvolver uma doença cardiovascular. Vêm se verificando que os valores elevados de circunferência da cintura e do índice de massa corporal associam-se com hipertensão arterial. A obesidade no Brasil vem aumentando progressivamente nas últimas décadas de forma significativa e bastante diferenciado entre os vários segmentos da população. O aumento da obesidade na população brasileira é comparável com outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, porém, a diminuição de 30% do IMC nas mulheres de alta renda nunca foi descrita em outros países em desenvolvimento, nem nos países ricos, tendo sido detectada somente na Escandinávia. Aparentemente, as mulheres de renda alta seriam extremamente sensíveis às campanhas da mídia que recomendam um estilo de vida mais saudável (PIERIN, et al., 2010).

Carneiro et al. (2003) chamam a atenção sobre os estudos observacionais realizados que mostraram que ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices de 35 prognósticos importantes de hipertensão arterial, e a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado. O índice de massa corpórea (IMC) é um bom indicador correlacionado com a gordura corporal, é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica é estimado pela relação entre o peso e a estatura, expresso em Kg/m². A relação entre IMC e risco de morbidades, pode ser afetada pela distribuição da gordura corpórea, visto que as principais complicações da obesidade, que incluem doenças cardiovasculares, diabete melito, hipertensão e hiperlipidemia, estão associadas ao maior acúmulo de gordura abdominal, independente do peso corpóreo (DEURENBERG, et al., 1999).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado na estratégia de saúde da família em Riacho Doce na Unidade Vanderli Maria de Andrade, o qual foi observado que os idosos da microarea 01 têm apresentado um elevado índice de casos de pressão alta, para o qual se registra esses números estatísticos no sistema do Esus AB. Sendo assim surgiu a necessidade de realizar um plano de intervenção com o intuito de minimizar os riscos que a pressão alta acomete principalmente à saúde dos idosos, bem como controlar e estabilizar os picos de pressão.

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações do projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

6.1 Descrição do problema selecionado

Diante do índice elevado de idosos hipertensos na ESF Riacho Doce na microárea 01, faz-se necessário realizar uma intervenção nesse grupo específico visando uma conscientização dos agravos da doença silenciosa que é a hipertensão arterial, com o intuito de controlar as alterações que a doença provoca bem como promover uma estabilização da doença e uma qualidade de vida aos idosos em questão.

6.2 Explicação do problema selecionado

A pressão alta em idosos, conhecida cientificamente como hipertensão, deve ser controlada sempre que for detectada, pois a pressão elevada em idades mais avançadas aumenta bastante o risco de complicações cardiovasculares sérias, como infarto ou AVC. Foi percebido que boa parte dos idosos não seguem as recomendações propostas no acompanhamento do HIPERDIA, faltando as consultas agendadas e não tomando as medicações prescritas, daí surge o descontrole dos níveis de pressão arterial e as eventuais descompensação.

6.3 Seleção dos nós críticos

- ✓ Alto Índice de hipertensos;
- ✓ Animais soltos no entorno da unidade
- ✓ Risco cardiovascular da população aumentado em decorrência da HAS;
- ✓ Lixo exposto

6.4 Desenhos das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º)

QUADRO 1 – NÓ CRÍTICO

NÓ CRÍTICO	Acompanhamento e monitoramento dos hipertensos idosos da microarea 01 da ESF de Riacho Doce
Operação	Minimizar os riscos que a hipertensão provoca na saúde dos idosos
Projeto	Idosos hipertensos
Resultados	Tornar estável a pressão arterial
Produtos esperados	Programa de Educação em Saúde
Recursos necessários	Cognitivo trabalhar a temática Financeira custeada pela equipe Político mobilização da comunidade
Viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo Equipe da ESF Político adesão do gestor local Financeiro recurso para despesas eventuais
Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Roda de conversa e vivências
Acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Grupos operativos com reuniões mensais durante cinco meses
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Número de participantes e feedback

QUADRO 2- NÓ CRÍTICO

NÓ CRÍTICO	Uso contínuo dos medicamentos hipertensivos
Operação	Mostrar a importância de administrar a medicação de forma correta
Projeto	Idosos hipertensos
Resultados	Regularizar e estabilizar a pressão arterial
Produtos esperados	Controle da pressão arterial
Recursos necessários	Cognitivo informação sobre o tema Financeiro custeado pela equipe Político participação ativa dos hipertensos
Viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo equipe da ESF Político adesão do gestor local Financeiro recurso para despesas eventuais
Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Grupos operativos e participação de um profissional farmacêutico
Acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Visitas domiciliares mensais e observação da administração da medicação durante o período do período
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Observar se a medicação está sendo usada corretamente de acordo com a solicitação médica. Feedback

QUADRO 3 – NÓ CRÍTICO

NÓ CRÍTICO	Alimentação adequada para os hipertensos
Operação	Orientar quanto o consumo de alimentos saudáveis e adequados para hipertensos
Projeto	Idosos hipertensos
Resultados	Melhor qualidade de vida e estabilidade na pressão arterial
Produtos esperados	Aumentar a perspectiva de vida e evitar hospitalizações
Recursos necessários	Cognitivo informação sobre o tema Financeiro custeado pela equipe Político participação ativa dos hipertensos
Viabilidade do plano – recursos críticos	Cognitivo equipe da ESF e NASF Político adesão do gestor local Financeiro recurso para despesas eventuais
Controle dos recursos críticos – ações estratégicas	Grupos operativos, roda de conversa e lanche coletivo (salada de frutas)
Acompanhamento do plano – responsáveis e prazos	Grupos operativos com reuniões mensais
Gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Socialização dos conhecimentos adquiridos e feedback dos participantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que a participação dos idosos hipertensos seja de grande valia nas atividades propostas nesse projeto de intervenção, pois trará benefícios a saúde deles, de forma que visa estabilizar e controlar a pressão arterial.

Diante do exposto, conclui-se que a educação em saúde é um processo, que visa à construção e transformação de conhecimentos. Nesse processo os profissionais de saúde e as pessoas com HAS, desenvolvem o conhecimento sobre saúde e doença, ações de autocuidado, promoção da saúde e prevenção dos riscos, pautados nas experiências e na realidade

A aprendizagem se constrói por meio da ressignificação das experiências pessoais. As estratégias educativas foram selecionadas de acordo com as características dos idosos com HAS, os recursos disponíveis e o objetivo educativo foram planejados para ocorrer através de abordagens individuais e coletivas, pois são importantes e complementares para a aquisição dos propósitos elaborados nesse projeto de intervenção. As equipes deve envolver os idosos com HAS na implementação do seu plano de cuidado, estimulando-os a desenvolverem suas capacidades e explorar seus potenciais, em função de sua idade, estilo de vida, condições e exigências cotidianas, a fim de melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

CARNEIRO, G.; FARIA, A. N. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de Hipertensão Arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 3, n. 49: 306-311 2003.

CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, III. Detecção, Avaliação, Tratamento. 1998. Campos do Jordão: disponível em: <http://www.cardiol.br/consenso>. Acesso em: 10 de dez 2021.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (DBH-VI). *RevBras de Hiper* v. 17, n. 1, Jan-mar, 2010.

HALSSELMANN, M. N.; FAERSTEIN, E.; WERNECK, G. L.; CHOR, D.; LOPES, C. S. Associação entre circunferência abdominal e hipertensão arterial em mulheres: Estudo PróSaúde; *Rev. Caderno de Saúde Pública*, 2008; 24 (5): 1187-91.

LESSA, I. Epidemiologia da Hipertensão Arterial sistêmica e insuficiência cardíaca no Brasil. *RevBras Hipertenso*2001; 8:383-92.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. do. Fatores de risco para Hipertensão Arterial e diabete melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. *ArqBrasCardiol*, 2006; 87:471-9.

NOGUEIRA, D.; FAERSTEIN, E.; COELI, C. M.; CHOR, D.; LOPES, C. S.; WENERCK, G. L. Reconhecimento, tratamento e controle da hipertensão arterial; Estudo Pró-Saúde, Brasil. *Rev Panam Salude Pública*. 2010; 27(2): 103-8.

PIERIN, A. M. G.; MION, JR. A influência da posição do braço na medida da pressão arterial. *Rev. Hipertensão*, 2004; 7 (1): 28-30.

PIERIN, A. M. G. A relação entre o tamanho do manguito e o braço na medida indireta da pressão arterial. *Hipertensão. Rev. Hipertensão*, 2005; 8 (3): 107-9.

REIS, N. T.; COPLE, C. S. Nutrição Clínica na Hipertensão Arterial. *Revinter*, Rio de Janeiro: 1999. P 126.

ROCHA, A. A. et. al. Manuseio nutricional na hipertensão arterial. *Rev. daSoc de cardiol*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 490-493, julho. 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (SBH). São Paulo [acesso em 15 dezembro de 2021] Disponível em <<HTTP://www.sbh.org.br/o-que-e-a-hipertensao>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PATOLOGIA. São Paulo.[acesso 20 de janeiro de 2022] Disponível em <<HTTP://www.sbp.org.br/alerta-a-populacao-no-dia-nacional-da-prevencao-e-combate-a-hipertensao-arterial>>.