

CYNTHIA RODRIGUES MEIRELLES

## **CONTRIBUIÇÃO DA ABORDAGEM COLETIVA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Cardiologia do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre.

Orientador: Prof. Cláudio L. Pereira da Cunha.

CURITIBA  
1998

CYNTHIA RODRIGUES MEIRELLES

***CONTRIBUIÇÃO DA ABORDAGEM  
COLETIVA NO TRATAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL.***

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM CARDIOLOGIA DO SETOR  
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ, COMO REQUISITO  
PARCIAL À OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE.

ORIENTADOR : PROF. CLÁUDIO L. PEREIRA DA CUNHA.

CURITIBA  
1998

## **PARECER**

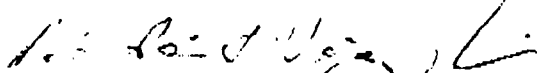
**PARECER CONJUNTO** dos Professores **Dr. CLÁUDIO L. PEREIRA DA CUNHA**, **Dr. PAULO CESAR BRANDÃO VEIGA JARDIM**, **Dr. ROGÉRIO ANDRADE MULINARI** e **Dr. RONALDO DA ROCHA LOURES BUENO**, sobre a Dissertação de Mestrado em Cardiologia da Universidade Federal do Paraná, elaborada pela aluna concluinte **CYNTHIA RODRIGUES MEIRELLES** intitulada: **“CONTRIBUIÇÃO DA ABORDAGEM COLETIVA NO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL”**.

A Banca Examinadora considerou que a aluna **CYNTIA RODRIGUES MEIRELLES** apresentou trabalho adequado para Dissertação de Mestrado e o defendeu com segurança e propriedade nas arguições que lhe foram feitas, atribuindo-lhe **CONCEITO “A”**, sendo pois unanimemente recomendado à Universidade Federal do Paraná que lhe seja concedido o título de **MESTRE EM MEDICINA - área de concentração CARDIOLOGIA** e a publicação da Dissertação em veículo de divulgação conveniente, depois de incorporadas as sugestões apresentadas no decurso das arguições.

Curitiba, 21 de dezembro de 1998.



Prof. Dr. **CLÁUDIO L. PEREIRA DA CUNHA**



Prof. Dr. **PAULO CESAR BRANDÃO VEIGA JARDIM**



Prof. Dr. **ROGÉRIO ANDRADE MULINARI**



Prof. Dr. **RONALDO DA ROCHA LOURES BUENO**

# ***AGRADECIMENTOS***

*A ELABORAÇÃO DESTE TRABALHO FOI POSSÍVEL GRAÇAS À PARTICIPAÇÃO E COLABORAÇÃO DE TODOS OS ENVOLVIDOS A SEGUIR, COM EMBASAMENTO NA MINHA PRÓPRIA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA E PROFISSIONAL.*

- *AOS PACIENTES.*
- *À EQUIPE DA UNIDADE DE SAÚDE SAGRADA FAMÍLIA.*
- *À BIBLIOTECA DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UFPR.*
- *AOS COLEGAS DE PROFISSÃO NA CRIAÇÃO POLÊMICA DO ASSUNTO.*
- *À ANGELA M. S. MARTINS PELO TRABALHO ESTATÍSTICO*

***MÃE...***

***PAI...***

***MARIO...***

***MATHEUS...***

***THOMAS...***

***DEUS.***

# ***PARA VOCÊ ME EDUCAR***

*PARA VOCÊ ME EDUCAR, PRECISA ME CONHECER, PRECISA SABER DA MINHA VIDA, DO MEU MODO DE VIVER E SOBREVIVER. CONHECER A FUNDO AS COISAS NAS QUAIS EU CREIO E ÀS QUAIS ME AGARRO NOS MOMENTOS DE SOLIDÃO, DESESPERO E SOFRIMENTO. PRECISA SABER E ENTENDER AS VERDADES, AS PESSOAS E OS FATOS AOS QUAIS EU ATRIBUO FORÇAS SUPERIORES ÀS MINHAS, E AOS QUAIS EU ME ENTREGO QUANDO PRECISO IR ALÉM DE MIM MESMO.*

*PARA VOCÊ ME EDUCAR, PRECISA ME ENCONTRAR LÁ ONDE EU EXISTO, QUER DIZER, NO CORAÇÃO DAS COISAS, NOS MITOS, NAS LENDAS, NAS CORES E MOVIMENTOS, NAS FORÇAS ORIGINAIS E FANTÁSTICAS, NA TERRA E NAS ESTRELAS, NAS FORÇAS DOS ASTROS, DO SOL E DA CHUVA.*

*PARA ME EDUCAR VOCÊ PRECISA ESTAR COMIGO ONDE EU ESTOU. MESMO QUE VOCÊ VENHA DE LONGE E ESTEJA MUITO ADIANTE. SÓ HÁ UM ADIANTE PARA MIM : AQUELE QUE EU CONSTRUO E CONQUISTO. SÓ HÁ UMA FORMA DE CONSTRUI-LO : A PARTIR DE MIM MESMO E DO MEU EM QUE VIVO.*

*PARA VOCÊ ME EDUCAR, PRECISA COMPREENDER A CULTURA DO CONTEXTO EM QUE SE DÁ MEU CRESCIMENTO, POIS SUAS LINHAS DE FORÇA SÃO AS MINHAS ENERGIAS. SUAS CRENÇAS E EXPECTATIVAS SÃO AS QUE PASSAM A CONSTRUIR O MEU CREDO E AS MINHAS ESPERANÇAS.*

*MAS EU TAMBÉM ESTOU ABERTO PARA AS OUTRAS CULTURAS. IDENTIDADE CULTURAL NÃO SIGNIFICA PRISÃO AO ESPAÇO QUE OCUPO. A CULTURA UNIVERSAL É PRODUTO DE TODOS OS HOMENS. A EDUCAÇÃO QUE EU NECESSITO É AQUELA QUE ME FAZ MAIS EU, QUE DESPERTA DO MISTÉRIO DO MEU SER AS POTENCIALIDADES ADORMECIDAS. É UMA EDUCAÇÃO QUE PROMOVE MINHA IDENTIDADE PESSOAL.*

*EU ME EDUCO FAZENDO CULTURA. E NESSE ATO DE CRIAÇÃO CULTURAL EU CONSTRUO MINHA EDUCAÇÃO, CONQUISTO O MEU SER NA RELAÇÃO DIDÁTICA HOMEM-NATUREZA.*

*AUTOR DESCONHECIDO*

# *SUMÁRIO*

<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	viii
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	ix
<b>RESUMO</b> .....	x
<b>ABSTRACT</b> .....	xii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	6
2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS .....	7
2.2 OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS .....	9
2.2.1 Obesidade .....	10
2.2.2 Sedentarismo .....	11
2.2.3 Estresse .....	12
2.2.4 Fumo .....	13
2.2.5 Álcool .....	14
2.2.6 Ingestão Salina .....	15
2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO FATOR DE RISCO .....	17
2.4 PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL .....	18
2.5 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE .....	20
2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO E A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL .....	22
2.7 MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA .....	25

<b>3</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS .....</b>	<b>28</b>
3.1	PACIENTES .....	29
3.2	LOCAL .....	30
3.3	EQUIPE .....	30
3.4	ATIVIDADES .....	32
3.5	LEVANTAMENTO DE DADOS .....	35
3.5.1	Pressão Arterial .....	36
3.5.2	Peso .....	36
3.5.3	Fumo .....	37
3.5.4	Álcool .....	37
3.5.5	Atividade Física .....	37
3.5.6	Dieta .....	37
3.5.7	Controle da Pressão Arterial .....	38
3.5.8	Doenças Associadas .....	38
3.5.9	Tratamento .....	38
3.5.10	Palestras Coletivas .....	38
3.6	ESTATÍSTICA .....	39
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>40</b>
4.1	GRUPO I .....	41
4.2	GRUPO II .....	43
4.3	GRUPO III .....	47
4.4	COMPARAÇÃO DOS GRUPOS .....	49
4.4.1	Grupo I x Grupo II .....	49
4.4.2	Grupo I x Grupo III .....	50
4.4.3	Grupo II x Grupo III .....	54

<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>56</b>
	5.1 A METODOLOGIA EMPREGADA .....	59
	5.2 OS RESULTADOS OBTIDOS .....	61
	5.3 COMENTÁRIOS FINAIS .....	66
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>69</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>71</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>98</b>

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Equipe Multidisciplinar envolvida no “Programa de Hipertensos .....	31
Figura 2 - Lanche de Confraternização que se seguiu à Palestra Coletiva em Outubro de 1996 .....	34
Figura 3 - Número de Consultas Mensais no período de acompanhamento dos grupos de estudo .....	52
Figura 4 - Pressão Arterial Média na primeira consulta em pacientes dos diferentes grupos de estudo .....	52
Figura 5 - Pressão Arterial Média na última consulta em pacientes dos diferentes grupos de estudo .....	53
Figura 6 - Percentual de Uso Regular da Medicação Prescrita nos diferentes grupos de estudo .....	53

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Características Gerais dos Pacientes .....	43
Quadro 2 - Participações nas Atividades do Programa .....	45
Quadro 3 - Média dos Níveis Pressóricos e Peso .....	46
Quadro 4 - Grau de Envolvimento nas Recomendações Propostas ...	47

## ***RESUMO***

Com o objetivo de avaliar a contribuição da abordagem coletiva por equipe multidisciplinar no tratamento da Hipertensão Arterial, foram estudados 131 pacientes inscritos no “Programa de Hipertensos” da Unidade de Saúde Sagrada Família, da Prefeitura Municipal de Curitiba. Neste programa havia um atendimento multiprofissional da Hipertensão Arterial, e lhes foi oferecida a possibilidade de se envolverem em atividades coletivas, tais como palestras educativas, reuniões sociais e passeios. Conforme sua participação nas 9 palestras educativas proferidas no período de um ano, os pacientes foram divididos em três grupos. O Grupo I foi composto por 47 pacientes que frequentaram no máximo uma palestra coletiva; era formado por 17 homens e 30 mulheres. O Grupo II era integrado por 62 hipertensos que participaram de duas a quatro palestras coletivas, sendo 12 do sexo masculino e 50 do feminino. O Grupo III envolvia 22 pacientes que assistiram cinco ou mais palestras coletivas, constituído por 2 homens e 20 mulheres.

Todos os pacientes foram analisados mediante uma ficha cadastral de estudo que continha dados de identificação (nome, estado civil, endereço), dados constitucionais (sexo, idade, peso), doenças associadas, o tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial, a frequência às palestras coletivas, o comparecimento aos passeios e festas, a história prévia de abandono do “Programa de Hipertensos”. Ainda nesta ficha, durante as consultas mensais, foram anotados os níveis pressóricos, o uso de

medicação, a atividade física realizada, o consumo de fumo e álcool, o seguimento da dieta hipossódica e o controle semanal da pressão arterial.

O Grupo III foi mais participativo em todos os aspectos, mostrando-se mais assíduo às consultas médicas mensais ( $p < 0,01$ , em relação aos Grupos I e II), com maior comparecimento aos passeios ( $p < 0,0001$ , em relação ao Grupo I). Foi este o grupo que melhor seguiu a dieta e a recomendação de exercícios regulares, porém esta observação não atingiu significância estatística. Foram eles, todavia, que de maneira significativa, mais regularmente fizeram uso da medicação prescrita ( $p < 0,05$ , em relação ao Grupo I). Mantiveram o menor peso médio em todo o período do estudo ( $p < 0,0001$ , em relação ao Grupo I). Em relação à pressão arterial, os pacientes do Grupo III foram os que tiveram as menores cifras pressóricas no período de observação, tanto em relação à pressão arterial sistólica média ( $p < 0,0001$ , em relação ao Grupo I e  $p < 0,01$  em relação ao Grupo II), como em relação à pressão arterial diastólica média ( $p < 0,0001$ , em relação a ambos os grupos). Neste Grupo III a pressão arterial média na primeira consulta já era menor ( $p < 0,01$ , em relação ao Grupo I), e reduziu-se ainda mais no período de observação, passando a ser, na última consulta, significativamente menor também em relação ao Grupo II ( $p = 0,001$ ).

Em conclusão, a abordagem coletiva por equipe multidisciplinar auxilia o tratamento da Hipertensão Arterial, favorecendo a maior assiduidade às consultas médicas mensais, e permitindo o uso mais regular da medicação, assim contribuindo para que os hipertensos mais participativos no programa proposto se mantenham com níveis pressóricos inferiores aos dos demais pacientes.

# ***ABSTRACT***

One hundred and thirty – one patients participating on Program at “Unidade de Saúde Sagrada Família” of Curitiba City Hall were studied in order to analyze how a collective approach by a multiprofessional staff could contribute to hypertension treatment. Patients were invited to attend some groups activities, such as educational lectures, social meetings and bus tours. They were classified in three groups according to their presence in 9 educational lectures during one-year period; Group I comprised 47 patients who attended up to one lecture; seventeen of them were male patients. Group II comprised 62 patients who attended at two to four lectures; twelve of them male patients. Group III comprised 22 patients who attended at 5 or more meetings, 2 of them male patients.

All patients were asked to fill a registration form which listed identification (name, civil status, address) and constitutional (Sex, age, weight) data, onset of hypertension, associated diseases, frequency at the lectures and social meetings as well as their previous history of quitting the Hypertension Program. During their monthly consultations, blood pressure levels, medication usage, physical exercises, smoking and drinking history, adherence to low-sodium diet and weekly control of blood pressure were also annotated.

Group III turned out to be the most participative in all aspects showing more frequency in the medical consultation when compared to Group I and II ( $p < 0,01$ ), showing a greater attendance to the tours ( $p <$

0,0001 when compared to group II). Group III was most adherent to diet and exercise recommendations, however with no statistical significance. They were, nevertheless, significantly adherent to medication schedules ( $p < 0,05$  compared to Group I); they maintained the lowest average weight throughout the study ( $p < 0,0001$  compared to Group I). When blood pressure was analysed, Group III showed the lowest levels (during the whole study) related to both systolic ( $p < 0,0001$  compared to Group I and  $p < 0,01$  related to group II) and diastolic ( $p < 0,0001$  compared to Groups I and II) average levels. Average blood pressure was lower in Group III at the first consultation ( $p < 0,01$  compared to Group I) and showed a greater reduction during the study, this leading to a stronger significance ( $p < 0,001$  compared to Group II) when findings of the last consultation were analyzed. The causes which possibly led to these findings are discussed at the text.

It is concluded that a collective approach by a multiprofessional team may be useful for the treatment of hypertension, leading to a greater adherence to monthly medical consultations and to a more regular medication usage, thus contributing to the maintenance of lower pressoric levels in patients participating in that Program.

# *INTRODUÇÃO*

## INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial atinge, em todo mundo, milhões de pessoas, e no Brasil é um grave problema de saúde pública (BRASIL, 1993). Considerando os dados populacionais de 1985 e a prevalência de Hipertensão Arterial nas diversas faixas etárias acima de 20 anos de idade, teríamos cerca de 8 milhões de hipertensos, cerca de 12% da população maior de 20 anos; mais da metade destas pessoas não sabem que são hipertensas, e, portanto, não são atendidas pelo sistema de saúde para esta doença (BRASIL, 1988).

A maioria dos pacientes com Hipertensão Arterial é assintomática; além disso, muitos hipertensos não são identificados nos ambulatórios, e mais da metade abandona o tratamento por diferentes motivos (BRASIL, 1988, 1993).

Atualmente estima-se que cerca de 40% da população negra e 50% da população maior de 60 anos sejam hipertensos (AQUINO et al., 1996), e o aumento do número de idosos juntamente com uma alimentação rica em açúcar e gordura animal aliada à vida sedentária, além do alto consumo de bebidas alcoólicas e cigarros, fazem aumentar o número de casos de doenças crônico-degenerativas, como a Hipertensão Arterial (CAMARGO, 1998).

As doenças cardiovasculares, e dentre elas a Hipertensão Arterial, provavelmente, continuarão sendo a principal *causa mortis* nos Estados Unidos e na maioria dos países ocidentais até o século XXI; o declínio das taxas de

mortalidade cardiovascular não representa uma conclusão pré-determinada, pois caso nossos esforços se relaxem, poderá haver uma exacerbação da Hipertensão Arterial (PEARSON et al., 1997).

Ainda está por ser identificada a causa de uma parcela significativa das doenças cardiovasculares, mas existem fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência, os denominados fatores de risco cardiovascular e, entre eles, a Hipertensão Arterial é um dos mais importantes (AZEVEDO et al., 1994; LOTUFO et al., 1996). É o principal fator de risco para as doenças coronarianas, cerebral e renal (AQUINO et al., 1996; KAPLAN, 1991). Essas complicações aumentam em frequência com o igual aumento dos níveis pressóricos, tanto sistólicos quanto diastólicos (NOBRE, 1994; KAPLAN, 1991).

O objetivo primordial do tratamento da Hipertensão Arterial é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares destes pacientes, aumentadas em decorrência dos níveis tensionais, sendo utilizadas tanto medidas não medicamentosas isoladas como associadas a drogas anti-hipertensivas (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998). Recomenda-se hoje tratar o paciente hipertenso através de medidas caracterizadas pelas mudanças do estilo de vida, ou tratamento não medicamentoso, apesar de muitos clínicos não as utilizarem ou as empregarem de forma casual (NOBRE, 1996; KAPLAN, 1991).

Dentre as modificações do estilo de vida, existem aquelas de comprovado valor na redução da pressão arterial como perda de peso, redução da ingestão salina, redução ou abolição de bebidas alcoólicas, exercício (AMODEO, 1994). A interrupção do fumo não interfere diretamente sobre a

pressão arterial mas é de fundamental importância do ponto de vista de diminuição geral do risco cardiovascular (AMODEO, 1994).

Apesar de relativamente fácil com a terapia utilizada correntemente (KAPLAN, 1991), o tratamento medicamentoso é um processo prolongado, sendo vital o estabelecimento de um bom relacionamento com o paciente, para obtenção de aderência ao tratamento proposto e motivação para reavaliações médicas freqüentes (RIBEIRO et al., 1994).

Visando um melhor acompanhamento do paciente hipertenso, OIGMAN (1991) recomenda as seguintes estratégias :

- Esclarecimento de conceitos sobre a doença, devendo-se também enfatizar o objetivo e a duração do tratamento. O propósito desta atitude visa, fundamentalmente, eliminar as informações incorretas que facilitariam o abandono do tratamento, ou fazer com que o paciente ajuste, à sua maneira, os regimes terapêuticos.
- A mudança na rotina do paciente pode ser minimizada com modificações da dosagem das drogas, sua frequência de administração ou mesmo, mudando para um outro fármaco, ou seja, a comodidade posológica. O reconhecimento deste problema torna mais aceitável regimes anteriormente incompatíveis, que influenciavam marcadamente a rotina diária do paciente, de sua vida, em casa ou no trabalho.
- Aumento no suporte dos membros da família. Este requer o envolvimento de uma pessoa influente, que viva com o paciente, que fornecerá coragem, suporte para mudanças comportamentais, lembrando fatos específicos do tratamento.

Entre as estratégias que visam um aprimoramento do tratamento da Hipertensão Arterial, destacam-se atualmente as atitudes que envolvem equipes multidisciplinares e reuniões didático-sociais, com pacientes e profissionais da Saúde. SOUSA et al. (1992) observaram uma nítida vantagem a favor da abordagem educativa em grupos.

Admitindo a importância da intervenção, planeja-se elaborar este estudo com os seguintes objetivos :

- 1 - Objetivo Geral : Avaliar a contribuição da abordagem coletiva por equipe multidisciplinar no tratamento da Hipertensão Arterial.
- 2 - Objetivos específicos :
  - 2.1 - Analisar a influência desta prática na adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial.
  - 2.2 - Estimar a colaboração desta forma de intervenção no controle da pressão arterial.

## ***2. REVISÃO DE LITERATURA***

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

À medida que recuamos no tempo, a identificação de quadros mórbidos se torna mais complicada, não apenas, como se poderia pensar, por que os meios técnicos ao alcance do descritor diferiam muito daqueles hoje à disposição do clínico. O curandeiro mesopotâmico considerava que a doença era consequência de um pecado ou da penetração de um mau espírito no corpo do doente : “**O malvado Ékimu atacou o ventre do homem**”, diria uma tabuleta assirio-babilônica (ARQUIOLA et al., 1987).

A primeira referência, embora ao acaso, da diferença da pressão sanguínea entre os vasos, deve-se ao pintor renascentista, **Giovani Di Paolo** (1403-1483), que ao representar a decapitação de São João Batista, mostrou vasos jorrando e outros gotejando. **William Harvey** (1578-1657), o “descobridor da circulação”, foi tão contestado que, somente um século após, o também inglês, reverendo **Stephen Hales** (1677-1761), fez a primeira medida da pressão arterial de um animal. **Samuel Sigfried Ritter von Basch** (1837-1905) foi o primeiro a observar que, nos indivíduos idosos, ou com arteriosclerose, a pressão sistólica era mais elevada do que na população normal, iniciando a conceituação de Hipertensão Arterial Essencial. Isso levou **Henri Huchard** (1844-1910) a postular que a Hipertensão Arterial persistente levava à aterosclerose (INTROCASO, 1996).

Os métodos de laboratório, excepcionalmente sofisticados, fornecem aos clínicos de hoje excelentes critérios diagnósticos. Entretanto, com isso, correm risco de depreciação do exame clínico, do qual as gerações anteriores tanto dependiam e, ao qual, tanto acatavam. A observação meticulosa, aliada à precisão e à clareza da linguagem, tornam impossível igualar ou ultrapassar às primeiras e originais descrições dos inúmeros sinais físicos cardiovasculares (PERLOFF, 1984).

A estrutura do exame físico cardiovascular moderno é tecida com fios do passado. **Franciscus de Le Boe Sylvius** (LINFORS, 1980; PERLOFF, 1984), destacado médico e professor do século XVII, e o primeiro paladino do ensino à beira do leito na Educação Médica, escreveu que queria “... conduzir meus alunos pelas mãos para a prática da Medicina, levando-os para ver os pacientes no Hospital Público, onde eles podiam ouvir as queixas dos enfermos e observar seus sinais físicos”.

A inspeção, ou observação, compreende aquilo que os olhos vêem - o aspecto físico, tanto geral como em suas partes. Para **ver**, entretanto, o observador deve ser treinado. Segundo **Leonardo da Vinci**, “ O olho... é o principal meio pelo qual o entendimento pode mais plena e fartamente apreciar as infinitas obras da natureza...” (PERLOFF, 1984).

O aspecto emocional de todos os pacientes deve ser investigado e valorizado. Isto se aplica particularmente aos hipertensos. Em 1905, **Freud** (ARQUIOLA et al, 1987) comentou : “ A relação entre o somático e o anímico é, no animal como no homem, uma interação recíproca”. Inicialmente, porém, a ação do anímico sobre o corpo não foi muito bem aceita pelos médicos. Pareciam resistir em conceder certa autonomia à vida anímica, como se com isto ficassem expostos a abandonar o firme terreno do científico .

O tema da Escola de **Heidelberg** (ARQUIOLA et al., 1987) esboçado em Patologia Funcional - 1936 , incluía a consideração da biografia do paciente, onde havia necessidade de se aprofundar até os transtornos subjetivos da saúde . “O médico deverá considerar o comportamento psico-físico global do doente e submetê-lo ao tratamento, inclusive pela psicoterapia, pois o subjetivo de toda a síndrome, em nosso meio, tem importância igual ao objetivo, em relação ao sintoma” .

## **2.2 OS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS**

O conceito de fatores de risco emergiu sobretudo dos estudos epidemiológicos feitos em uma pequena cidade dos Estados Unidos, Framingham (KANDEL et al., 1976). Estão em acompanhamento mais de 5000 indivíduos, de ambos os sexos, entre 30 e 62 anos, que, ao exame inicial, não apresentavam cardiopatia. Foram acompanhados com revisões periódicas, o que permitiu conhecer a história natural das doenças cardiovasculares, e quais os fatores mais importantes na sua gênese, denominados fatores de risco (AZEVEDO et al., 1994).

Desde 1968, nos Estados Unidos, vem ocorrendo uma diminuição da mortalidade por Doenças Cardiovasculares. Foi sem dúvida naquele país onde, desde a década de 60, houve maior divulgação pelos meios de comunicação da necessidade de se diagnosticar e tratar a Hipertensão Arterial e da vantagem da modificação dos hábitos alimentares, com redução da ingestão de gorduras saturadas. Essas evidências sugerem que o principal responsável pela queda da mortalidade por Doenças Cardiovasculares ocorrida nos Estados Unidos foi a

conscientização do povo em relação ao risco da Hipertensão Arterial, da Hipercolesterolemia e do Fumo (AZEVEDO et al., 1994).

Os fatores que mais se correlacionam com a Hipertensão Arterial e que foram abordados neste estudo são : obesidade, sedentarismo, estresse, fumo, álcool, ingestão salina (KAISER, 1994; FUCHS, 1994; DUDA et al., 1994; KAPLAN, 1984).

### 2.2.1 OBESIDADE

Uma parcela significativa de pacientes hipertensos são obesos. Há muito se sabe que a prevalência da Hipertensão Arterial é várias vezes maior em indivíduos obesos, principalmente aqueles que apresentam um excesso de peso após os 25 anos de idade, e têm uma distribuição de gordura do tipo central (MONEGO et al., 1996). A obesidade, particularmente a do tipo central ou visceral, é hoje reconhecida como fator de risco independente, vinculada a fatores aterogênicos com a alteração do perfil lipídico, a Hipertensão Arterial, a Hiperinsulinemia e a redução dos níveis estrogênicos (CARVALHO FILHO et al., 1996).

Todos os hipertensos obesos devem participar de programas de redução ponderal (I CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1991), por que esta é uma medida comprovadamente eficaz, e a mais efetiva modalidade não farmacológica para redução da pressão arterial, de modo a alcançarem, idealmente, um índice de massa corpórea (IMC) de 20 a 27 (II CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1994).

Os hábitos alimentares constituem um aspecto importante do comportamento humano, e sua mudança é um processo lento e difícil. A perda

de peso e sua manutenção alcançam melhores resultados quando, juntamente com a dieta, desenvolve-se um programa de educação, visando a adoção do hábito saudável da prática de atividade física regular. Estas mudanças, uma vez atingidas, diminuem também os fatores de risco associados à obesidade (MONEGO et al., 1996).

### 2.2.2 SEDENTARISMO

Os indivíduos sedentários parecem ter risco 35% maior de desenvolver Hipertensão Arterial quando comparados aos que praticam algum esporte (OIGMAN, 1991).

Os benefícios do exercício físico incluem : redução da pressão arterial, perda de peso, redução de fatores trombogênicos, melhora do perfil lipídico (COX, 1994), e relaxamento com redução do estresse. (CARVALHO, 1994; SISCOVICX et al., 1997).

O exercício programado, além de afetar positivamente a longevidade (PAFFENBARGER et al., 1994), reduz a mortalidade e a progressão da doença coronariana, melhora a oferta/demanda de oxigênio e diminui a instabilidade elétrica do coração reduzindo o risco de Morte Súbita (CARVALHO FILHO et al., 1996), devendo ser preconizado rotineiramente no tratamento da Hipertensão Arterial (ALFIERI, 1990).

Segundo VOLKOV (1994), diferentes regimes de caminhadas, ajustadas para duração e intensidade pelos estágios funcionais, foram prescritas para pacientes com Hipertensão Arterial Essencial, estágios I e II (determinados pelo exercício em bicicleta). A caminhada regular melhorou a

saúde dos pacientes reduzindo a pressão arterial e aumentando a performance física. O autor defende a caminhada gradual como uma das formas não farmacológicas de terapia.

A pressão arterial pode ser reduzida praticando-se uma atividade física, como caminhar, por um período de 45 minutos durante a maioria dos dias da semana. Entre os idosos, a redução da Hipertensão Arterial através do exercício físico regular é particularmente muito importante, mas a intensidade de exercícios requerida para promover saúde cardiovascular ainda gera controvérsias (SISCOVICX et al., 1997).

### 2.2.3 ESTRESSE

O estresse induz ativação do sistema nervoso simpático, que sem dúvida participa na patogênese da Hipertensão Arterial (AMODEO, 1994). Cogita-se de longa data que a tensão psicoemocional pode ser um fator pró-hipertensivo (MARKOVITZ et al., 1993; JONAS et al., 1997), mas a definição do papel do tratamento antiestresse e o uso de técnicas visando modificações de respostas comportamentais, no tratamento de pacientes com Hipertensão Arterial, ainda não está definido (JOHNSTON et al., 1994; EISENBERG et al., 1994). Se o paciente aceita este tipo de recomendação, esta deve ser tentada visando benefícios adicionais sobre a pressão arterial (LINDEN et al., 1996).

Recomenda-se que o paciente possa encontrar um certo grau de tranquilidade, sendo instruído, pelo médico, no ato da consulta, sobre Hipertensão Arterial e suas complicações, e de como evitá-las (CARVALHO, 1994).

## 2.2.4 FUMO

Está comprovada uma relação direta entre o Fumo, proporcional ao número de cigarros, e a incidência de Doença Coronariana (SERRO-AZUL et al., 1996; GIANNINI et al., 1996; BATISTA, 1998; ELIOT, 1992; SARTO, 1997; LION, 1995). Os estudos epidemiológicos também demonstram que esse risco decresce com a interrupção do hábito (AZEVEDO et al., 1994). Vários mecanismos parecem contribuir para esse efeito nocivo da nicotina, que provoca alterações hemodinâmicas (LION, 1995), fundamentalmente através do estímulo adrenérgico (FRANKEN et al., 1996). Entre eles destacam-se : os aumentos temporários da frequência cardíaca e da pressão arterial (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1995; SAWICKI et al., 1997), a produção de carboxiemoglobina (diminuindo a oxigenação miocárdica), a diminuição do limiar para Fibrilação ventricular e o aumento da Adesividade Plaquetária. O risco maior é em relação à Morte Súbita e ao Infarto do Miocárdio (AZEVEDO et al., 1994; BRASIL, 1993).

Não há nenhuma evidência epidemiológica que sugira que a pressão arterial seja maior nos fumantes do que nos não fumantes (CARVALHO, 1994; AQUINO et al., 1996). Após a suspensão do hábito de fumar, as mudanças na pressão arterial são pequenas e inconsistentes (OIGMAN, 1991). Há, todavia, algumas evidências de que o fumo acentua os efeitos indesejáveis das drogas anti-hipertensivas (FRANKEN et al., 1996) e sobre o perfil lipídico (CARVALHO, 1994; HALKIN et al., 1989). Os tabagistas têm uma menor proteção oferecida pelo tratamento anti-hipertensivo (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998; CARVALHO, 1994).

Os benefícios cardiovasculares da interrupção deste hábito podem ser vistos, em todas as faixas etárias (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997) no prazo de um ano de interrupção (ELIOT et al., 1992).

A American Heart Association, em seu guia de Prevenção Primária de Doença Cardiovascular, recomenda, entre as ações preventivas, a intervenção sobre o tabagismo (ISSA et al., 1998).

### 2.2.5      ÁLCOOL

Está bem estabelecida a associação entre o excesso de bebidas alcoólicas e a prevalência de Hipertensão Arterial (POTTER et al., 1984; FUCHS, 1994). A prevalência de Hipertensão Arterial dobra nos indivíduos da raça branca e aumenta 50% nos negros que ingerem mais de 6 doses por dia (OIGMAN, 1991). Sob o ponto de vista epidemiológico, o consumo de 3 ou mais doses de bebidas destiladas por dia está associado com aumento da pressão arterial e maior prevalência de Hipertensão Arterial (MACMAHON et al., 1986; CARVALHO, 1994).

A ingestão excessiva de álcool pode causar resistência ao tratamento anti-hipertensivo, devendo-se limitar a ingesta diária para 30 ml de etanol ou 720 ml de cerveja ou 300 ml de vinho ou 60 ml de uísque (I CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1991; II CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1994). Em mulheres (que absorvem mais etanol do que os homens), e em indivíduos magros (que são mais suscetíveis ao álcool), a ingesta deve se limitar a não mais de 15 ml de

etanol por dia (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998; SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997).

O consumo de álcool em pequenas doses é associado com redução do risco de Doença Coronariana (BATISTA, 1998), e uma explicação plausível é que a baixa dose eleva os níveis de HDL (LAZARUS, 1997), reduz a Resistência Vascular Periférica e eleva o Débito Cardíaco (OIGMAN, 1991). Níveis de triglicérides são mais associados com álcool. Substanciais depressões dos níveis de HDL colesterol também são encontradas em etilistas (REHM et al., 1997). Mecanismos, que poderiam aumentar o possível risco de Infarto Agudo do Miocárdio e morte em etilistas, incluem a Hipertensão Arterial, Hipertrofia Ventricular Esquerda e Cardiomiopatia Alcólica (REHM et al., 1997).

A mudança na quantidade da dose é mais fortemente associada com mudanças na pressão arterial, principalmente na pressão arterial sistólica (CURTIS et al., 1997).

## 2.2.6 INGESTÃO SALINA

Um complexo nexo de Sociologia, Biologia, Variações Sócio-culturais e Ambiente, está interrelacionado com o consumo de sal na dieta e sensibilidade ao mesmo (WEIR, 1995); o sal da dieta influencia o metabolismo dos carboidratos e a pressão arterial, através diretamente da influência sobre os íons cálcio e potássio. Isto é particularmente importante, pois estas mudanças induzidas pelo aumento do sal na dieta, poderiam ser especificamente corrigidos por algumas medidas não farmacológicas.

A resposta individual da pressão arterial à ingesta de sal é muito variável (AMODEO, 1994; FUCHS, 1994; CAMPESE et al., 1994). Os negros, os idosos hipertensos ou diabéticos, são os mais sensíveis às alterações do sódio (WEINBERGER et al., 1991; KAISER, 1994).

A maior parte do sódio consumido na dieta ocidental provém de alimentos industrializados, nos quais se inverte a relação natural entre os conteúdos de sódio e potássio; os alimentos naturais contêm pouco sódio e muito potássio (KAPLAN, 1991) e devem ser estimulados (CARVALHO, 1994; CARVALHO FILHO et al., 1996; III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

A ingestão de potássio poderia ser aumentada (SINAIKO et al., 1994), sugestão esta justificada pela possibilidade do potássio exercer um efeito anti-hipertensivo (DYER et al., 1994), e isto pode conferir proteção contra o desenvolvimento da Hipertensão Arterial e melhorar seu controle nos hipertensos, com emprego de menor quantidade de agentes anti-hipertensivos (AMODEO, 1994; SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997; OIGMAN, 1991).

Todas as pessoas, hipertensas ou não, devem ser orientadas a restringir, dentro do possível, a adição de sal durante o preparo e consumo dos alimentos, assim como evitar o consumo de alimentos defumados e enlatados, como forma de prevenção da Hipertensão Arterial (BATISTA, 1998; MACGREGOR et al., 1996).

## 2.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL COMO FATOR DE RISCO

Define-se Hipertensão Arterial como pressão arterial sistólica  $\geq 140$  mmHg, pressão arterial diastólica  $\geq 90$  mmHg, ou a necessidade de utilização de medicação anti-hipertensiva (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997). É uma entidade clínica multifatorial, conceituada como síndrome, com níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos como hipertrofia cardíaca e vascular (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL (1988, 1993) identifica como a primeira causa de mortalidade no país, atualmente, as doenças cardiovasculares e, a Hipertensão Arterial é, dentre os fatores de risco, um dos mais importantes, quer por sua correlação com a patogênese da aterosclerose ou pelas graves complicações que podem advir de sua própria evolução (BATISTA, 1998). É independente da presença de sintomas e, mesmo assim, apenas 50% dos hipertensos são identificados nos ambulatórios, e mais da metade abandona o tratamento por diferentes motivos (BRASIL, 1988,1993).

A hipertensão arterial é um dos principais fatores responsáveis pela elevada taxa de morbi-mortalidade atribuída às doenças cardiovasculares (NEUTEL et al., 1995; ALDERMAN, 1995), e o mais importante fator para as doenças vasculares renal, cerebral e coronária (KAPLAN, 1991; FUCHS et al., 1995). Existe uma correlação linear, gradativa, seja pressão arterial sistólica ou diastólica (YANO, 1983; ALDERMAN, 1995; GIANNINI et al., 1996; SAGIE et al., 1993), em ambos os sexos e independente de idade, com a Doença Arterial Coronariana.

Tendo incidência mais acentuada com o progredir da idade (GERSTENBLITH et al., 1997), deve-se ter cuidado com a pseudo-hipertensão que é um artefato decorrente do endurecimento das paredes das artérias periféricas (SERRO-AZUL et al., 1996; SPENCE et al., 1980).

A detecção precoce da Hipertensão Arterial implica na participação ativa do paciente no tratamento, visando a terapêutica farmacológica e as modificações do estilo de vida (ELIOT, 1992).

O objetivo da identificação e do tratamento da Hipertensão Arterial é reduzir o risco de doença cardiovascular e da morbidade e mortalidade associadas (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997; AQUINO et al., 1996). Associada às medidas higieno-dietéticas e terapia anti-hipertensiva, a auto-mensuração, quando o paciente é instruído a verificar a sua própria pressão (KAISER, 1994), pode fornecer informações valiosas para avaliação inicial do paciente e monitoração da resposta ao tratamento (STEWART et al., 1996; I CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1991).

## **2.4 PREVENÇÃO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Prevenção em saúde pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença (ROUQUAYROL, 1994). É o conjunto de medidas que podem ser adotadas no período pré-patogênico do processo saúde-doença (SANTOS, 1994).

O conceito de Saúde vigente, “o bem-estar físico, psíquico e social”, é bastante restrito, pois a Saúde depende de uma série de condutas pessoais,

que vão desde a abstenção de processos nocivos ao organismo até medidas eficazes, objetivando a manutenção da integridade do indivíduo (BATISTA, 1998). Muitas vezes medidas simples têm mais efetividade do que muitos medicamentos (SARTO, 1997), mas há poucas informações disponíveis a respeito do manejo de pacientes hipertensos na comunidade (PICCINI, 1997).

O aparecimento das doenças degenerativas pode ser minorado pela adoção, ao longo da vida, de uma série de medidas preventivas, entre as quais pode-se citar a abstenção de fumo e álcool, a prática de exercícios, a redução ponderal e o estímulo à dieta hipossódica (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998), visando a participação efetiva do indivíduo em sua própria saúde (BATISTA, 1998).

A prevenção primária fornece uma oportunidade atraente de interromper e evitar o oneroso ciclo contínuo do tratamento da Hipertensão Arterial e suas complicações (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997).

A redução da prevalência das doenças cardiovasculares nas últimas décadas deve-se, em parte, a programas de prevenção (SYTKOWSKI et al., 1990; SANTOS et al., 1997). Mas existe a dificuldade de se tratar indivíduos possuidores de fatores de risco que portam-se assintomaticamente e, nesses casos, torna-se de grande importância a conscientização sobre as implicações de se ter o fator de risco e do que deve ser feito para reduzi-lo (SANTOS et al., 1997).

A distribuição da Doença Cardiovascular e seus fatores de risco numa população depende de características próprias, tais como : localização geográfica, condições sócio-econômicas, hábitos de vida, fatores genéticos, idade, sexo, raça, e outros, o que explica a variabilidade encontrada para cada

fator em diferentes comunidades (DIOGUARDI et al., 1994), com diferentes classes sociais onde a prevalência de Hipertensão Arterial e a mortalidade continuam sendo maiores nas classes menos favorecidas (DIEZ-ROUX, 1997; HACKETT, 1991). O grau de instrução, a condição sócio-econômica e os hábitos sócio-culturais do indivíduo são fatores que devem ser considerados para a elaboração de programas a nível de saúde pública, visando o controle e a redução da pressão arterial (CAVALCANTE et al., 1995).

O SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE (1997), sobre prevenção, detecção, avaliação e tratamento da Hipertensão Arterial reconhece que é de fundamental importância o julgamento das necessidades individuais dos pacientes, e que estas deveriam ser adaptadas e implementadas local e individualmente.

## **2.5        RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Não há como negar o extraordinário desenvolvimento tecnológico da cardiologia contemporânea, e isto tem facilitado o cardiologista quanto à capacidade de formular diagnósticos e tomar decisões terapêuticas, mas tem interferido na relação médico-paciente, ora desgastando-a, ora simplificando-a demasiadamente (ANDRADE et al., 1996).

A atenção e o cuidado dispensados à história já iniciam uma relação de inestimável valor para a avaliação da doença e do medo desta, que

influencia a vida do paciente, sua personalidade e estabilidade psíquica (AZEVEDO et al., 1994).

O pouco tempo dedicado ao exame clínico torna-o por vezes comprometido e conflituoso, descaracterizando a ação médico-assistencial. A entrevista simplificada fornece ao médico as informações que ele necessita, excluindo muitas das que o paciente gostaria de prestar, bloqueando uma benéfica configuração médico-paciente (TOSCANO et al., 1998).

Segundo CASSEL (1982) é a pobreza de conhecimentos do médico no âmbito subjetivo, do paciente como “pessoa”, que reduz a sua compreensão do assunto. Se a habilidade médica deve chegar à sua máxima potencialidade, a técnica do diálogo necessita ser estudada e desenvolvida (BIRD, 1975; SARANO, 1978).

Como alternativa para modelos anteriores de relação médico paciente, **Thomasma** (TITTON, 1987) propôs o modelo da **Consciência Médica**, que se apóia em seis elementos :

- 1 - o propósito da Medicina é a beneficência, responder ao apêlo de ajuda, e não causar danos.
- 2 - atender o doente como pessoa, analisando os elementos como mente, passado, experiências, família, cultura, emoções, crenças, hábitos de vida, expectativas.
- 3 - tomar decisões sobre valores.
- 4 - consenso entre paciente e equipe multidisciplinar.
- 5 - preservação dos valores morais em cada caso (moral pragmática).
- 6 - médicos e pacientes devem estar livres para tomarem decisões informadas.

Segundo TOSCANO et al. (1998), a conquista da confiança do paciente possibilita ações efetivas em prol da saúde deste. Algumas dessas ações são :

- Induzir mudanças no estilo de vida.
- Melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento.
- Racionalizar a indicação de exames complementares.
- Minorar, através de apropriado preparo psicológico, reações adversas a procedimentos diagnósticos e terapêuticos.
- Facilitar o entendimento da natureza funcional de certos sintomas, desestimulando o desenvolvimento de comportamentos hipocondríacos.
- Reduzir a ocorrência de iatrogenias.

Segundo KJELLGREN et al. (1995), desde que haja uma concreta comunicação e colaboração entre médicos e pacientes, esta é de grande significância para a adesão do paciente. Tem que haver decisão informada e consciente por parte do paciente em relação ao seu tratamento.

## **2.6 ADESÃO AO TRATAMENTO E A ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL**

É bem conhecido em nosso meio que a taxa de observância às medidas não farmacológicas é muito baixa, apesar de simples e eficazes (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997), e a explicação para este fato seria que os médicos envolvidos no tratamento dos hipertensos,

priorizassem o tratamento farmacológico; mas pesquisas relacionadas à melhora da adesão do paciente ao tratamento estão emergindo como um caminho prioritário (WEBER, 1995). A dificuldade consiste em conseguir a cooperação do paciente, capacitando-o ao auto-cuidado (BRASIL, 1988).

Segundo KAPLAN (1998), alguns fatores reduzem a adesão do paciente hipertenso ao tratamento, entre eles :

- condição crônica.
- pacientes assintomáticos.
- doença psiquiátrica.
- isolamento social.
- terapia de longa duração.
- regimes terapêuticos complexos.
- alto custo dos medicamentos.
- Efeitos adversos da terapêutica.

É também cada vez mais reconhecida a necessidade de participação de outros profissionais da área de Saúde, para que se aumente significativamente a observância ao tratamento. A participação ativa do paciente tem sido consistentemente identificada como um elemento crítico na melhora da adesão. (ELIOT, 1992; KRAVITZ et al., 1993).

Entre os trabalhos apresentados no XIII Congresso Mundial de Cardiologia no Rio de Janeiro, 1998, cita-se “ A aderência ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica – Estudo clínico epidemiológico” (ANDRADE et al., 1998), que demonstra a importância da informação e educação para os pacientes na manutenção do tratamento.

O III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), enfatiza a questão da abordagem multiprofissional da Hipertensão

Arterial, pois os objetivos a serem alcançados no tratamento são múltiplos, e exigem diferentes intervenções por diferentes profissionais.

HACKETT (1991), propõe que os seguintes fatores são úteis em manter a aceitação do paciente aos programas de tratamento :

- criação de uma relação médico-paciente com confiança mútua, sentido de aliança e trabalhando juntos para solucionar o problema.
- fornecer tempo suficiente para a consulta.
- prescrever um regime efetivo, ainda que simples.
- adaptar os esquemas de dosagem à vida cotidiana do paciente.
- educando e recrutando a ajuda dos membros da família.
- antecipar os efeitos adversos.
- visitas de acompanhamento.
- monitorar a aceitação.
- 

KAPLAN (1998) cita ainda estas medidas utilizadas :

- estabelecer os objetivos da terapia.
- educar o paciente sobre a doença e seu tratamento.
- manter o tratamento de baixo custo.
- contactar pacientes que não retornam.
- prescrever de acordo com princípios farmacológicos.

Tem sido demonstrado, em alguns serviços, que os grupos de atividades educativas, sob, supervisão, têm, a seu favor, a troca de experiências, o esclarecimento de dúvidas e a melhora na relação médico-paciente, o que possibilita o atendimento abrangente, eficaz e preventivo no

controle de patologias cardiovasculares. SOUSA et al. (1992) observaram uma nítida vantagem a favor de uma abordagem educativa em grupos, com participação de equipe multiprofissional, mostrando redução da pressão arterial e do peso corporal no grupo que participava de atividades coletivas, além de menores taxas de faltas às consultas médicas, menor ingestão de álcool e redução do tabagismo.

## **2.7 MODIFICAÇÕES DO ESTILO DE VIDA**

As modificações do estilo de vida compreendem as chamadas medidas higieno-dietéticas e comportamentais, sendo direcionadas ao controle da Hipertensão Arterial e dos fatores de risco cardiovascular, em especial para a doença coronariana, tão frequentemente associada à Hipertensão Arterial (II CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1994; CARVALHO, 1994). Devem ser indicadas a todos os hipertensos, podendo ser suficiente para o controle da Hipertensão Arterial, oferecendo riscos reduzidos de efeitos adversos e reduzindo o custo do tratamento, havendo também a possibilidade de redução das doses de medicamentos anti-hipertensivos habitualmente requeridas (I CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1991; OIGMAN, 1991), o que vem ampliar o entendimento clínico, permitindo alcançar resultados positivos na condução da doença (ORNISH, 1990).

O interesse na utilização de terapias não farmacológicas para o tratamento da Hipertensão Arterial, principalmente evitando a obesidade e estimulando a prática de exercícios (PAFFENBARGER et al., 1994), aumentou significativamente nos últimos anos, devido ao aumento das evidências de eficácia desta abordagem.

Além da redução ponderal e incentivo à atividade física supervisionada, outras modificações do estilo de vida que podem auxiliar na redução da pressão arterial incluem a restrição de sódio, moderação do álcool e abstenção do tabagismo (KAPLAN, 1992). Permanecem sem avaliação definida a dieta suplementar de potássio, cálcio e magnésio, e medidas anti-estresse (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

As terapias não farmacológicas podem ser mais eficazes quando estas medidas são introduzidas gradual e suavemente, pois as modificações drásticas podem desencorajar os pacientes a aceitarem-nas. Se as terapias não medicamentosas não são obedecidas, ou mostram-se ineficazes, esforços são necessários para que as modificações do estilo de vida, a longo prazo, venham a contribuir no tratamento (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

O National High Blood Pressure Education Program, implementado em 1972 (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997), vem obtendo resultados satisfatórios referentes ao aumento da conscientização do paciente, a prevenção, tratamento e controle da Hipertensão Arterial, que contribuíram enormemente para reduções concretas na morbi-mortalidade atribuídas à esta doença.

Reconhece-se a dificuldade em se atingir e manter as modificações do estilo de vida, com uma abordagem sistemática de equipe e recursos da comunidade, mas estas medidas podem ajudar a fornecer a orientação, o suporte e o acompanhamento adequados, melhorando a qualidade de vida e reduzindo gastos com a manutenção da saúde (RAMSAY et al., 1995).

### ***3. CASUÍSTICA E MÉTODOS***

### **3. CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### **3.1 PACIENTES**

O estudo foi realizado no período de Janeiro a Dezembro de 1996 com o grupo de pacientes inscritos no “Programa de Hipertensos” da Unidade de Saúde Sagrada Família - Prefeitura Municipal de Curitiba – Paraná. Os critérios de inclusão eram :

- Pacientes hipertensos : pacientes não tratados, com pressão arterial  $\geq$  a 140/90 mmHg em repetidas aferições, seguindo critérios do III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), ou, indivíduos com diagnóstico prévio de hipertensão e já em tratamento, podendo ou não estar com a pressão arterial controlada.
- Serem registrados no “Programa de Hipertensos” que permite o controle mensal da pressão arterial.
- Aquiescência em participar das atividades coletivas dirigidas aos hipertensos inscritos neste programa especial.

O grupo de estudo envolveu 131 pacientes inscritos, na faixa etária de 18 a 88 anos, dos quais 100 pacientes eram mulheres e 31 pacientes eram homens. A presente pesquisa foi desenvolvida após 1 ano de experiência

similar na Unidade de Saúde, com eventos semelhantes, então realizados trimestralmente, porém sem coleta de dados com sistematização científica.

Os 131 pacientes do “Programa de Hipertensos” foram classificados em três grupos conforme sua frequência às atividades coletivas :

- Grupo I : comparecimento em 0 - 1 palestra.
- Grupo II : comparecimento em 2 - 4 palestras.
- Grupo III : comparecimento em 5 ou mais palestras.

### **3.2 LOCAL**

Foram utilizadas as próprias instalações da Unidade de Saúde e, quando das Palestras Coletivas, devido ao grande número de participantes, foram utilizadas as instalações da Igreja local.

### **3.3 EQUIPE**

O programa era supervisionado por médico coordenador e envolvia equipe multidisciplinar com médicos (ginecologistas, pediatras, clínicos), odontólogos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, técnicos em Higiene Dental e auxiliares de cirurgiões-dentista (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).



Figura 1 – Equipe Multidisciplinar envolvida no “Programa de Hipertensos”.

### 3.4 ATIVIDADES

As atividades compreendiam o atendimento ambulatorial, o fornecimento de medicações prescritas, atendimento às emergências, palestras educativas mensais de presença não obrigatória e divulgadas à toda comunidade, além de passeios e festas comemorativas.

Todos os pacientes passaram pela consulta de enfermagem mensal, e foram encaminhados à consulta médica quando sintomáticos ou com níveis alterados da pressão arterial, qualquer que fosse a sua classificação de Hipertensão Arterial .

Durante as palestras coletivas foram abordados temas como o conceito de Hipertensão Arterial e os fatores de risco para doença cardiovascular, as mudanças dos hábitos de vida (prejuízos do fumo e do álcool, importância do controle periódico da pressão arterial, importância da dieta hipossódica e da atividade física), o comparecimento às consultas e respectivos retornos (ênfase na importância do controle dos sintomas, do uso da medicação prescrita, do esclarecimento de dúvidas e dos objetivos do tratamento), a realização de exames complementares quando solicitados (devem guardá-los como documentos, os resultados devem ser transcritos para os prontuários caracterizando a evolução da doença), o auto-cuidado (a responsabilidade em transmitir fielmente os seus sintomas e/ou dúvidas, o uso correto da medicação prescrita, a participação no próprio tratamento).

Também durante a realização das reuniões, foram abordadas outras orientações de diversas especialidades, como o câncer de mama, câncer de próstata, higiene bucal, drogas ilícitas.

Foram proferidas, no total, 9 palestras coletivas mensais, com duração de 1 hora, e posterior lanche de confraternização oferecido pela Unidade de Saúde. Não ocorreu a palestra do mês de Novembro.

Foram realizados 2 passeios coletivos com os hipertensos e seus familiares neste período, a diferentes parques campestres da cidade, com acompanhamento médico e equipe auxiliar munidos de material de primeiros socorros, com direito à caminhada, pequena palestra expositiva e lanche de confraternização. Os ônibus para os passeios foram cedidos pela Prefeitura Municipal de Curitiba.

Foram comemoradas 2 festas, de acordo com o calendário vigente, junina e natalina, a primeira na Unidade de Saúde e a Segunda na Igreja local, quando foram expostos os resultados do Programa aos pacientes.



Figura 2 – Lanche de confraternização que se seguiu à Palestra Coletiva realizada em Outubro/96.

### 3.5 LEVANTAMENTO DE DADOS

Todos os pacientes foram submetidos à avaliação clínica cuidadosa, envolvendo história clínica minuciosa, exame físico detalhado e os seguintes exames complementares :

- Exame de urina.
- Hemograma.
- Creatinina.
- Potássio.
- Glicemia.
- Colesterol total
- Eletrocardiograma.
- Raio X de tórax.

Para todos os pacientes foi preenchida uma ficha cadastral de estudo, com a inclusão dos seguintes dados :

- 1 Identificação : nome, estado civil, endereço.
- 2 Dados constitucionais : sexo, idade, peso.
- 3 Dados Sócio-econômicos : grau de instrução, renda própria.
- 4 Dados relativos à Hipertensão Arterial : história familiar, data do Diagnóstico, pressão arterial no 1º atendimento da Unidade de Saúde, medicação em uso, controle periódico da pressão arterial, história prévia de abandono do Programa de Hipertensos.
- 5 Doenças associadas.
- 6 Estilo de vida : dieta, atividade física, fumo, álcool.

### 3.5.1 PRESSÃO ARTERIAL

As medidas de pressão arterial foram obtidas por 2 observadores experientes, a cada consulta mensal e, quando necessário, repetidas no período de 10 dias para definição de intervenções terapêuticas. Foi verificada pelo método palpatório e auscultatório (NUTTER, 1977); os pacientes estavam sentados, com os braços apoiados ao nível do coração e desnudos. A mensuração se iniciou após 5 minutos de repouso, com esfigmomanômetro de mercúrio. Foi considerada a fase I dos sons de Korotkoff para a pressão arterial sistólica, e a fase V dos sons de Korotkoff, para a pressão diastólica (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

Para efeito de análise estatística foram considerados os valores da pressão arterial média na primeira e última consultas. A pressão arterial média foi considerada como a somatória da pressão arterial diastólica com 1/3 da pressão diferencial {  $PAM = PAd + 1/3 (PAs - PAd)$  } (BERNE et al., 1972).

### 3.5.2 PESO

O peso era verificado em todas as consultas, mas para a análise estatística foi considerada a variação ponderal da primeira para a última consultas do período de observação.

### 3.5.3 FUMO

Em relação ao hábito tabágico, apenas se questionou se fumavam ou não, independente da quantidade de cigarros.

### 3.5.4 ÁLCOOL

Colheu-se informação em relação à ingesta de álcool, que foi considerada abusiva quando a frequência era maior que 3 vezes por semana, atingindo mais de 30 ml de etanol/dia (60 ml de bebidas destiladas, 240 ml de vinho ou 720 ml de cerveja) (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

### 3.5.5 ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física foi considerada regular se caminhadas ou outros exercícios dinâmicos eram praticados no mínimo 3 vezes por semana. Era irregular se a frequência fosse inferior a esta.

### 3.5.6 DIETA

Com relação à dieta hipossódica foi considerada regular se era feita, ao menos, por 3 meses consecutivos.

### 3.5.7 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL

Era considerado regular se realizado ao menos por 3 meses consecutivos, tendo sido anotado no prontuário 2 vezes por mês.

### 3.5.8 DOENÇAS ASSOCIADAS

Foram considerados portadores de Dislipidemia aqueles com níveis sanguíneos de colesterol e triglicerídeos acima de 200 mg/% (BERTOLAMI et al., 1996; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1996), e diabéticos aqueles com níveis de glicemia acima de 140 mg/% em jejum (WEISS, 1993; ORLAND, 1988).

### 3.5.9 TRATAMENTO

Quanto ao tratamento foi comparado se usavam ou não a medicação ou se faziam uso irregular.

### 3.5.10 PALESTRAS COLETIVAS

Verificamos o comparecimento às palestras coletivas mensais através dos livros-ata de cada reunião.

Todos os parâmetros da ficha cadastral foram verificados e anotados a cada mês em seus prontuários e/ou na “Pasta dos Hipertensos”.

### **3.6 ESTATÍSTICA**

Para verificar se a distribuição das frequências observadas estava de acordo com a teoria recorreu-se à análise descritiva dos dados através de quadros e gráficos.

Para a comparação dos dados foram utilizados os testes paramétrico “t de Student” e os não-paramétricos “Mann-Whitney” (pelo *software* “*Primer of Biostatistics*”), “Qui-Quadrado com correção de Yates” e “Exato de Fisher” (através do “*Epi-Info*”), para amostras independentes.

O nível de significância (ou probabilidade de significância) mínimo adotado foi de 5%.

## ***4. RESULTADOS***

## 4. RESULTADOS

### 4.1 GRUPO I

Observando o Quadro 1 revelam-se os seguintes dados : o grupo era constituído por 47 pacientes que não frequentaram as palestras coletivas ou frequentaram apenas uma, sendo 17 pacientes do sexo masculino (36,2%) e 30 do sexo feminino (63,8%). Tinham idade média de  $55,4 \pm 13,8$  anos, com extremos de 32 e 88 anos. O tempo de diagnóstico de Hipertensão Arterial foi em média  $11,9 \pm 11,4$  anos.

Trinta e quatro pacientes eram casados (72,3%); 13 eram analfabetos (27,6%) e 17 tinham o 1º grau incompleto (36,2%). Vinte e sete pacientes não trabalhavam (57,4%), dos quais 15 recebiam aposentadoria (31,9%) e 12 não tinham renda própria (25,5%). Vinte pacientes trabalhavam (42,6%) recebendo em média  $1,4 \pm 0,8$  salários-mínimos, com extremos de 1 e 4 salários.

Entre os fatores de risco, 33 pacientes tinham história familiar de Hipertensão Arterial (70,2%), 19 tinham associação com Dislipidemia (40,4%) e 9 tinham associação com Diabetes (19,1%).

Observando o Quadro 2, note-se que 30 pacientes não tinham história de abandono do “Programa de Hipertensos” da Unidade de Saúde (63,8%) antes do período deste estudo, 30 pacientes não participaram das palestras coletivas (63,8%) e 17 assistiram a uma palestra (36,2%). A palestra que obteve maior presença foi a do mês de Outubro com 11 pacientes (23,4%).

Não compareceram aos passeios 36 pacientes (76,6%) e 34 não participaram das festas (72,3%). Em relação ao número de consultas mensais, 10 pacientes compareceram de 2 a 4 consultas (21,2%), 12 pacientes compareceram de 5 a 8 consultas (25,5%) e 25 pacientes compareceram de 9 a 12 consultas (53,3%), com média de  $7,9 \pm 2,8$  consultas, extremos de 2 e 12 consultas.

Os 47 pacientes tiveram 370 aferições da pressão arterial durante os 12 meses de estudo e, no Quadro 3, observamos a pressão sistólica oscilando entre 100 mmHg e 220 mmHg, média de  $141,9 \pm 21,5$  mmHg; a pressão arterial diastólica variou entre 60 mmHg e 145 mmHg, média de  $92,5 \pm 13,2$  mmHg. Na primeira consulta a pressão arterial média do grupo era  $112,1 \pm 14,6$  mmHg, e na última consulta era  $110,0 \pm 18,4$  mmHg. O peso do grupo variou entre 38,5 kg e 104,0 kg, com média de 72,5 kg.

Com relação ao grau de envolvimento nas recomendações propostas, o Quadro 4 mostra os seguintes dados :

Trinta e quatro pacientes faziam uso regular da medicação (72,3%) e 11 faziam uso irregular (23,4%); 25 pacientes não realizavam atividade física regular (53,2%) e 17 a praticavam irregularmente (36,2%). Vinte e seis pacientes não utilizavam fumo (55,3%) e 35 não consumiam álcool (74,5%); 27 pacientes faziam dieta hipossódica (57,4%) e 17 faziam uso irregular (36,2%); 25 pacientes não controlavam regularmente a pressão arterial (53,2%) e 20 controlavam irregularmente (42,6%).

## 4.2 GRUPO II

O Quadro 1 mostra que o grupo era constituído por 62 pacientes que freqüentaram de duas a quatro palestras coletivas, sendo 12 do sexo masculino (19,4%) e 50 do sexo feminino (80,6%). Tinham idade média de  $54,8 \pm 12,4$  anos, com extremos de 18 e 76 anos. O tempo do diagnóstico de Hipertensão Arterial foi em média  $10,1 \pm 6,6$  anos.

QUADRO 1 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PACIENTES									
DADOS	GRUPO I (n = 47)		GRUPO II (n = 62)		GRUPO III (n = 22)		TOTAL (n = 131)		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>SEXO</b>									
▪ Masculino	17	36,2	12	19,4	02	9,1	31	23,7	
▪ Feminino	30	63,8	50	80,6	20	90,9	100	76,3	
<b>ESTADO CIVIL</b>									
▪ Solteiro	03	6,4	02	3,2	-	-	04	3,8	
▪ Casado	34	72,3	46	74,2	18	81,8	98	74,8	
▪ Separado	01	2,1	03	6,5	-	-	05	3,8	
▪ Viúvo	09	19,2	10	16,1	04	18,2	23	17,6	
<b>GRAU DE INSTRUÇÃO</b>									
▪ Analfabeto	13	27,6	13	21,0	09	40,9	35	26,7	
▪ 1º Grau incompleto	17	36,2	36	58,0	07	31,8	60	45,8	
▪ 1º Grau completo	17	36,2	13	21,0	06	27,3	36	27,5	
<b>RENDA PRÓPRIA</b>									
▪ Aposentado	15	31,9	24	38,7	07	31,8	46	35,1	
▪ Sem renda	12	25,5	18	29,0	07	31,8	37	28,3	
▪ Sim	20	42,6	20	32,3	08	36,4	48	36,6	
<b>FATORES DE RISCO</b>									
▪ História familiar de HAS	33	70,2	47	75,8	17	77,3	97	74,0	
▪ Dislipidemia	19	40,4	21	33,9	11	50,0	51	38,9	
▪ Diabetes	09	19,1	16	25,8	07	31,8	32	24,4	

Quarenta e seis pacientes eram casados (74,2%), 36 não completaram o 1º grau (58,0%) e 13 eram analfabetos (21,0%). Quarenta e dois pacientes não trabalhavam (67,7%), dos quais 24 recebiam aposentadoria (38,7%) e 18 não tinham renda própria (29,0%). Vinte pacientes trabalhavam (32,3%) recebendo em média  $1,6 \pm 0,9$  salários-mínimos, com mínimo de 1 e máximo de 4 salários.

Entre os fatores de risco, 47 pacientes tinham história familiar de Hipertensão Arterial (75,8%), 21 tinham associação com Dislipidemia (33,9%) e 16 tinham associação com Diabetes (25,8%).

Observando o Quadro 2, temos 49 pacientes que não tinham história de abandono do “Programa de Hipertensos” antes do período deste estudo (79,0%); 23 pacientes assistiram a duas palestras (37,1%), 20 assistiram a três palestras (32,3%) e 19 pacientes participaram de quatro palestras (30,6%). A palestra que obteve maior presença foi a do mês de Outubro com 51 pacientes (82,3%). Cinquenta e quatro pacientes participaram dos passeios (87,1%) e 40 participaram das festas (64,5%). Em relação ao número de consultas mensais, 5 pacientes compareceram de 2 a 4 consultas (8,1%), 14 compareceram de 5 a 8 consultas (22,6%) e 43 compareceram de 9 a 12 consultas (69,3%), com média de  $8,8 \pm 2,2$  consultas, extremos de 2 e 12 consultas.

QUADRO 2 - PARTICIPAÇÕES NAS ATIVIDADES DO PROGRAMA									
DADOS	GRUPO I (n = 47)		GRUPO II (n = 62)		GRUPO III (n = 22)		TOTAL (n = 131)		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
<b>HISTÓRIA DE ABANDONO DO PROGRAMA</b>									
▪ Não	30	63,8	49	79,0	21	95,5	100	76,3	
▪ Sim	17	36,2	13	21,0	01	4,5	31	23,7	
<b>PALESTRAS COLETIVAS</b>									
▪ Nenhuma	30	63,8	-	-	-	-	30	22,9	
▪ Uma	17	36,2	-	-	-	-	17	13,0	
▪ Duas	-	-	23	37,1	-	-	23	17,6	
▪ Três	-	-	20	32,3	-	-	20	15,3	
▪ Quatro	-	-	19	30,6	-	-	19	14,5	
▪ Cinco	-	-	-	-	10	45,5	10	7,6	
▪ Seis	-	-	-	-	09	40,9	09	6,9	
▪ Sete	-	-	-	-	02	9,1	02	1,5	
▪ Oito	-	-	-	-	01	4,5	01	0,7	
<b>PASSEIOS</b>									
▪ Não	36	76,6	08	12,9	-	-	44	33,6	
▪ Sim	11	23,4	54	87,1	22	100,0	87	66,4	
23,4	▪ Um	-	27	43,6	04	18,2	42	32,1	
	▪ Dois	-	27	43,5	18	81,8	45	34,3	
<b>FESTAS</b>									
▪ Não	34	72,3	22	35,5	06	31,8	63	48,1	
▪ Sim	13	27,7	40	64,5	15	68,2	68	51,9	
	▪ Uma	09	19,2	25	40,3	12	54,6	46	35,1
	▪ Duas	04	8,5	15	24,2	03	13,6	22	16,8
<b>CONSULTAS MENSAIS</b>									
▪ Duas a Quatro	10	21,2	05	8,1	-	-	15	11,4	
▪ Cinco a Oito	12	25,5	14	22,6	03	13,6	29	22,1	
▪ Nove a Doze	25	53,3	43	69,3	19	86,4	87	66,5	

Os 62 pacientes tiveram 543 aferições da pressão arterial durante os 12 meses de estudo, e o Quadro 3 mostra a pressão arterial sistólica oscilando entre 100 mmHg e 230 mmHg, média de  $140,5 \pm 21,9$  mmHg; a pressão arterial diastólica variou entre 60 mmHg e 170 mmHg, média de  $91,4 \pm 11,9$  mmHg. Na primeira consulta, a pressão arterial média do grupo era de  $108,3 \pm$

16,1 mmHg, e na última consulta era de  $107,8 \pm 16,2$  mmHg. O peso do grupo variou entre 33,2 kg e 115,0 kg, com média de  $69,5 \pm 13,6$  kg.

QUADRO 3 - MÉDIA DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS (mmHg) E PESO (kg)				
DADOS	GRUPO I (n = 47)	GRUPO II (n = 62)	GRUPO III (n = 22)	TOTAL (n = 131)
PA Sistólica (Todas as Consultas)	141,9 ± 21,5	140,5 ± 21,9	137,2 ± 20,8	140,3 ± 21,6
PA Diastólica (Todas as Consultas)	92,5 ± 13,2	91,4 ± 11,9	88,9 ± 10,4	91,3 ± 12,1
PA Média (1ª Consulta)	112,1 ± 14,6	108,3 ± 16,1	105,2 ± 10,4	109,1 ± 14,9
PA Média (Última Consulta)	110,0 ± 18,4	107,8 ± 16,2	100,3 ± 11,8	107,4 ± 16,6
PESO	72,5 ± 13,9	69,5 ± 13,6	68,7 ± 12,7	70,3 ± 13,6

Com relação ao grau de envolvimento nas recomendações propostas, o Quadro 4 mostra os seguintes dados :

Cinquenta e três pacientes faziam uso regular da medicação (85,5%) e 6 faziam uso irregular (9,7%); 33 pacientes realizavam irregularmente a atividade física (53,2%), 8 a praticavam regularmente (12,9%) e 21 pacientes não praticavam (33,9%). Trinta e nove pacientes não fumavam (62,9%) e 53 não utilizavam álcool (85,5%). Quarenta e seis pacientes faziam regular dieta hipossódica (74,2%) e 14 faziam uso irregular (22,6%); 34 pacientes controlavam irregularmente a pressão arterial (54,8%) e 21 não a controlavam semanalmente (33,9%).

QUADRO 4 - GRAU DE ENVOLVIMENTO NAS RECOMENDAÇÕES PROPOSTAS									
AVALIAÇÃO	GRUPO I (n = 47)		GRUPO II (n = 62)		GRUPO III (n = 22)		TOTAL (n = 131)		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	b Nº	%	
<b>USO DE MEDICAÇÃO</b>									
▪ Não	02	4,3	03	4,8	-	-	05	3,8	
▪ Sim	34	72,3	53	85,5	21	95,5	108	82,5	
▪ Irregular	11	23,4	06	9,7	01	4,5	18	13,7	
<b>CAMINHADAS REGULARES</b>									
▪ Não	25	53,2	21	33,9	07	31,8	53	40,5	
▪ Sim	05	10,6	08	12,9	06	27,3	19	14,5	
▪ Irregular	17	36,2	33	53,2	09	40,9	59	45,0	
<b>TABAGISMO</b>									
▪ Não	26	55,3	39	62,9	13	59,1	78	59,5	
▪ Sim	21	44,7	22	35,5	09	40,9	52	39,7	
▪ Irregular	-	-	01	1,6	-	-	01	0,8	
<b>ÁLCOOL</b>									
▪ Não	35	74,5	53	85,5	17	77,3	105	80,2	
▪ Sim	10	21,3	07	11,3	05	22,7	22	16,8	
▪ Irregular	02	4,2	02	3,2	-	-	04	3,0	
<b>DIETA DE SAL</b>									
▪ Não	03	6,4	02	3,2	-	-	05	3,8	
▪ Sim	27	57,4	46	74,2	18	81,8	91	69,5	
▪ Irregular	17	36,2	14	22,6	04	18,2	35	26,7	
<b>CONTROLE SEMANAL DA PA</b>									
▪ Não	25	53,2	21	33,9	09	40,9	55	42,0	
▪ Sim	02	4,2	07	11,3	01	4,5	10	7,6	
▪ Irregular	20	42,6	34	54,8	12	54,6	66	50,4	

### 4.3 GRUPO III

De acordo com o Quadro 1, o grupo era composto por 22 pacientes que freqüentaram cinco ou mais palestras coletivas, sendo 2 do sexo masculino (9,1%) e 20 do sexo feminino (90,9%). Tinham idade média de  $57,7 \pm 9,6$  anos, com extremos de 32 e 74 anos. O tempo do diagnóstico de Hipertensão Arterial foi em média  $12,6 \pm 8,1$  anos.

Dezoito pacientes eram casados (81,8%), 9 eram analfabetos (40,9%), 7 não completaram o 1º grau (31,8%). Quatorze pacientes não trabalhavam (63,6%), dos quais 7 recebiam aposentadoria (31,8%) e 7 não tinham renda própria (31,8%). Oito pacientes trabalhavam (36,4%) recebendo em média  $1,5 \pm 0,8$  salários-mínimos, com mínimo de 1 e máximo de 3 salários.

Entre os fatores de risco, 17 pacientes tinham história familiar de Hipertensão Arterial (77,3%), 11 tinham associação com Dislipidemia (50,0%) e 7 tinham associação com Diabetes (31,8%).

O Quadro 2 mostra que 21 pacientes (95,5%) não abandonaram o “Programa de Hipertensos” da Unidade de Saúde antes do período desta estudo. Dez pacientes assistiram a cinco palestras (45,5%), 9 assistiram a seis palestras (40,9%), 2 participaram de sete palestras (9,1%) e 1 paciente assistiu a oito palestras (4,5%). A palestra que obteve maior presença foi a do mês de Outubro com 21 pacientes (95,5%).

Os 22 pacientes do grupo compareceram aos passeios (100,0%) e 15 participaram das festas (68,2%). Em relação ao número de consultas mensais, 3 pacientes compareceram de 5 a 8 consultas (13,6%) e 19 compareceram de 9 a 12 consultas (86,4%), com média de  $9,8 \pm 1,2$  consultas, extremos de 7 e 12 consultas.

Os 22 pacientes tiveram 216 aferições da pressão arterial durante os 12 meses de estudo, e o Quadro 3 mostra a pressão sistólica oscilando entre 90 mmHg e 220 mmHg, média de  $137,2 \pm 20,8$  mmHg; a pressão diastólica variou entre 60 mmHg e 130 mmHg, média de  $88,9 \pm 10,4$  mmHg. Na primeira consulta a pressão arterial média do grupo era de  $105,2 \pm 10,4$  mmHg, e na última consulta era  $100,3 \pm 11,8$  mmHg. O peso do grupo variou entre 50 kg e 125 kg, com média de  $68,7 \pm 12,7$  kg.

Com relação ao grau de envolvimento nas recomendações propostas, o Quadro 4 revela :

Vinte e um pacientes faziam uso regular da medicação (95,5%) e 1 fazia uso irregular (4,5%); 9 pacientes praticavam irregularmente a atividade física (40,9%), 6 praticavam regularmente (27,3%) e 7 não praticavam (31,8%).

Treze pacientes não fumavam (59,1%) e 9 utilizavam fumo (40,9%); 17 pacientes não consumiam álcool (77,3%) e 5 consumiam irregularmente (22,7%). Dezoito pacientes faziam regularmente a dieta hipossódica (81,8%) e 4 não a realizavam (18,2%); 12 pacientes controlavam regularmente a pressão arterial (54,6%), 9 não controlavam (40,9%) e 1 paciente fazia irregularmente o controle.

## 4.4 COMPARAÇÃO DOS GRUPOS

### 4.4.1 GRUPO I x GRUPO II

Através de análise comparativa entre os grupos I e II, foram obtidas diferenças significativas nos seguintes dados :

- Comparecimento às festas : maior comparecimento no Grupo II (64,5% x 27,7%,  $p = 0,0003$ ).
- Comparecimento aos passeios : maior comparecimento no Grupo II (87,1% x 23,4%,  $p < 0,00001$ ).
- Peso médio : mais baixo no Grupo II ( $69,5 \pm 13,6$  kg x  $72,5 \pm 13,9$  kg,  $p = 0,009$ ).

Não houve diferenças estatísticas significantes para os seguintes dados analisados : sexo, idade, grau de instrução, renda própria, história prévia de abandono do Programa de Hipertensos, tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial, história familiar de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes, número de consultas mensais, pressão arterial sistólica média, pressão arterial diastólica média, pressão arterial média na primeira e última consultas, uso de medicação, atividade física, tabagismo, etilismo, dieta hipossódica e controle semanal da pressão arterial.

#### 4.4.2 GRUPO I x GRUPO III

A comparação entre os grupos I e III revelou diferenças significativas nos seguintes itens :

- Sexo : maior presença do sexo feminino no Grupo III (90,9% x 63,8%,  $p = 0,0396$ ).
- História de abandono do programa : o Grupo III apresentou o menor percentual de abandonos (4,5% x 36,2%,  $p = 0,0126$ ).
- Comparecimento aos passeios : maior comparecimento no Grupo III (100,0% x 23,4%,  $p < 0,00001$ ).
- Comparecimento às festas : maior comparecimento no Grupo III (68,2% x 27,7%,  $p = 0,0034$ ).
- Número de consultas mensais : maior comparecimento no Grupo III ( $9,8 \pm 1,2$  consultas x  $7,9 \pm 2,8$  consultas,  $p < 0,01$ ) (Figura 3).

- Pressão Arterial Sistólica Média : menor no Grupo III ( $137,2 \pm 20,8$  mmHg x  $141,9 \pm 21,5$  mmHg,  $p < 0,0001$ ).
- Pressão Arterial Diastólica Média : menor no Grupo III ( $88,9 \pm 10,4$  mmHg x  $92,5 \pm 13,2$  mmHg,  $p < 0,0001$ ).
- Pressão arterial média na primeira consulta : menor no Grupo III ( $105,2 \pm 10,4$  mmHg x  $112,1 \pm 14,6$  mmHg,  $p < 0,01$ ) (Figura 4).
- Pressão arterial média na última consulta : menor no Grupo III ( $100,3 \pm 11,8$  mmHg x  $110,0 \pm 18,4$  mmHg,  $p < 0,01$ ) (Figura5).
- Peso médio : menor no Grupo III ( $68,7 \pm 12,7$  kg x  $72,5 \pm 13,9$  kg,  $p < 0,0001$ ).
- Uso de medicação : maior número de pacientes em uso regular no Grupo III ( $95,5\%$  x  $72,3\%$ ,  $p < 0,05$ ) (Figura 6).

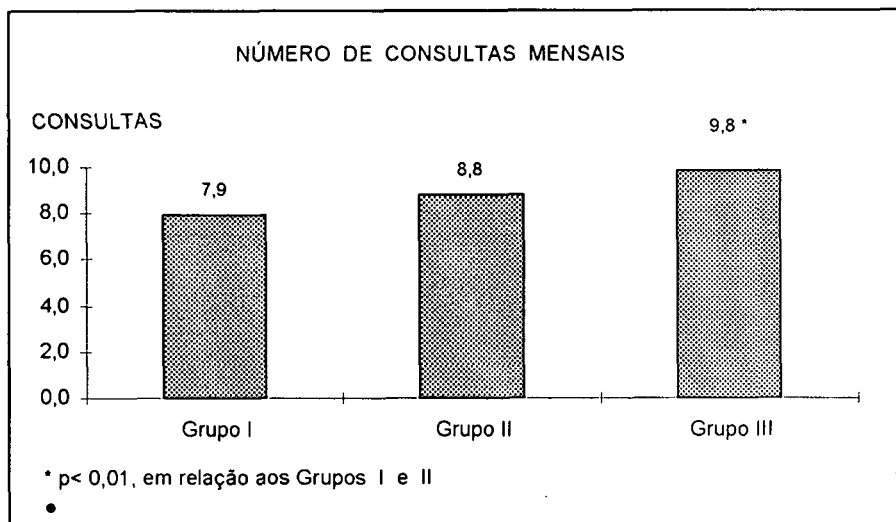


Figura 3 - Número de consultas mensais no período de acompanhamento dos grupos de estudo. O número de consultas foi significativamente maior no Grupo III em relação aos Grupos I e II.

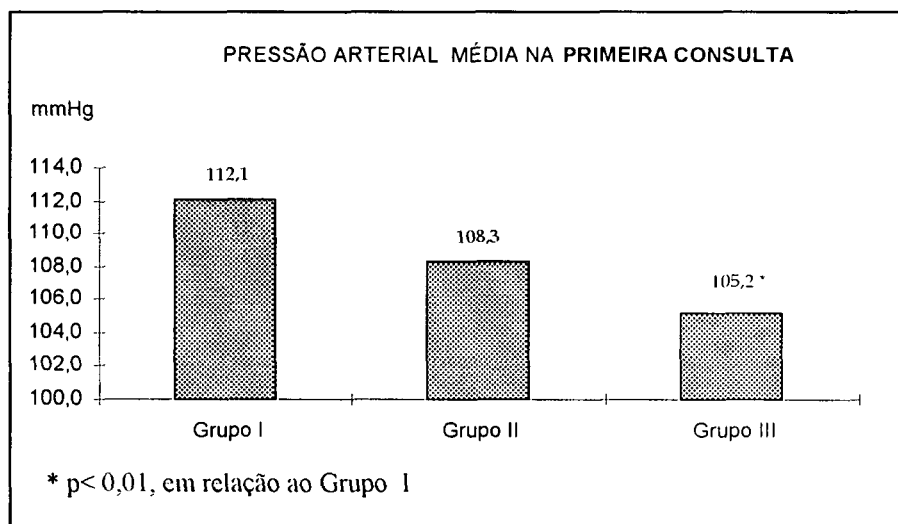


Figura 4 - Pressão Arterial Média na primeira consulta em pacientes dos diferentes grupos de estudo. O Grupo III tinha cifras significativamente menores que o Grupo I. Note-se que esta foi a primeira avaliação nesta investigação, mas a maioria dos pacientes já eram acompanhados por Hipertensão Arterial neste Posto de Saúde.

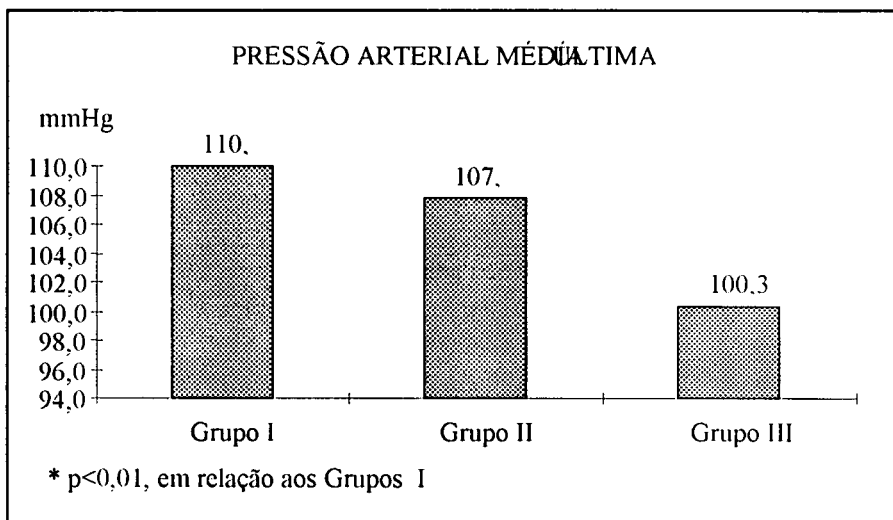


Figura 5 – Pressão Arterial Média na última consulta em pacientes dos diferentes grupos de estudo. O Grupo III permaneceu com os menores níveis pressóricos que se mostraram nesta fase com significância estatística também em relação ao Grupo II.

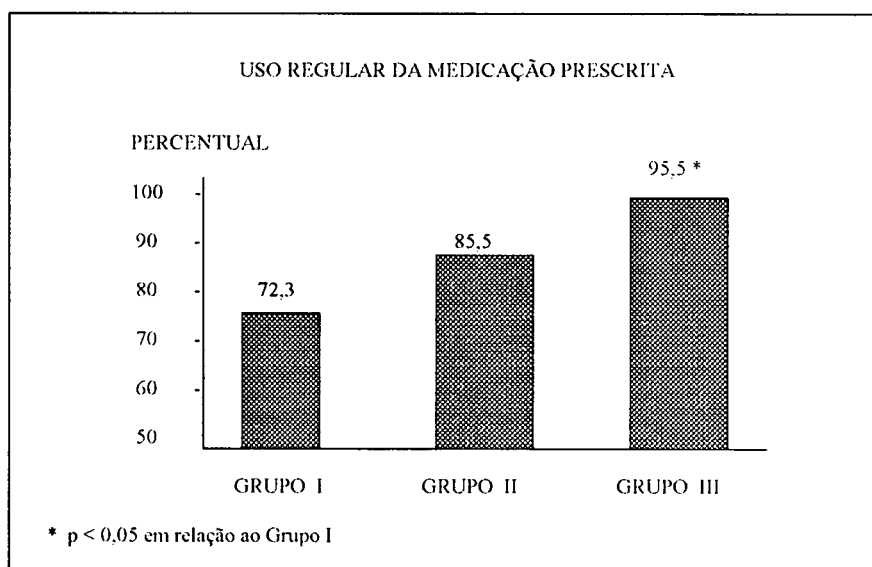


Figura 6 - Percentual de uso regular da medicação prescrita nos diferentes grupos de estudo. O Grupo III teve uso regular significativamente Maior que o Grupo I.

Não houve diferenças estatísticas significantes para os seguintes dados analisados : idade, grau de instrução, renda própria, tempo de diagnóstico da Hipertensão Arterial, história familiar de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes, atividade física, tabagismo, etilismo, dieta hipossódica e controle semanal da pressão arterial.

#### 4.4.3 GRUPO II x GRUPO III

Através da análise comparativa entre os Grupos II e III, foram obtidas diferenças significativas nos seguintes dados :

- Número de consultas mensais : maior comparecimento no Grupo III ( $9,8 \pm 1,2$  consultas x  $8,8 \pm 2,2$  consultas,  $p < 0,01$ ). (Figura 3)
- Pressão Arterial Sistólica Média : menor no Grupo III ( $137,2 \pm 20,8$  mmHg x  $140,5 \pm 21,9$  mmHg,  $p = 0,003$ ).
- Pressão Arterial Diastólica Média : menor no Grupo III ( $88,9 \pm 10,4$  mmHg x  $91,4 \pm 11,9$  mmHg,  $p < 0,0001$ ).
- Pressão arterial média na última consulta : menor no Grupo III ( $100,3 \pm 11,8$  mmHg x  $107,8 \pm 16,2$  mmHg,  $p < 0,01$ ). (Figura 5)

Não houve diferenças estatísticas significantes para os seguintes dados analisados : sexo, idade, grau de instrução, renda própria, história prévia de abandono do Programa de Hipertensos, tempo de diagnóstico da

Hipertensão Arterial, história familiar de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Diabetes, comparecimento aos passeios e festas, pressão arterial média na primeira consulta, peso médio, uso de medicação, atividade física, tabagismo, etilismo, dieta hipossódica e controle semanal da pressão arterial.

## ***5. DISCUSSÃO***

## 5. DISCUSSÃO

A Hipertensão Arterial aceita como doença crônico-degenerativa pela comunidade científica, cujo tratamento abrange modificações do estilo de vida associadas ou não à terapêutica medicamentosa (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998), é um dos fatores de risco de maior prevalência para as doenças cardiovasculares (ALDERMAN, 1995; AQUINO et al., 1996), e de evolução também relacionada à prevenção (KANNEL, 1976; TRIALS OF HYPERTENSION PREVENTION, 1997), gerando importantes implicações sócio-econômicas e médico-trabalhistas (BRASIL, 1988, 1993).

Há um século o fisiologista **Rudolf Virchow** afirmou ser “toda doença de massa um distúrbio da cultura humana” (AZEVEDO et al., 1994). Sendo doença de massa, a Hipertensão Arterial deverá estimular discussões sobre custos e benefícios do tratamento, visando, prioritariamente, o amplo bem-estar do paciente como ser bio-social (FRANCISCHETTI, 1986).

Além do atendimento do hipertenso primariamente como “pessoa”, é importante a sua educação para a doença. A American Heart Association é uma das entidades com maior empenho no controle de Hipertensão Arterial, e uma de suas principais diretrizes é proporcionar programas comunitários para educar o público no que diz respeito à prevenção e ao reconhecimento precoce desta doença (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1995,1996).

A Sociedade Brasileira de Cardiologia vem atuando mais diretamente nas empresas e escolas, levando conhecimentos sobre cardiologia preventiva, com atenção especial para o significado, a prevenção e o tratamento da Hipertensão Arterial, com intervenção em regime multidisciplinar, procurando educar e integrar o paciente hipertenso no controle de sua doença.

O Departamento de Cardiologia Preventiva da Sociedade Paranaense de Cardiologia vem realizando uma grande campanha de prevenção do risco cardíaco (SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA, 1998). Sugere que a melhor maneira de intervir e atuar é a conscientização da importância da prevenção, sendo medidas contribuintes o controle da pressão arterial, a restrição dietética de sódio e gorduras saturadas, a abstenção do fumo, o incentivo à atividade física regular, as medidas anti-estresse e a manutenção do peso próximo ao ideal.

A educação pública é dever e obrigação dos serviços de Cardiologia nos centros médicos universitários (HAENDCHEN, 1995), e isto deveria ser feito à nível local, e não somente pelas nossas entidades representativas oficiais. A educação continuada pode trazer ao paciente a manutenção do seu equilíbrio com um controle mais efetivo de sua pressão arterial (MONEGO et al., 1996).

Portanto, este estudo situa-se em um campo de grande interesse social e médico. A intervenção no tratamento através das palestras coletivas mostra informações que podem auxiliar o médico no acompanhamento evolutivo da Hipertensão Arterial Sistêmica.

## 5.1 METODOLOGIA EMPREGADA

A amostra incluída neste estudo, envolvendo 131 pacientes acompanhados por um ano, é significativa quando se observa o universo de uma Unidade de Saúde da Prefeitura Municipal de Curitiba. No entanto, sabe-se que a demonstração de eficácia da intervenção terapêutica freqüentemente exige grande número de pacientes, acompanhados por períodos prolongados, como se tem observado em diversos estudos multicêntricos recentes, como o Scandinavian Simvastatin Survival Study (PEDERSEN, 1994), o Honolulu Heart Program (YANO et al., 1983), o Minnesota Heart Survey (LUEPKER et al., 1995) e o SPARC Study (MEISSNER et al., 1997).

Todavia, esta limitação não invalida a pesquisa. Segundo FUCHS (1998), é a busca das razões para os fatos da vida que torna verdadeiro o desenvolvimento do Método Científico, e isto pode ser feito, entre outras maneiras, estabelecendo comparações entre grupos que diferem quanto a uma característica, como o que buscou-se neste estudo sobre a Hipertensão Arterial.

Observou-se que a amostra era composta, em sua grande maioria, de mulheres, cuja faixa etária predominante situava-se entre 50 e 60 anos. Em geral não exerciam atividade profissional além da rotina doméstica, o que facilitava a sua participação nas palestras coletivas, que eram realizadas no período da tarde. O exercício de atividade profissional pelo sexo masculino pode ter levado ao menor comparecimento às palestras educativas, pois estas não faziam parte da programação pré-determinada da Unidade de Saúde e, como consequência, não eram fornecidos atestados médicos.

Todos os pacientes residiam próximos ao local de realização das palestras, não sendo este o objeto de comprometimento à participação no evento.

Ao tempo inicial do estudo houve dificuldade quanto à divulgação das reuniões, o que pode ter contribuído para aumentar o número de faltosos.

Não foi possível a implementação de atividade física devido a deficiências estruturais, à falta de profissional responsável pela atividade e à incompatibilidade de horários.

Os pacientes foram divididos em grupos de acordo com o número de participações nas palestras, pois seus resultados se assemelhavam estatisticamente, sendo possível a comparação entre eles.

Chamou-nos a atenção a grande presença na palestra educativa do mês de Outubro em todos os grupos, e isto deveu-se à divulgação da participação de crianças no evento, com abordagem de assuntos nos quais elas poderiam ter efetiva contribuição, como a ingestão de sal e alimentos gordurosos na dieta, a presença de adultos fumantes dentro de casa, a prática de atividade física e a importância do tratamento, quando necessário, de determinada doença (CUNHA et al., 1983).

Apesar de todas as limitações, este foi um estudo planejado prospectivamente, que envolveu esforços de uma equipe multidisciplinar, com um protocolo seguido cuidadosamente, a anamnese e o exame físico realizados minuciosamente, dentro de uma estrutura viciada do Serviço Público de Saúde.

## 5.2 OS RESULTADOS OBTIDOS

O interesse maior desta investigação era avaliar a contribuição que a abordagem coletiva dos hipertensos propiciaria ao seu tratamento. Tentando responder esta indagação, dividiu-se a população em três grupos, conforme sua frequência nas palestras educativas, visto que esta foi a atividade coletiva mais comum.

Do ponto de vista estatístico, os grupos eram homogêneos, e puderam refletir diferentes comportamentos e posturas ao programa que lhes era oferecido. Assim, o Grupo I incluiu pacientes que participaram no máximo em uma palestra coletiva, tinham menor assiduidade às consultas mensais, se envolveram menos nos passeios e festas, e previamente já haviam abandonado programa similar de controle da hipertensão. Apesar de não ter alcançado significância estatística, este grupo apresentava, no curso da observação, as maiores pressões arteriais, tanto sistólica como diastólica, o maior peso, maiores índices de sedentarismo e tabagismo, menor obediência à dieta hipossódica, menos cuidado com o controle periódico da pressão arterial. Com significância estatística notou-se que eles faziam uso da medicação de forma mais irregular.

O comportamento do Grupo III foi praticamente oposto a este, com participação maior em todos os sentidos, e com conseqüentes benefícios. Foram os que compareceram a mais consultas mensais, maior número de palestras educativas, passeios e festas comunitárias; foram os que melhor seguiram a dieta e o tratamento preconizados, e, em contrapartida, apresentaram os melhores níveis de pressão arterial e menor peso. Estes

pacientes simples, com baixo grau de instrução e nível sócio-econômico carente, aproveitaram a oportunidade que lhes foi oferecida, de aprenderem conceitos e orientações sobre sua doença, aprofundaram a relação médico-paciente que a convivência lhes permitiu e usufruíram de um convívio social saudável, discutindo problemas e soluções comuns com os seus pares. Esta observação global dos diferentes comportamentos observados nestes grupos nos leva a pensar que a abordagem coletiva empregada tem vários benefícios, e aqueles que se envolvem no programa conseguem ter uma convivência mais agradável com sua doença.

Deve-se enfatizar uma vez mais a grande adesão ao tratamento que se observou nos pacientes do Grupo III : apenas um paciente não fazia uso regular da medicação. É a adesão ao tratamento um dos maiores óbices na terapêutica da Hipertensão Arterial (MEREDITH, 1996; MONANE et al., 1996), e o resultado constatado neste estudo é animador. Cabe salientar que mesmo o Grupo I, que teve a menor participação entre os hipertensos estudados, mostrou-se com um cuidado maior que o habitual em relação à sua doença, o que se constata quando se analisa os números do National Health and Nutrition Examination Survey fornecidos em 1997, que revelam que nos Estados Unidos da América apenas 53% dos hipertensos são tratados e 27% têm sua pressão arterial controlada (SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE, 1997).

Outros comentários cabem ser feitos em relação aos diversos itens analisados. A idade média dos grupos era semelhante, porém os extremos etários da população eram muito amplos, oscilando entre 18 e 88 anos. A jovem de 18 anos tinha história familiar de hipertensão e a investigação de causas secundárias foi negativa, então se assumindo um diagnóstico de

Hipertensão Arterial Essencial, apesar da baixa idade. A participação de paciente com 88 anos bem demonstra o interesse despertado naquela comunidade em se tratar esta doença. Ainda, ressalte-se que não foi observada irregularidade no uso da medicação anti-hipertensiva que se associasse ao fator idade.

O grau de instrução também não influenciou a adesão ao tratamento. Nos três grupos a grande maioria dos pacientes eram pouco alfabetizados, e isto não impediu que muitos efetivamente participassem das atividades propostas. É, em realidade, opinião consensual na literatura que os segmentos menos favorecidos necessitam mais orientação e programas de intervenção sobre a Hipertensão Arterial (BRASIL, 1993; CAVALCANTE et al., 1995; LOTUFO et al., 1996).

O nível sócio-econômico de toda a população estudada era baixo. A maioria dos pacientes não trabalhava, sendo aposentados ou com afazeres domésticos, porém toda a assistência e as atividades coletivas eram gratuitas, inclusive com fornecimento das medicações. Desta forma, as reuniões vespertinas podem ter sido motivo de afastamento dos que trabalhavam, mas o baixo nível sócio-econômico, igualmente distribuído em todos os grupos, não foi fator de prejuízo na participação das atividades propostas. Ao contrário, o fornecimento de medicamentos e o lanche de confraternização após as palestras, podem ter sido um estímulo à participação dos pacientes carentes.

A história familiar de Hipertensão Arterial foi referida em 74% da população, o que reforça a impressão de causa primária para estes pacientes (BROWN, 1996). Também observou-se elevada ocorrência de dislipidemia e diabetes, fatores comumente associados e que justificam atenção especial tanto

no tratamento não-farmacológico e farmacológico, como na orientação propiciada nas Palestras Coletivas.

A atividade física regular auxilia na redução da pressão arterial, contribui no controle do excesso ponderal, das dislipidemias e da diabete, além de propiciar combate ao estresse e apoiar no abandono do tabagismo (COX, 1994; HEDBLAD et al., 1997; ALFIERI, 1990). Estas informações eram transmitidas nas consultas médicas e nas palestras educativas; os pacientes do Grupo III tiveram a maior participação em atividades físicas regulares, porém tal constatação não atingiu significância estatística. Neste grupo aproximadamente um terço dos hipertensos não faziam exercícios, enquanto dois terços o faziam de maneira regular ou irregularmente. O hábito de atividades físicas deveria ser ainda mais enfatizado nas preleções, sendo oportuna a inclusão de um professor de Educação Física para compor a equipe multiprofissional (III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 1998).

O tabagismo tem ação direta pouco significativa em relação à pressão arterial (SAWICKI et al., 1997; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 1995), porém é dos piores fatores de risco para as doenças cardiovasculares, e tem ação potencializadora dos danos causados pela Hipertensão Arterial (LION, 1995; SERRO-AZUL et al., 1996; GIANNINI et al., 1996). Aproximadamente 40% da população estudada era tabagista, e o acompanhamento deste vício no curso do ano de estudo não revelou redução significativa em qualquer grupo. Tal constatação revela uma falha do programa aplicado, e deveria ser entendida como tal, não sendo, todavia, motivo de descrédito, mas sim como base para programações futuras que deveriam reforçar a ação anti-tabágica nas consultas médicas e nas palestras educativas.

O uso regular de bebidas alcoólicas foi constatado em pouco mais de 15% dos pacientes, mesmo assim em quantidades módicas, sem se configurar casos de alcoolismo. Apesar do álcool não determinar ações nocivas significativas em relação à pressão arterial (MACMAHON et al., 1986; FUCHS, 1994; CARVALHO, 1994), o alcoólatra em geral não adere a qualquer tratamento preconizado, com grande prejuízo da terapêutica medicamentosa e dos hábitos de vida em geral.

A recomendação de dieta hipossódica foi seguida pela grande maioria dos pacientes. Apenas 3,8% afirmavam não fazer dieta, e em torno de 70% da população o fazia com regularidade. A contribuição desta medida no controle da pressão arterial é significativa (TRIALS OF HYPERTENSION PREVENTION, 1997), e esta noção foi muito bem assimilada. O Grupo III tinha 81,8% dos seus integrantes seguindo as orientações dietéticas, enquanto no Grupo I apenas 57,4% o faziam, porém esta diferença não atingiu significância na análise executada.

A medida domiciliar da pressão arterial é um recurso que pode ser valioso no diagnóstico e tratamento da Hipertensão Arterial, muitas vezes substituindo técnicas mais sofisticadas como a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial, e tem sido prática amplamente recomendada (STEWART et al., 1996). Na presente investigação, apesar de recomendações neste sentido terem sido feitas, poucos a executaram com regularidade em todos os grupos. Tal comportamento entendemos possa ser explicado principalmente por dois motivos : (1) o baixo poder aquisitivo da população que impedia seu acesso a equipamentos de aferição da pressão, e (2) a possibilidade de medida da pressão arterial mensalmente em consultas médicas, em pacientes com cifras pressóricas em geral estáveis, que dispensavam verificações mais frequentes.

Em relação ao controle da pressão arterial nos diferentes grupos notou-se que o Grupo III tinha, já no início do estudo, valores inferiores ao Grupo I. Como a maioria destes pacientes já era acompanhada com tratamento anti-hipertensivo, é possível que o Grupo III já incluísse indivíduos mais aplicados em seus cuidados. Na última consulta este grupo tinha sua pressão arterial ainda mais reduzida, e esta passou a ser significativamente menor também em relação ao Grupo II. Todavia, a análise estatística do comportamento tensional do Grupo III, comparando as cifras da pressão arterial média no início (105,2 mmHg) e ao final (100,3 mmHg) do período de observação, não demonstrou diferença significativa com o número de pacientes estudados.

### **5.3 COMENTÁRIOS FINAIS**

Temos que ter o cuidado na interpretação dos dados obtidos para não induzir à idéia de que a intervenção no tratamento da Hipertensão Arterial, através de palestras educativas, não seja eficaz.

De acordo com o III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (1998), a maioria dos pacientes com Hipertensão arterial não adota mudanças suficientes no estilo de vida, e a má adesão ao tratamento continua sendo um importante desafio terapêutico. O tempo disponível para a consulta médica não é suficiente. A consulta, nos seus 15 minutos iniciais, é usada, em média, para fornecer informações, instruções e

aconselhamentos (GRUNINGER, 1995), pois os pacientes devem ser apropriada e adequadamente informados (LORD, 1995), visto que é vedado ao médico deixar de esclarecer o paciente sobre as determinantes sociais, ambientais ou profissionais de sua doença, ou mesmo deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento a seu alcance em favor do paciente (CONSELHO, 1988).

SMITH (1989) ressalta que pode-se evitar que milhares de pessoas morram anualmente por não aderirem ao tratamento da Hipertensão Arterial, inclusive pelo abandono deste.

Não há no Brasil uma preparação adequada de profissionais no sentido de organização de serviços prestados a pacientes com doenças crônicas benignas, mas há a necessidade sistemática de acompanhamento, percepção preventiva e consultas regulares, evitando o seu agravamento, pois estas doenças necessitam de educação do paciente, e o médico não tem tempo suficiente; assim, esta forma de intervenção necessita e deverá ser aprimorada

Não somos onipotentes, somos equipe multidisciplinar; mas deve haver capacitação técnica e profissional individualmente, assim como prescrever de acordo com os princípios farmacológicos, os exames corretamente indicados, tecnicamente bem conduzidos e bem interpretados, pois podemos incorrer em não subserviência destes no diagnóstico, e muito menos, na orientação e condução de tratamento.

A abordagem coletiva do paciente para o repasse de informações, favorece a redução da ansiedade por convivência com pessoas com problemas semelhantes, o que aumenta sua própria segurança, aproxima-o da equipe de saúde, além de possibilitar uma influência positiva quanto ao comportamento, modificando hábitos de vida.

As reuniões periódicas possibilitam uma ação em larga escala, com atuação mais abrangente no controle da pressão arterial; cria um efeito positivo sobre a responsabilidade no tratamento pelo paciente, refletindo uma melhor adesão ao tratamento além da mudança de atitudes.

Sabemos disso há muito tempo, mas não prestamos atenção nem damos a devida importância. É fundamental devolver o paciente ao convívio social.

## ***6. CONCLUSÕES***

## 6 CONCLUSÕES

- 1 - A abordagem coletiva por equipe multidisciplinar contribui no tratamento da Hipertensão Arterial.
- 2 - Os pacientes mais participativos nas atividades coletivas são também os mais assíduos às consultas médicas periódicas, propiciando um melhor acompanhamento de sua doença.
- 3 - Os hipertensos que freqüentam o programa educativo têm maior adesão aos regimes terapêuticos, com sua grande maioria fazendo uso regular de medicação.
- 4 - Os paciente mais envolvidos no programa proposto se mantêm com níveis pressóricos inferiores aos daqueles que têm menor participação

***ANEXOS***

**FICHA CADASTRAL DE ESTUDO - 1996**

NOME \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

SEXO \_\_\_\_\_ IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

GRAU DE INSTRUÇÃO \_\_\_\_\_ RENDA PRÓPRIA \_\_\_\_\_

ABANDONO DE PROGRAMA \_\_\_\_\_ HISTÓRIA FAMILIAR \_\_\_\_\_

QUANDO FOI DIAGNOSTICADA A HA \_\_\_\_\_

DOENÇAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**COMPARECIMENTO ÀS PALESTRAS****JAN    FEV    MAR    ABR    MAI    JUL    AGO    SET    OUT****PASSEIOS COLETIVOS :**

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_

**FESTAS DO CALENDÁRIO BRASILEIRO :**

JUNINA \_\_\_\_\_ NATAL \_\_\_\_\_

CONSULTAS    JAN    FEV    MAR    ABR    MAI    JUN  
MENSAISNÍVEL  
TENSIONAL

PESO

MEDICAÇÃO  
EM USO

---

CAMINHADA  
SEMANAL

---

FUMO

---

QUANTIDADE  
DE ÁLCOOL

---

DIETA  
DE SAL

---

CONTROLE  
SEMANAL  
PA

---

CONSULTAS MENSAIS	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
----------------------	-----	-----	-----	-----	-----	-----

---

NÍVEL  
TENSIONAL

---

PESO

---

MEDICAÇÃO  
EM USO

---

CAMINHADA  
SEMANAL

---

FUMO

---

QUANTIDADE  
DE ÁLCOOL

---

DIETA  
DE SAL

---

CONTROLE  
SEMANAL PA

---

GRUPO: NÃO COMPARECEU A NENHUMA PALESTRA

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP	DIAG (anos)	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS								PAS- SEIOS	FES- TAS	Total	CONSULTAS MENSAIS									
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul	Ago	Set				Out	Nível Tensional - Sistólica								
																								1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª
1 S.M.F.L.	0	F	46	C	II	2	N	24	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	9	120	110	140	130	-	130	130	130	140	
2 R.R.V.	0	F	54	C	II	Ap	1	20	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	8	-	-	-	110	120	-	140	130	110	
3 R.P.	0	M	45	C	II	Ap	1	2	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	6	140	-	160	-	150	-	-	-	140	
4 N.P.N.	0	F	32	C	II	SR	1	1	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	6	-	140	130	150	-	-	-	140	150	
5 M.G.L.S.	0	F	52	C	II	1	N	3	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	9	130	-	160	150	130	130	-	-	160	
6 M.C.S.	0	F	81	V	A	Ap	N	46	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	12	140	140	160	135	210	140	130	140	100	
7 M.C.B.F.	0	F	53	C	A	SR	N	3	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	10	130	120	140	-	140	130	170	150	-	
8 J.T.N.	0	M	40	C	II	1	N	9	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	9	130	-	150	150	-	140	140	160	140	
9 J.M.D.M.	0	M	58	C	II	1	N	5	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	2	10	150	150	-	150	150	150	190	110	-	
10 J.G.O.	0	M	55	C	II	1	N	5	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	9	-	130	120	-	130	140	140	120	-	
11 A.V.G.	0	M	72	C	A	Ap	N	20	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	11	140	-	150	150	150	140	160	140	160	
12 A.M.P.	0	F	38	UC	A	SR	N	5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	8	-	-	130	-	140	130	140	125	-	
13 A.P.C.	0	M	61	C	1C	1	N	5	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	7	-	150	160	-	-	140	-	140	130	
14 A.C.	0	F	66	V	A	Ap	N	5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	8	190	130	-	150	120	-	140	130	-	
15 A.M.C.	0	M	66	C	1C	Ap	1	20	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	4	170	-	-	-	-	-	140	-	140	
16 B.F.	0	M	51	C	1C	1	2	20	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	4	-	-	-	-	200	-	160	150	140	
17 D.G.G.	0	F	41	C	1C	1	N	2	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	2	10	-	130	-	130	140	120	130	140	130	
18 F.S.C.	0	F	63	C	A	SR	1	18	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	4	-	-	170	-	160	-	-	-	-	
19 J.O.G.	0	M	44	C	1C	1	2	2	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	2	-	-	-	-	-	180	130	-	-	
20 L.F.O.B.	0	F	41	Se	II	SR	1	5	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	6	130	150	160	-	-	-	-	-	-	
21 L.L.	0	F	62	So	II	SR	N	5	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	7	-	-	180	140	140	-	160	-	160	
22 L.M.S.	0	F	35	C	II	SR	1	5	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	1	5	-	-	-	-	120	130	-	130	130	
23 M.J.S.	0	M	64	C	1C	Ap	1	4	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	2	7	-	-	-	160	130	140	160	130	130	
24 M.V.P.	0	M	46	C	1C	2	N	5	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	9	120	-	110	120	130	150	-	110	110	
25 M.J.M.P.F.	0	F	56	So	1C	1	N	4	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	11	130	160	140	120	120	130	130	140	150	
26 M.M.B.	0	F	82	So	A	Ap	1	45	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	4	-	-	-	-	-	140	180	150		
27 M.R.S.	0	F	43	C	II	1	N	2	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	11	120	120	110	130	130	-	110	130	130	
28 P.R.S.	0	M	68	C	1C	Ap	1	6	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	4	-	-	-	-	-	185	170	-	140	
29 R.O.L.	0	F	71	V	A	Ap	N	35	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	9	-	160	140	150	-	140	-	180	170	
30 S.C.S.	0	M	63	C	A	Ap	2	3	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0	0	4	-	-	-	-	200	-	-	-	-	

GRUPO: NÃO COMPARECEU A NENHUMA PALESTRA

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								
	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso								
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
1 S.M.F.L.	-	130	-	129	90	80	100	95	-	90	100	90	100	-	100	-	94	62,0	62,5	63,0	63,0	-	63,0	62,0	62,0
2 R.R.V.	130	110	120	121	-	-	-	70	90	-	100	100	90	90	80	80	88	-	-	-	74,0	72,5	-	71,5	71,5
3 R.P.	160	140	-	148	100	-	100	-	110	-	-	-	100	110	110	-	105	NR	-	NR	-	NR	-	-	-
4 N.P.N.	-	-	185	149	-	100	90	100	-	-	-	100	105	-	-	145	107	-	103,0	102,5	104,0	-	-	-	100,0
5 M.G.L.S.	130	160	120	141	80	-	100	100	95	85	-	-	100	80	100	90	92	87,0	-	90,0	89,5	88,0	90,0	-	-
6 M.C.S.	150	160	220	152	90	80	90	80	110	110	90	90	80	100	90	110	93	65,0	64,5	65,0	66,0	64,0	65,0	65,0	64,5
7 M.C.B.F.	150	120	150	140	90	80	80	-	100	90	100	80	-	90	80	90	88	87,5	87,0	89,0	-	87,5	87,0	86,0	86,0
8 J.T.N.	170	160	-	149	90	-	110	95	-	90	100	120	100	120	110	-	104	90,0	-	90,0	91,5	-	89,7	90,0	91,5
9 J.M.D.M.	120	150	150	147	90	100	-	100	105	100	95	85	-	90	100	100	97	87,0	86,5	-	88,0	87,5	86,0	86,5	86,0
10 J.G.O.	130	140	130	131	-	90	80	-	95	90	100	80	-	80	80	90	87	-	61,0	59,8	-	59,0	60,0	61,0	61,5
11 A.V.G.	165	160	150	151	90	-	80	100	80	80	110	100	110	100	90	80	93	63,5	-	64,0	63,0	63,0	63,0	63,0	63,0
12 A.M.P.	140	110	110	128	-	-	100	-	100	70	70	85	-	100	80	80	86	-	-	86,5	-	89,0	89,0	89,0	89,1
13 A.P.C.	-	160	155	148	-	100	90	-	-	80	-	100	90	-	100	95	94	-	81,0	81,0	-	-	81,0	-	84,0
14 A.C.	140	170	-	146	100	80	-	80	70	-	80	70	-	80	90	-	81	47,5	47,5	-	48,5	47,0	-	47,5	47,5
15 A.M.C.	130	-	-	145	100	-	-	-	-	-	100	-	90	90	-	-	95	69,0	-	-	-	-	-	61,0	-
16 B.F.	-	-	-	163	-	-	-	-	120	-	110	100	100	-	-	-	108	-	-	-	-	92,0	-	93,0	93,0
17 D.G.G.	150	140	120	133	-	90	-	85	100	80	90	110	80	105	80	80	90	-	83,5	-	84,0	81,5	81,5	80,0	79,5
18 F.S.C.	-	140	140	153	-	-	90	-	100	-	-	-	-	-	80	80	88	-	-	77,5	-	76,0	-	-	-
19 J.O.G.	-	-	-	155	-	-	-	-	-	120	80	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	78,0	78,0	-
20 L.F.O.B.	160	120	130	142	90	110	110	-	-	-	-	-	-	100	80	80	95	70,0	71,0	73,0	-	-	-	-	-
21 L.L.	140	140	-	151	-	-	110	90	90	-	110	-	110	100	100	-	101	-	-	88,0	84,3	86,0	-	83,0	-
22 L.M.S.	-	110	-	124	-	-	-	-	80	90	-	90	90	-	70	-	84	-	-	-	-	86,0	87,0	-	87,5
23 M.J.S.	-	140	-	141	-	-	-	110	80	80	90	80	80	-	100	-	89	-	-	-	67,0	66,0	66,8	69,0	67,5
24 M.V.P.	120	130	-	122	90	-	80	90	90	100	-	90	80	85	80	-	87	75,0	-	75,5	76,8	76,0	76,0	-	74,5
25 M.J.M.P.F.	140	130	-	135	90	100	100	70	90	80	100	90	100	100	80	-	91	75,5	75,5	75,0	74,0	74,0	73,5	74,5	73,0
26 M.M.B.	200	-	-	168	-	-	-	-	-	-	110	100	95	100	-	-	101	-	-	-	-	-	-	73,0	73,0
27 M.R.S.	120	120	100	120	80	80	80	95	90	-	80	80	90	80	80	70	82	70,5	69,3	68,3	69,0	66,0	-	68,0	68,0
28 P.R.S.	-	140	-	159	-	-	-	-	-	100	90	-	100	-	80	-	93	-	-	-	-	-	77,0	77,5	-
29 R.O.L.	180	130	170	158	-	100	80	70	-	80	-	110	100	110	90	90	92	-	47,5	48,0	48,0	-	47,5	-	47,5
30 S.C.S.	100	150	130	145	-	-	-	-	110	-	-	-	-	60	80	90	85	-	-	-	-	44,0	-	-	-



GRUPO: NÃO COMPARECEU A NENHUMA PALESTRA

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								PA			1ª Medida	2ª Medida									
	Quantidade de Álcool						Dieta de Sal						Controle Semanal da PA						Primeira Consulta			Última Consulta																
	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª			10ª	11ª	12ª	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média
1 S.M.F.L.	N	N	N	-	N	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	-	N	N	N	N	-	S	N	S	N	-	N	-	120	90	100	130	100	110	150	120
2 R.R.V.	N	N	N	N	N	N	-	-	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	110	70	83	120	80	93	130	110
3 R.P.	-	-	-	N	-	-	S	-	S	-	-	S	-	-	S	N	N	-	N	-	N	-	N	-	-	N	N	S	-	140	100	113	140	110	120	180	130	
4 N.P.N.	-	N	N	-	-	N	-	S	S	S	-	-	-	S	S	-	-	S	-	S	S	S	-	-	-	S	S	-	-	S	140	100	113	185	145	158	140	90
5 M.G.L.S.	N	-	-	N	N	N	S	-	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	N	-	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	130	80	97	120	90	100	140	90
6 M.C.S.	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	N	S	S	N	N	N	140	90	107	220	110	147	140	80	
7 M.C.B.F.	S	S	N	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	130	90	103	150	90	110	140	90
8 J.T.N.	N	N	N	N	N	N	-	-	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-	N	-	N	N	-	N	N	N	N	N	S	-	130	90	103	160	110	127	145	100
9 J.M.D.M.	N	N	N	-	N	N	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	N	S	S	-	N	N	N	N	N	-	N	N	N	150	90	110	150	100	117	170	120	
10 J.G.O.	N	N	-	N	N	N	-	S	N	-	S	N	N	N	-	N	N	N	-	N	N	-	N	N	N	-	N	N	N	130	90	103	130	90	103	150	100	
11 A.V.G.	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	140	90	107	150	80	103	140	80	
12 A.M.P.	N	N	-	N	N	N	-	-	N	-	N	N	N	S	-	S	S	S	-	-	N	-	N	N	N	S	-	S	N	N	130	100	110	110	80	90	140	100
13 A.P.C.	-	N	N	-	N	N	-	S	N	-	-	S	-	S	S	-	S	S	-	N	N	-	-	N	-	N	N	-	S	N	150	100	117	155	95	115	190	110
14 A.C.	N	N	-	N	N	-	S	S	-	S	S	-	S	S	-	S	S	-	N	N	-	N	N	-	N	N	-	N	N	-	190	100	130	170	90	117	130	90
15 A.M.C.	S	-	S	S	-	-	S	-	-	-	-	-	N	-	S	S	-	-	N	-	-	-	-	-	-	S	-	S	S	-	170	100	123	130	90	103	230	110
16 B.F.	N	N	N	-	-	-	-	-	-	N	-	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	N	-	N	N	N	-	-	-	200	120	147	140	100	113	190	120	
17 D.G.G.	N	N	N	N	N	N	-	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	-	N	N	N	N	S	S	S	S	S	130	90	103	120	80	93	130	100	
18 F.S.C.	-	-	-	-	N	N	-	-	N	-	-	N	-	-	-	-	N	S	-	-	N	-	-	-	-	-	-	-	S	S	170	90	117	140	80	100	160	100
19 J.O.G.	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	N	-	-	-	180	120	140	130	80	97	180	120	
20 L.F.O.B.	-	-	-	N	N	N	S	S	S	-	-	-	-	-	-	N	S	S	S	N	S	-	-	-	-	-	-	N	N	N	130	90	103	130	80	97	110	70
21 L.L.	N	-	N	N	N	-	-	-	N	S	S	-	S	-	S	S	S	-	-	-	N	N	N	-	S	-	S	S	S	-	180	110	133	140	100	113	180	100
22 L.M.S.	-	S	S	-	S	-	-	-	-	S	S	-	S	S	-	N	-	-	-	-	-	N	N	-	S	N	-	N	-	120	80	93	110	70	83	120	80	
23 M.J.S.	N	N	N	-	N	-	-	-	-	S	S	S	S	S	S	-	S	-	-	-	-	N	N	N	S	N	N	-	S	N	160	110	127	140	100	113	145	100
24 M.V.P.	-	S	S	S	S	-	N	-	N	N	N	N	-	S	S	N	N	-	N	-	N	N	N	-	N	N	N	N	-	120	90	100	130	80	97	130	100	
25 M.J.M.P.F.	N	N	N	N	N	-	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	-	130	90	103	130	80	97	160	100	
26 M.M.B.	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	S	S	N	N	-	140	110	120	200	100	133	190	110	
27 M.R.S.	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	-	N	N	N	N	S	S	120	80	93	100	70	80	190	110	
28 P.R.S.	N	-	N	-	N	-	-	-	-	-	N	S	-	S	-	S	-	-	-	-	-	-	-	S	N	-	S	-	S	-	185	100	128	140	80	100	200	90
29 R.O.L.	-	N	N	N	N	N	-	S	N	S	-	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	-	N	-	N	N	S	S	S	160	100	120	170	90	117	180	90
30 S.C.S.	-	-	-	S	N	N	-	-	-	-	N	-	-	-	-	N	N	N	-	-	-	-	N	-	-	-	-	S	N	N	200	110	140	130	90	103	220	110

**GRUPO: COMPARECEU A UMA PALESTRA**

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP (anos)	DIAG	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS								PAS-	FES-	Total	CONSULTAS MENSAIS										
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul	Ago	Set	Out	SEIOS		TAS	Nível Tensional - Sistólica									
																									1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª
1	A.F.S.O.	1	F	66	V	A	SR	N	10	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	12	130	140	150	120	120	120	130	140	140	
2	A.F.G.V.	1	F	64	V	1I	Ap	2	14	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	4	140	-	-	-	140	150	-	-	170	
3	C.T.B.	1	F	54	C	1C	3	N	14	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	1	9	160	-	150	190	200	180	190	-	150	
4	E.M.C.V.	1	F	88	V	A	SR	N	30	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	9	150	-	180	160	-	200	-	170	140	
5	J.V.S.	1	M	59	C	1C	Ap	N	25	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	9	140	-	120	160	130	-	160	180	150	
6	L.A.A.	1	F	33	C	1C	1	N	2	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	11	120	120	110	120	130	-	110	130	140	
7	L.D.	1	F	37	C	1C	1	N	4	S	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	0	1	12	140	140	140	150	220	150	140	150	160	
8	R.B.	1	F	44	C	1C	2	N	17	S	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	0	0	10	120	150	-	160	170	180	160	140	190	
9	Z.P.P.	1	F	40	C	1I	SR	N	5	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	8	130	-	-	150	150	-	130	130	120	
10	J.M.B.	1	F	56	V	1C	4	N	3	N	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	10	150	170	-	160	140	160	130	-	160	
11	C.C.M.	1	F	35	C	1I	SR	N	5	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N	0	0	11	120	110	110	110	-	110	110	-	120	
12	A.A.S.	1	M	65	C	1I	Ap	2	15	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	N	0	0	3	-	-	-	-	175	-	150	-	150	
13	J.M.P.	1	M	53	C	1C	1	1	11	S	S	S	N	N	N	N	N	N	S	N	N	0	2	6	-	-	-	-	-	150	130	160	130
14	J.C.L.	1	M	66	C	1C	1	N	6	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	9	140	120	130	-	-	140	120	120	140		
15	M.J.P.	1	F	65	V	A	SR	N	25	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	10	130	120	110	-	110	120	110	110	110	
16	M.R.B.	1	F	77	V	A	Ap	1	30	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	0	1	3	-	-	200	-	-	160	160	-	-		
17	O.B.	1	F	51	C	1I	1	N	11	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	11	150	130	150	150	170	140	-	150	170		

**GRUPO: COMPARECEU A UMA PALESTRA**

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																									
	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso									
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	
1 A.F.S.O.	150	130	140	134	80	70	90	70	80	80	90	70	95	80	80	80	80	57,0	57,0	56,0	55,5	57,0	55,3	56,0	56,0	
2 A.F.G.V.	-	-	-	150	90	-	-	-	100	120	-	-	120	-	-	-	108	76,0	-	-	-	77,5	72,0	-	-	
3 C.T.B.	200	-	220	182	110	-	110	110	120	100	130	-	110	110	-	140	116	64,0	-	61,5	61,0	61,0	61,0	62,0	-	
4 E.M.C.V.	140	150	150	160	90	-	90	90	-	100	-	90	95	100	90	100	94	54,0	-	54,5	54,5	-	55,0	-	54,5	
5 J.V.S.	130	140	-	146	100	-	90	105	100	-	100	110	100	90	105	-	100	73,0	-	73,5	73,0	72,5	-	72,0	72,5	
6 L.A.A.	130	120	130	124	80	70	80	90	90	-	80	80	90	105	90	90	86	72,5	72,0	70,0	68,5	69,0	-	70,0	70,0	
7 L.D.	150	140	160	153	100	100	100	100	120	120	100	100	120	130	90	140	110	67,5	66,5	66,5	67,5	67,0	67,0	66,0	69,5	
8 R.B.	140	140	-	155	80	90	-	100	100	100	90	100	100	90	90	-	94	49,0	49,3	-	49,4	49,0	50,0	48,5	48,5	
9 Z.P.P.	130	140	-	135	90	-	-	100	100	-	90	90	95	90	90	-	93	81,0	-	-	81,0	82,0	-	83,0	84,2	
10 J.M.B.	150	140	150	151	100	110	-	100	90	90	90	-	90	100	100	100	97	85,0	84,0	-	80,0	81,5	80,0	80,0	-	
11 C.C.M.	110	100	120	112	80	70	70	70	80	-	70	70	80	85	80	80	76	62,5	61,0	61,5	62,0	60,0	-	62,0	62,5	
12 A.A.S.	-	-	-	158	-	-	-	-	105	-	100	-	100	-	-	-	102	-	-	-	-	-	79,2	-	78,5	-
13 J.M.P.	160	-	140	145	-	-	-	-	-	100	95	110	90	105	-	90	98	-	-	-	-	-	88,0	77,5	82,0	
14 J.C.L.	-	120	130	129	100	70	80	-	-	100	80	80	90	-	80	70	83	55,0	55,0	56,0	-	-	55,0	57,0	57,1	
15 M.J.P.	120	110	-	115	80	70	60	-	80	60	70	70	60	80	70	-	70	86,0	86,5	87,5	-	86,0	88,5	86,0	86,2	
16 M.R.B.	-	-	-	173	-	-	110	-	-	105	90	-	-	-	-	-	102	-	-	88,5	-	-	87,0	84,5	-	
17 O.B.	140	140	140	148	100	100	100	105	110	90	-	100	110	90	90	90	99	92,0	94,0	92,0	94,0	95,0	94,5	-	95,0	



GRUPO: COMPARECEU A UMA PALESTRA

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								Primeira Consulta			PA Última Consulta			1ª Medida													
	Quantidade de Álcool												Dieta de Sal												Controle Semanal da PA												Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média		
	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º	11º	12º	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média							
1 A.F.S.O.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	130	80	97	140	80	100	160	100						
2 A.F.G.V.	N	-	-	N	-	-	-	N	-	-	-	N	S	-	-	S	-	-	N	-	-	-	S	S	-	-	N	-	-	-	140	90	107	170	120	137	150	100						
3 C.T.B.	N	N	-	N	N	-	N	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	-	S	S	-	N	S	N	N	N	-	N	N	-	N	160	110	127	220	140	167	250	140					
4 E.M.C.V.	N	-	N	N	N	N	N	S	-	S	S	-	S	-	S	S	S	S	N	-	N	N	-	N	-	N	N	N	N	N	150	90	110	150	100	117	120	80						
5 J.V.S.	-	N	N	N	N	N	-	S	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	-	N	N	S	-	S	S	S	S	-	140	100	113	140	105	117	160	110						
6 L.A.A.	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	-	N	N	N	S	N	N	120	80	93	130	90	103	130	90						
7 L.D.	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	N	S	140	100	113	160	140	147	130	80						
8 R.B.	N	N	N	N	N	N	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	-	N	S	S	S	S	S	S	-	120	80	93	140	90	107	210	110						
9 Z.P.P.	-	S	S	S	S	S	-	S	-	-	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	-	-	N	N	-	N	S	N	S	N	-	130	90	103	140	90	107	170	110					
10 J.M.B.	N	N	-	N	N	N	N	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	N	N	-	N	N	N	S	-	N	N	N	N	150	100	117	150	100	117	210	140						
11 C.C.M.	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	N	N	N	S	-	N	S	S	S	S	S	120	80	93	120	80	93	110	70						
12 A.A.S.	-	N	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	N	-	S	-	S	-	-	-	-	-	-	N	-	N	-	N	-	-	-	175	105	128	150	100	117	180	100					
13 J.M.P.	S	S	S	S	S	-	S	-	-	-	-	N	N	N	N	N	-	N	-	-	-	-	-	N	N	S	N	S	-	N	150	100	117	140	90	107	130	80						
14 J.C.L.	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	-	N	S	S	S	-	S	S	N	N	N	-	-	N	N	N	N	-	N	N	140	100	113	130	70	90	160	110					
15 M.J.P.	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	S	-	N	S	N	-	N	N	N	N	N	N	-	130	80	97	110	70	83	160	90						
16 M.R.B.	N	N	-	-	-	-	-	-	-	N	-	-	S	S	-	-	-	-	-	-	-	N	-	-	S	N	-	-	-	-	200	110	140	160	90	113	160	100						
17 O.B.	N	-	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	-	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	150	100	117	140	90	107	160	120						

**GRUPO: COMPARECEU A DUAS PALESTRAS**

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP	DIAG (anos)	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS								PAS- SEIOS	FES- TAS	Total	CONSULTAS MENSAIS Nível Tensional - Sistólica								
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul	Ago	Set				Out	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º
1 V.L.A.L.	2	F	28	C	1I	1	1	2	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	0	0	5	130	-	-	-	140	-	-	-	140
2 J.G.C.	2	F	59	V	A	Ap	N	14	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	1	0	8	140	-	-	140	190	180	-	-	160
3 E.A.C.	2	F	18	So	1I	SR	1	1	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	1	0	6	-	-	120	140	-	-	-	120
4 Z.J.F.	2	F	48	C	1I	2	N	6	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	2	0	9	120	110	-	100	130	-	120	130	
5 W.O.L.	2	F	57	C	A	1	N	19	S	S	N	N	N	N	S	N	N	N	S	2	1	10	160	120	160	130	130	-	150	130	
6 R.A.S.	2	F	42	V	1I	Ap	N	2	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	0	0	7	160	-	150	-	-	180	-	140	
7 O.M.	2	F	67	C	1C	Ap	N	7	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	1	1	7	-	-	120	-	-	130	130	130	
8 M.F.L.S.	2	F	35	UC	1C	1	N	5	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	1	0	12	150	150	110	150	150	160	140	130
9 M.V.L.	2	F	52	V	1I	SR	N	5	S	N	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	1	0	11	130	120	130	130	150	-	130	120
10 M.N.Q.F.	2	F	55	C	1I	SR	1	2	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	N	0	1	8	-	-	-	-	130	130	130	110	
11 J.C.	2	M	50	C	1I	2	N	10	S	S	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	0	0	10	140	140	140	150	130	140	170	-
12 J.B.C.	2	M	64	UC	1I	2	1	10	S	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	1	0	4	-	-	140	-	140	-	-	-
13 D.M.L.	2	F	40	C	1I	1	1	2	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	1	0	9	-	-	190	200	130	180	160	150
14 B.G.S.	2	F	66	So	A	SR	N	16	S	N	S	S	N	N	N	N	S	N	N	N	0	0	11	130	-	100	110	120	110	110	120
15 S.M.M.	2	F	47	V	1I	2	N	5	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	2	1	10	130	120	-	130	150	140	130	-
16 D.P.C.	2	F	36	C	1I	1	N	7	S	N	N	N	S	N	N	N	N	N	N	S	1	2	12	120	130	140	120	140	120	120	130
17 W.R.F.	2	F	61	C	A	Ap	N	21	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	1	2	11	120	110	130	130	120	120	130	150
18 E.J.S.	2	M	60	C	1C	Ap	N	12	S	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	1	1	9	150	210	-	190	230	190	160	-
19 E.J.C.	2	F	57	C	1I	Ap	N	5	S	N	N	S	N	N	N	N	N	N	N	S	1	1	9	140	150	120	-	140	170	190	130
20 D.G.R.	2	F	66	UC	A	Ap	N	16	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	S	1	2	10	120	140	150	-	140	140	140	220
21 C.R.R.	2	F	66	V	1C	Ap	N	20	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	N	S	1	0	9	130	130	130	120	-	-	130	190
22 M.G.S.	2	F	68	V	A	SR	N	8	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	S	2	1	9	130	-	130	120	-	160	140	160
23 A.P.S.	2	F	37	UC	1I	1	N	6	N	S	S	N	N	S	N	N	N	N	S	N	0	2	10	150	150	140	160	150	-	140	170

GRUPO: COMPARECEU A DUAS PALESTRAS

CONSULTAS MENSAIS

9ª	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso							
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª
140	-	130	-	136	90	-	-	-	90	-	-	100	100	-	100	-	96	48,0	-	-	-	48,0	-	-
190	180	190	-	171	100	-	-	90	100	105	-	100	100	100	110	-	101	106,0	-	-	107,0	107,5	107,5	-
140	120	-	130	128	-	-	90	100	-	-	-	90	90	90	-	100	93	-	-	82,0	83,0	-	-	-
105	110	110	-	115	70	70	-	80	95	-	80	90	80	70	70	-	78	71,5	71,5	-	70,0	68,0	-	70,0
180	120	130	-	141	100	80	80	95	90	-	95	90	120	80	95	-	93	68,5	66,5	68,0	67,0	66,5	-	68,5
170	170	160	-	161	100	-	110	-	-	120	-	90	110	105	90	-	104	98,5	-	99,0	-	-	99,0	-
130	120	110	-	124	-	-	70	-	-	90	95	90	90	80	70	-	84	-	-	62,0	-	-	64,0	64,0
130	140	140	140	141	90	90	80	90	90	100	80	90	90	100	90	85	90	92,5	91,0	90,0	91,0	91,0	93,0	92,0
140	130	125	130	130	90	90	90	90	90	-	80	80	90	80	80	85	86	82,0	79,5	79,0	80,0	77,0	-	78,0
110	120	100	110	118	-	-	-	-	90	100	90	80	80	90	70	70	84	-	-	-	-	58,5	58,5	57,0
150	150	140	-	145	100	100	100	80	90	100	100	-	100	100	90	-	96	70,0	70,0	68,3	69,0	70,0	66,9	68,0
140	140	-	-	140	-	-	100	-	100	-	-	-	110	90	-	-	100	-	-	78,5	-	80,0	-	-
140	170	190	-	168	-	-	130	110	100	140	120	100	105	110	100	-	113	-	-	77,3	78,5	78,0	77,0	77,0
140	120	130	110	118	90	-	80	80	90	80	70	80	85	80	100	70	82	88,5	-	84,0	84,0	81,0	80,0	80,0
180	150	130	130	139	90	90	-	90	100	100	90	-	110	90	95	90	95	72,5	72,5	-	75,0	74,0	74,5	73,0
140	130	130	120	128	80	100	90	90	90	90	85	80	100	95	80	80	88	64,5	65,0	65,5	62,0	62,0	61,0	61,0
130	110	150	-	127	70	80	90	100	90	80	80	100	80	80	80	-	85	67,0	65,5	70,0	70,0	70,0	70,5	70,0
210	160	230	-	192	100	100	-	130	110	110	100	-	120	110	140	-	113	48,0	48,0	-	48,0	48,2	47,0	47,0
140	140	-	-	147	80	100	70	-	100	90	100	95	100	90	-	-	92	66,0	67,0	67,0	-	66,5	66,5	66,5
-	150	140	130	147	80	80	80	-	80	90	90	120	-	110	100	90	92	53,5	55,0	54,2	-	55,0	56,5	56,0
-	140	140	140	139	80	80	80	80	-	-	90	120	-	100	90	90	90	77,0	77,0	80,0	79,0	-	-	82,0
-	130	140	140	139	90	-	90	80	-	100	100	100	-	90	90	100	93	63,0	-	62,5	63,0	-	61,5	62,0
130	140	180	-	151	100	100	80	90	100	-	90	90	90	90	100	-	93	72,0	72,5	74,0	72,0	73,0	-	73,0

GRUPO: COMPARECEU A DUAS PALESTRAS

		CONSULTAS MENSAIS												Caminhada Semanal												Cigarros / Dia												Álcool											
Peso					Uso de Medicação																																												
8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª					
47,0	48,0	-	48,5	-	47,9	S	-	-	-	S	-	-	S	S	-	S	-	N	-	-	-	N	-	-	N	N	-	N	-	N	-	-	-	N	-	-	N	N	-	N	-	N	-	-					
107,0	108,0	110,5	115,0	-	108,6	S	-	-	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	-	-	N	N	N	-	S	S	N	N	-	N	-	-	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	-	N	-	-			
82,0	86,0	86,0	-	91,0	85,0	-	-	N	N	-	-	-	N	N	N	-	N	-	-	N	N	-	-	-	N	N	N	-	N	-	-	S	S	-	-	-	S	S	S	-	S	-	-	N					
70,0	70,0	69,0	71,0	-	70,1	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	-	N	N	-	N	N	N	N	N	-	N	N	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	-			
67,5	67,0	67,5	68,0	-	67,5	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	S	N	N	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	-	S	S	S			
97,5	90,0	94,0	94,0	-	96,0	S	-	S	-	-	N	-	N	N	N	N	-	N	-	N	-	-	N	-	N	N	N	N	-	N	-	N	-	-	N	-	N	N	N	N	N	-	N	-	N				
66,0	67,0	66,5	65,5	-	65,0	-	-	S	-	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	-	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	-	-	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	N				
91,0	93,0	95,0	96,5	96,0	92,7	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
82,0	83,0	80,5	81,0	79,5	80,1	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	-	S	N	N	S	S	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
56,5	57,0	56,0	57,0	57,5	57,3	-	-	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	N	N	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	N	N		
-	65,0	65,0	65,0	-	67,7	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	N	N			
-	80,0	78,0	-	-	79,1	-	-	S	-	S	-	-	-	S	S	-	-	-	-	N	-	N	-	-	-	N	N	-	-	-	S	-	S	-	-	-	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-			
78,0	76,0	76,5	75,0	-	77,0	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	N	N	N	N	N	S	S	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	N			
79,5	79,5	79,0	78,0	76,0	80,9	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	-	N	S	S	S	S	S	S	S	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N			
-	71,0	72,5	71,0	72,0	72,8	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	N	-	N	N	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-			
63,0	62,5	63,0	64,0	64,0	63,1	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	
69,5	69,5	70,0	69,0	-	69,2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	
-	48,0	48,0	47,5	-	47,7	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	N	N	-	N	N	N	N	-	N	S	N	-	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	-		
65,5	67,5	65,0	-	-	66,4	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	-	S	S	S	-	S	N	S	N	S	S	-	-	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N			
56,0	-	56,5	57,0	57,0	55,7	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	
82,5	-	80,0	80,0	80,0	79,7	S	S	S	S	-	-	S	S	-	S	S	S	N	N	S	S	-	-	N	N	-	S	S	S	S	S	S	-	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S			
62,0	-	62,5	63,5	62,0	62,4	S	-	S	S	-	S	S	-	S	S	S	N	-	S	S	-	S	S	N	-	S	S	S	N	-	N	N	-	N	N	N	-	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N
73,5	73,0	74,0	74,0	-	73,1	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	S	N	N	N	-	S	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	

GRUPO: COMPARECEU A DUAS PALESTRAS

CONSULTAS MENSAIS												Controle Semanal da PA												Primeira Consulta			PA Última Consulta			1ª Medida												
Quantidade de Álcool												Dieta de Sal																														
4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média				
-	N	-	-	N	N	-	N	-	S	-	-	-	S	-	-	S	N	-	N	-	N	-	-	-	S	-	-	N	N	-	N	-	130	90	103	130	100	110	140	100		
N	N	N	-	N	N	N	N	-	S	-	-	N	N	S	-	S	S	N	N	-	N	-	-	N	N	N	-	N	S	N	N	-	140	100	113	190	110	137	170	100		
N	-	-	-	N	N	N	-	N	-	-	S	S	-	-	-	S	N	N	-	N	-	-	N	N	-	-	-	N	N	N	-	N	-	120	90	100	130	100	110	130	90	
N	N	-	N	N	N	N	N	-	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	-	S	N	-	S	S	S	S	S	-	120	70	87	110	70	83	160	100		
S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	S	N	S	-	S	S	S	S	S	-	160	100	120	130	95	107	160	110		
-	-	N	-	N	N	N	N	-	N	-	N	-	-	S	-	S	S	S	S	-	N	-	N	-	-	N	-	N	N	S	S	-	160	100	120	160	90	113	170	110		
-	-	N	N	N	N	N	N	-	-	-	S	-	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	-	-	N	-	N	N	N	N	N	-	120	70	87	110	70	83	150	100	
N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	150	90	110	140	85	103	130	80
N	N	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	N	N	S	S	S	N	N	S	S	N	-	N	N	N	N	N	N	130	90	103	130	85	100	150	100		
-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	S	N	N	N	N	S	S	S	130	90	103	110	70	83	130	100		
N	N	N	N	-	N	N	N	-	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	S	N	N	N	N	N	-	N	N	N	-	140	100	113	140	90	107	170	100		
-	N	-	-	-	N	N	-	-	-	-	S	-	S	-	-	-	S	S	-	-	-	-	N	-	N	-	-	-	S	S	-	140	100	113	140	90	107	140	100			
N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	190	130	150	190	100	130	130	110	
N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	-	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	130	90	103	110	70	83	130	100		
N	N	N	N	-	N	N	N	N	S	S	-	N	S	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-	N	N	N	N	N	S	-	N	N	S	130	90	103	130	90	103	130	100	
N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	120	80	93	120	80	93	130	80		
N	N	N	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	120	70	87	150	80	103	120	80		
S	S	S	S	-	N	N	N	-	S	S	-	S	S	N	S	-	N	S	N	-	N	N	-	N	N	S	S	-	S	S	S	-	150	100	117	230	140	170	220	120		
-	N	N	N	N	N	N	-	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	-	140	80	100	140	90	107	140	80			
-	N	N	N	N	-	N	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	N	N	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	120	80	93	130	90	103	180	100		
S	-	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	-	S	S	S	N	N	N	N	-	-	N	N	-	S	S	S	130	80	97	140	90	107	150	90		
N	-	N	N	N	-	N	N	N	S	-	S	S	-	S	S	N	-	S	S	S	N	-	N	S	-	S	S	N	-	S	S	S	130	90	103	140	100	113	150	100		
N	N	-	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	N	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	S	N	-	N	S	N	N	S	-	150	100	117	180	100	127	170	110		

GRUPO: COMPARECEU A TRÊS PALESTRAS

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP	DIAG (anos)	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS						PAS- SEIOS	FES- TAS	Total	CONSULTAS MENSUAIS												
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul				Ago	Set	Out	Nível Tensional - Sistólica									
																								1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	
1 Z.S.L.	3	F	56	C	11	SR	N	10	S	S	S	N	N	N	N	S	N	N	S	S	2	0	7	-	-	-	-	190	160	150	150	-	
2 R.N.M.	3	F	36	C	1C	1	1	6	S	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N	0	1	7	140	-	-	-	-	180	-	120	110	
3 M.F.	3	F	55	C	A	Ap	N	20	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	2	0	10	190	130	120	120	130	-	160	140	140	
4 M.F.B.	3	F	60	C	11	SR	N	15	S	S	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	2	1	7	160	140	-	-	160	120	-	130	150	
5 M.C.X.	3	F	59	C	11	SR	1	11	N	S	N	N	N	N	S	S	N	N	N	N	S	1	1	6	-	-	170	160	140	130	-	120	140
6 J.D.	3	M	56	C	11	Ap	N	4	S	S	S	N	N	N	S	N	N	N	S	S	1	0	9	130	150	-	130	170	160	-	110	100	
7 J.S.S.	3	F	75	C	11	Ap	N	30	S	N	N	N	N	N	S	N	N	N	S	S	1	1	9	140	-	120	-	160	120	130	110	140	
8 G.A.S.	3	F	47	C	1C	SR	N	7	N	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	2	0	10	160	140	150	-	120	160	150	140	140	
9 F.L.S.	3	F	62	V	11	Ap	N	22	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	N	0	1	9	-	-	170	130	140	140	-	145	140	
10 A.S.R.	3	F	62	C	11	SR	N	3	N	S	N	S	S	N	N	N	N	N	N	S	1	1	10	160	150	110	-	130	180	140	150	150	
11 A.C.	3	F	64	C	A	Ap	N	20	N	N	N	N	N	N	S	N	S	N	S	N	2	1	10	170	180	140	170	140	-	150	160	190	
12 A.R.B.	3	F	69	V	11	Ap	2	3	S	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	2	1	6	210	-	-	-	190	-	-	-	-	
13 I.P.	3	F	68	Se	1C	1	N	8	S	S	S	S	N	N	S	N	N	N	N	S	1	0	10	130	-	140	160	150	140	140	140	140	150
14 M.L.F.S.	3	F	50	V	11	Ap	N	6	S	S	S	N	N	N	N	N	S	N	S	S	1	2	10	-	140	130	140	135	140	120	130	110	
15 J.S.	3	M	66	C	1C	2	N	10	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	2	2	10	120	-	120	140	-	150	150	130	130	
16 I.J.S.	3	M	64	C	1C	Ap	N	4	S	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	2	1	10	130	130	140	-	140	140	160	120	-	
17 I.M.F.	3	F	42	C	11	SR	N	4	S	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	2	1	10	120	120	120	120	140	120	150	140	-	
18 D.T.R.	3	F	59	Di	11	4	1	19	S	S	N	N	N	N	S	N	N	S	N	S	1	2	9	-	-	-	130	160	150	150	120	120	
19 A.B.	3	M	58	C	A	Ap	N	8	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	2	0	8	170	160	-	140	170	-	180	190	180	
20 A.I.	3	M	70	V	11	Ap	1	20	S	N	N	S	N	N	S	N	N	N	N	S	1	0	4	-	-	-	-	-	-	120	110	-	

GRUPO: COMPARECEU A TRÊS PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								
	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso								
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
1 Z.S.L.	130	140	140	151	-	-	-	-	110	100	95	100	-	80	100	100	98	-	-	-	-	108,0	107,0	106,0	108,5
2 R.N.M.	120	110	120	129	100	-	-	-	-	110	-	90	80	80	70	80	87	60,5	-	-	-	-	63,0	-	64,0
3 M.F.	140	130	-	140	70	90	80	90	90	-	90	100	90	90	90	-	88	64,0	65,0	64,5	66,0	67,0	-	66,0	65,5
4 M.F.B.	120	-	-	140	95	80	-	-	90	80	-	80	100	90	-	-	88	48,0	48,5	-	-	48,0	47,5	-	47,5
5 M.C.X.	-	-	-	143	-	-	110	110	100	90	-	80	90	-	-	-	97	-	-	65,0	65,0	68,0	64,0	-	63,7
6 J.D.	100	-	120	130	90	90	-	90	100	90	-	80	60	70	-	80	83	58,5	58,5	-	58,4	58,4	57,0	-	58,7
7 J.S.S.	140	150	-	134	90	-	80	-	100	80	90	80	100	80	80	-	87	73,0	-	70,0	-	71,0	71,0	71,0	70,0
8 G.A.S.	-	150	150	146	100	110	100	-	90	110	95	100	100	-	90	100	100	54,0	54,5	54,0	-	53,0	53,0	54,0	52,2
9 F.L.S.	200	160	140	152	-	-	90	90	90	90	-	90	100	100	120	80	94	-	-	55,0	54,5	54,5	56,0	-	58,5
10 A.S.R.	180	150	-	150	90	80	70	-	70	110	80	80	105	100	90	-	88	73,0	72,0	70,0	-	72,5	73,0	73,5	72,0
11 A.C.	180	-	160	164	100	110	100	90	90	-	105	100	110	95	-	90	99	53,0	53,0	51,0	53,0	54,0	-	66,5	55,0
12 A.R.B.	190	140	180	182	170	-	-	-	110	-	-	-	-	110	90	80	112	68,0	-	-	-	68,0	-	-	-
13 I.P.	150	-	130	143	80	-	90	80	90	80	90	90	105	90	-	80	88	80,5	-	81,0	81,0	81,0	81,0	82,0	82,0
14 M.L.F.S.	120	130	-	130	-	90	80	95	100	100	80	80	80	90	100	-	90	-	71,0	74,0	74,5	75,6	75,0	74,0	75,0
15 J.S.	130	160	150	138	80	-	80	80	-	90	80	80	90	80	80	80	82	51,0	-	51,0	51,2	-	51,5	51,1	51,0
16 I.J.S.	140	120	140	136	80	80	90	-	100	100	100	90	-	80	80	90	89	78,5	78,0	79,0	-	78,0	80,0	80,0	80,0
17 I.M.F.	130	-	130	129	80	80	80	90	100	90	100	105	-	90	-	90	91	66,0	67,0	67,0	66,5	67,0	67,0	65,0	65,0
18 D.T.R.	160	170	140	144	-	-	-	80	90	100	90	80	90	90	90	90	89	-	-	-	59,0	58,0	57,5	57,0	57,0
19 A.B.	200	-	-	174	100	90	-	90	100	-	90	110	100	140	-	-	103	79,0	79,5	-	81,0	80,0	-	81,0	78,5
20 A.I.	130	-	120	120	-	-	-	-	-	-	80	70	-	80	-	90	80	-	-	-	-	-	-	70,0	70,0

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																																																	
	Peso				Uso de Medicação								Caminhada Semanal												Cigarros / Dia								Álcool																	
	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª					
1 Z.S.L.	-	109,0	110,0	110,0	108,4	-	-	-	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	-	-	-	N	N	N	S	-	S	S	N	-	-	-	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	-	-	-					
2 R.N.M.	64,0	63,0	65,0	66,0	63,6	S	-	-	-	S	-	S	S	S	S	S	S	N	-	-	-	N	-	S	N	N	N	N	N	-	-	-	-	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-			
3 M.F.	65,5	68,0	66,5	-	65,8	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	S	S	-	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-			
4 M.F.B.	48,0	48,0	-	-	47,9	S	S	-	-	S	S	-	S	S	S	-	-	N	N	-	-	N	S	-	N	N	S	-	-	N	N	-	-	N	N	-	N	N	-	N	N	N	-	-	-	-				
5 M.C.X.	63,0	-	-	-	64,8	-	-	S	S	S	S	-	S	S	-	-	-	-	N	N	N	S	-	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-	S	S	S	S	-	S	S	-	-	-	-	-	-	-			
6 J.D.	58,0	58,1	-	58,0	58,2	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S			
7 J.S.S.	70,0	70,0	69,5	-	70,6	S	-	S	-	S	S	S	S	S	S	-	S	-	S	-	N	S	N	N	N	N	N	-	N	-	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	-	N	-				
8 G.A.S.	51,0	-	51,5	53,0	53,0	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	N	-	S	S	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	-	-	-	
9 F.L.S.	61,0	60,0	61,0	60,0	57,8	-	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	-	N	N	S	S	-	S	S	S	S	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-		
10 A.S.R.	72,0	72,0	73,0	-	72,3	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	N	S	S	-	S	S	S	S	S	N	N	-	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-	
11 A.C.	55,5	56,5	-	57,0	55,5	S	S	S	S	S	-	S	S	N	N	-	N	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-		
12 A.R.B.	-	70,0	69,0	69,5	68,9	S	-	-	-	S	-	-	-	-	N	S	S	N	-	-	-	N	-	-	-	-	N	N	S	N	-	-	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
13 I.P.	82,5	82,0	-	82,0	81,5	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	-	S	N	S	S	S	S	S	S	-	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-		
14 M.L.F.S.	76,0	76,0	75,0	-	74,6	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	S	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-		
15 J.S.	51,0	51,0	51,0	51,0	51,1	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	-	N	N	-	N	S	S	N	N	N	S	S	-	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	
16 I.J.S.	-	78,3	79,4	78,0	78,9	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	N	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-		
17 I.M.F.	-	65,5	-	65,5	66,2	S	S	S	S	S	S	N	-	S	-	N	S	S	S	N	N	N	N	N	-	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
18 D.T.R.	57,5	58,1	57,0	58,0	57,7	-	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	-
19 A.B.	79,5	79,0	-	-	79,7	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	-	-	S	S	-	N	S	-	S	S	S	S	-	-	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20 A.I.	-	70,0	-	70,0	70,0	-	-	-	-	-	-	S	S	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								PA			1ª Medida	2ª Medida															
	Quantidade de Alcool												Dieta de Sal												Controle Semanal da PA												Primeira Consulta			Última Consulta				
	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª			8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média				
1 Z.S.L.	N	N	N	N	-	N	N	N	-	-	-	-	N	S	S	N	-	N	N	N	-	-	-	-	S	N	N	N	-	S	N	N	190	110	137	140	100	113	170	110				
2 R.N.M.	-	N	-	N	N	N	N	N	S	-	-	-	-	S	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	S	-	S	S	S	S	S	140	100	113	120	80	93	120	80				
3 M.F.	N	-	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	190	70	110	130	90	103	190	110				
4 M.F.B.	N	N	-	N	N	N	-	-	S	S	-	-	N	S	-	N	N	S	-	-	N	S	-	-	S	N	-	N	N	N	-	-	160	95	117	120	90	100	195	111				
5 M.C.X.	N	N	-	N	N	-	-	-	-	-	S	S	S	S	-	-	S	S	-	-	-	-	-	S	S	S	N	-	N	N	-	-	170	110	130	140	90	107	160	100				
6 J.D.	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	-	S	N	N	-	N	N	N	-	N	S	S	-	S	130	90	103	120	80	93	190	110				
7 J.S.S.	N	N	N	N	N	N	N	-	S	-	S	-	S	S	S	S	N	N	N	-	N	-	S	-	N	N	N	S	N	N	S	-	140	90	107	150	80	103	150	90				
8 G.A.S.	N	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	N	-	S	S	N	S	S	-	S	S	S	S	N	-	S	S	160	100	120	150	100	117	170	120				
9 F.L.S.	N	N	-	N	N	N	N	N	-	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	-	N	N	S	S	-	S	S	S	S	S	170	90	117	140	80	100	180	110				
10 A.S.R.	N	N	N	N	N	N	N	-	N	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	-	N	N	N	S	S	N	S	-	160	90	113	150	90	110	150	90				
11 A.C.	N	-	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	170	100	123	160	90	113	240	120				
12 A.R.B.	N	-	-	-	-	N	N	N	N	-	-	-	N	-	-	-	-	N	N	S	N	-	-	-	N	-	-	-	-	N	N	N	210	170	183	180	80	113	210	120				
13 I.P.	N	N	N	N	N	N	-	N	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	-	N	130	80	97	130	80	97	230	130					
14 M.L.F.S.	S	S	S	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	-	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	-	140	90	107	130	100	110	130	90				
15 J.S.	-	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	-	N	S	S	S	S	S	S	N	-	N	N	-	N	S	N	N	N	N	S	120	80	93	150	80	103	160	100					
16 I.J.S.	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	130	80	97	140	90	107	170	110					
17 I.M.F.	N	N	N	N	-	N	-	N	S	S	S	N	N	S	N	N	-	S	N	S	S	N	N	N	S	N	S	N	-	S	-	N	120	80	93	130	90	103	130	110				
18 D.T.R.	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	-	N	S	S	S	S	S	S	S	130	80	97	140	90	107	130	100					
19 A.B.	S	-	S	S	S	S	-	-	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	-	-	N	N	-	N	N	-	N	N	N	S	-	-	170	100	123	200	140	160	190	100				
20 A.I.	-	-	N	N	-	N	-	N	-	-	-	-	-	S	S	-	S	-	S	-	-	-	-	-	-	-	N	N	-	N	-	N	120	80	93	120	90	100	140	100				

GRUPO: COMPARECEU A CINCO E MAIS PALESTRAS

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP	DIAG (anos)	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS								PAS- SEIOS	FES- TAS	Total	CONSULTAS MENSAIS									
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul	Ago	Set				Out	Nível Tensional - Sistólica								
									1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª															
1 V.A.F.	5	F	44	C	A	SR	1	3	S	N	N	N	N	S	S	S	N	S	N	S	2	0	7	130	-	110	140	120	130	130	130	-
2 N.O.	5	F	55	UC	A	Ap	N	10	S	N	S	S	N	S	S	N	N	S	N	S	1	0	10	170	170	160	150	160	-	-	190	190
3 M.D.S.	5	F	56	C	A	SR	N	14	S	N	N	N	N	S	S	S	S	N	S	2	0	10	130	130	-	120	110	-	120	120	180	
4 M.C.S.	5	F	63	C	A	SR	N	15	S	S	S	S	N	N	N	S	N	S	S	S	2	1	9	140	140	170	160	-	-	160	160	160
5 L.F.G.	5	F	65	C	A	Ap	N	15	N	S	N	N	N	S	S	S	N	S	N	S	2	1	10	-	140	90	120	120	120	-	110	160
6 F.G.S.	5	M	64	V	II	1	N	25	S	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	S	2	0	8	110	-	-	100	110	120	130	-	110
7 D.D.	5	F	54	C	II	SR	N	13	S	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	S	1	2	10	130	110	140	140	-	130	120	130	130
8 L.P.L.	5	F	65	C	A	Ap	N	3	S	N	N	N	N	S	S	S	N	S	N	S	2	1	9	-	130	-	-	120	140	110	150	140
9 E.F.P.	5	F	56	V	A	Ap	N	20	S	S	N	S	N	S	N	S	N	N	S	S	2	2	11	130	170	120	-	140	150	120	130	130
10 A.M.J.S.	5	F	68	C	A	SR	N	20	N	N	S	N	S	S	S	S	N	N	N	S	2	0	9	130	130	-	150	190	160	150	-	210
11 M.J.S.	6	F	65	C	1C	2	N	3	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	2	1	11	130	150	120	130	140	-	130	180	150	
12 I.M.F.N.	6	F	52	C	II	SR	N	2	S	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	S	2	1	10	150	210	-	160	170	160	130	170	150
13 M.E.R.S.B.	6	F	32	C	1C	1	N	2	N	S	S	N	N	S	S	S	N	S	S	S	2	1	10	-	130	140	120	100	-	120	115	120
14 V.T.M.B.	6	F	57	C	1C	2	N	28	S	N	N	S	S	N	S	S	S	N	N	S	2	2	8	120	-	120	-	130	110	130	130	130
15 M.J.F.S.	6	F	46	C	II	3	N	4	N	S	N	S	N	S	S	S	N	S	N	1	1	10	120	110	120	110	130	-	130	-	130	
16 A.M.S.	6	M	69	C	1C	1	N	9	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	2	1	10	130	130	-	140	130	130	130	-	140
17 I.R.	6	F	50	C	1C	Ap	N	16	S	S	N	S	S	N	S	N	S	S	N	S	1	0	12	150	130	120	140	160	150	160	160	170
18 N.B.B.	6	F	65	C	II	SR	N	25	S	N	N	N	S	N	N	S	S	S	S	S	2	1	10	-	130	110	130	110	130	-	140	140
19 T.L.R.	6	F	62	C	1C	1	N	8	S	S	S	N	S	S	S	S	N	S	N	S	2	1	11	190	160	150	140	150	-	140	140	140
20 M.R.T.C.	7	F	51	V	II	1	N	7	N	S	N	S	S	N	S	S	S	N	S	S	2	1	10	130	130	-	120	140	150	150	-	140
21 M.P.C.	7	F	56	C	A	Ap	N	20	S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	2	0	9	130	-	140	120	130	-	-	110	130
22 R.P.C.	8	F	74	V	II	Ap	N	15	S	N	N	S	S	S	S	S	S	N	S	2	1	12	150	140	130	120	110	120	130	130	130	

GRUPO: COMPARECEU A QUATRO PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								
	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso								
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
1 M.L.O.	130	120	-	132	-	-	90	-	80	-	90	-	110	90	90	-	92	-	-	79,0	-	80,0	-	80,0	-
2 M.L.A.	140	130	-	130	-	100	100	-	90	95	85	80	90	90	90	-	91	-	58,5	50,0	-	61,0	59,0	59,0	60,0
3 M.C.O.	170	140	150	149	100	100	100	-	-	-	-	80	80	100	90	80	91	59,0	59,0	59,0	-	-	-	-	57,0
4 L.M.A.	-	-	-	165	100	-	-	-	90	90	90	-	-	-	-	-	93	81,5	-	-	-	73,0	76,0	76,0	-
5 J.M.R.	110	120	-	120	90	80	80	80	80	100	80	80	80	70	85	-	82	69,0	69,0	68,8	68,5	68,0	68,0	68,1	68,0
6 A.R.F.	150	125	160	148	-	-	100	110	100	90	90	100	80	80	80	90	92	-	-	75,0	74,5	74,0	73,9	74,0	73,5
7 A.M.S.	-	-	-	120	-	80	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	78	-	33,2	-	35,5	-	-	-	-
8 E.S.M.	110	110	110	115	-	-	80	90	80	80	80	-	90	80	70	80	81	-	-	63,5	65,5	66,0	64,0	64,0	-
9 C.A.	120	140	130	134	90	-	90	100	110	110	-	110	100	90	90	90	98	80,0	-	80,5	80,0	81,0	79,0	-	78,5
10 W.A.P.	110	200	-	150	-	-	-	-	-	-	-	110	95	80	120	-	101	-	-	-	-	-	-	-	86,0
11 M.P.J.A.	140	130	130	141	80	80	90	90	90	-	80	90	90	90	80	90	86	48,5	48,0	49,0	48,5	48,0	-	50,0	48,5
12 M.I.M.S.	130	150	140	129	90	100	95	80	90	-	90	100	80	95	100	100	93	75,0	74,0	75,0	75,5	75,0	-	76,5	80,0
13 J.S.P.	120	150	-	135	100	100	100	100	100	110	100	100	100	90	100	-	100	72,5	74,0	73,5	76,0	75,5	72,5	73,0	74,0
14 E.R.S.	140	150	130	151	80	-	80	90	120	110	-	100	100	100	100	80	96	92,0	-	90,0	92,0	92,2	88,0	-	90,0
15 E.C.	150	130	-	128	80	-	90	90	80	80	-	100	90	100	100	-	90	58,0	-	58,0	58,1	58,3	58,5	-	59,0
16 E.P.S.	120	130	170	129	90	100	100	80	100	100	95	80	80	90	90	120	94	87,5	85,6	86,5	86,0	84,0	83,6	84,7	86,5
17 C.P.F.	130	120	120	138	80	-	-	100	90	90	-	110	90	90	90	90	92	72,0	-	-	75,0	76,0	76,0	-	75,0
18 A.G.	160	160	-	152	80	80	90	80	70	85	80	70	90	80	90	-	81	52,0	52,0	52,0	52,0	52,0	53,0	54,5	54,0
19 A.F.A.	-	140	130	150	-	90	80	80	80	100	80	80	90	-	70	80	83	-	51,0	53,5	54,0	53,5	53,0	53,5	53,0

GRUPO: COMPARECEU A QUATRO PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																																																
	Peso				Uso de Medicação								Caminhada Semanal								Cigarros / Dia				Álcool																								
	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª																
1 M.L.O.	81,0	81,0	82,5	-	80,6	-	-	N	-	N	-	N	-	N	N	N	-	-	-	N	-	N	-	N	-	N	N	-	-	-	N	-	N	-	N	N	N	-	-	-	N	-							
2 M.L.A.	60,0	60,5	60,0	-	58,7	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	-	N	N	N	S	S	S	S	-	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	-					
3 M.C.O.	55,5	56,5	57,0	56,5	57,4	N	N	N	-	-	-	-	N	S	S	S	S	N	N	N	-	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-					
4 L.M.A.	-	-	-	-	76,6	S	-	-	-	S	S	S	-	-	-	-	-	N	-	-	-	N	S	N	-	-	-	-	-	N	-	-	-	N	N	N	-	-	-	-	-	-	N	-					
5 J.M.R.	68,0	68,0	68,0	-	68,3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	S	S	S	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N		
6 A.R.F.	73,5	74,0	73,5	74,0	74,0	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N		
7 A.M.S.	-	-	-	-	34,4	-	N	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	S	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	-				
8 E.S.M.	64,0	61,5	63,0	65,0	64,1	-	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	N	N	N	S	-	S	S	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N			
9 C.A.	76,2	74,5	75,0	74,5	77,9	N	-	N	N	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N	
10 W.A.P.	84,0	83,5	84,0	-	84,4	-	-	-	-	-	-	-	N	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	N	N	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
11 M.P.J.A.	48,5	46,0	48,2	47,0	48,2	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	
12 M.I.M.S.	80,0	79,0	80,0	80,0	77,3	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	
13 J.S.P.	72,0	74,0	74,0	-	73,7	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N
14 E.R.S.	90,0	89,0	92,0	93,5	90,9	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	-	N	N	N	N	-	N	S	S	N	N	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	-	N	N	
15 E.C.	58,8	58,5	58,5	-	58,4	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	-	N	N
16 E.P.S.	84,5	84,0	85,0	82,0	85,0	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	
17 C.P.F.	75,0	75,0	72,5	72,0	74,3	S	-	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	-	-	N	N	S	-	S	S	S	S	N	-	-	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	-		
18 A.G.	54,0	55,0	55,0	-	53,2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N
19 A.F.A.	53,0	-	52,0	52,5	52,9	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	-	N	N	N	N	S	S	S	S	-	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	-	N	N	N

GRUPO: COMPARECEU A QUATRO PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								PA			1ª Medida															
	Quantidade de Álcool												Dieta de Sal												Controle Semanal da PA												Primeira Consulta			Última Consulta			
	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª		8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média				
1 M.L.O.	N	-	N	-	N	N	N	-	-	-	N	-	S	-	S	-	S	S	S	-	-	-	N	-	N	-	N	-	S	S	N	-	130	90	103	120	90	100	130	90			
2 M.L.A.	N	N	N	N	N	N	N	-	-	S	S	-	N	S	S	S	S	S	S	-	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	-	140	100	113	130	90	103	180	110			
3 M.C.O.	-	-	-	N	N	N	N	N	S	S	S	-	-	-	-	S	S	S	S	S	S	S	N	-	-	-	-	S	S	S	N	N	170	100	123	150	80	103	150	90			
4 L.M.A.	N	N	N	-	-	-	-	-	S	-	-	-	S	S	S	-	-	-	-	-	N	-	-	-	N	N	N	-	-	-	-	-	160	100	120	170	90	117	190	130			
5 J.M.R.	N	N	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	-	S	S	S	N	N	N	N	S	S	S	S	-	130	90	103	120	85	97	160	100			
6 A.R.F.	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	170	100	123	160	90	113	140	100			
7 A.M.S.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	S	-	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	-	N	-	-	-	-	-	-	-	-	130	80	97	110	75	87	110	80			
8 E.S.M.	N	N	N	-	N	N	N	N	-	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	110	80	90	110	80	90	160	120			
9 C.A.	N	N	-	N	N	N	N	N	S	-	S	S	S	S	-	S	N	N	N	S	N	-	N	N	N	-	N	N	S	S	S	130	90	103	130	90	103	120	90				
10 W.A.P.	-	-	-	N	N	N	N	-	-	-	-	-	-	-	N	S	S	S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	N	N	N	N	-	160	110	127	200	120	147	160	110			
11 M.P.J.A.	N	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	130	80	97	130	90	103	130	75			
12 M.I.M.S.	N	-	N	N	N	N	N	N	S	S	N	N	N	-	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	130	90	103	140	100	113	140	100			
13 J.S.P.	N	N	N	N	N	N	N	-	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	-	130	100	110	150	100	117	130	95			
14 E.R.S.	N	N	-	N	N	N	N	N	-	S	N	N	N	-	N	S	S	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	120	80	93	130	80	97	230	150			
15 E.C.	N	N	-	N	N	N	N	-	S	-	S	N	N	N	-	N	S	S	S	-	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	110	80	90	130	100	110	170	110			
16 E.P.S.	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	120	90	100	170	120	137	150	120			
17 C.P.F.	N	N	-	N	N	N	N	N	S	-	-	N	N	S	-	S	S	S	S	S	N	-	-	N	N	N	-	N	N	N	N	N	130	80	97	120	90	100	130	80			
18 A.G.	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	-	140	80	100	160	90	113	160	100			
19 A.F.A.	N	N	N	N	N	-	N	N	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	-	N	N	N	N	N	S	S	N	-	N	N	150	90	110	130	80	97	150	90		

GRUPO: COMPARECEU A QUATRO PALESTRAS

PACIENTE	PA LES TRA	SX	IDADE	EC	GI	RF (sm)	AP	DIAG (anos)	FAT RISCO			PALESTRAS COLETIVAS								PAS- SEIOS	FES- TAS	Total	CONSULTAS MENSAIS									
									HF	DP	DM	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jul	Ago	Set				Out	Nível Tensional - Sistólica								
																								1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª
1 M.L.O.	4	F	34	C	1I	2	N	4	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N	S	2	1	6	-	-	130	-	120	-	130	-	160	
2 M.L.A.	4	F	65	C	1I	Ap	N	16	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	S	1	0	9	-	140	150	-	140	130	110	120	110
3 M.C.O.	4	F	61	C	1I	1	1	5	S	S	S	N	N	N	S	S	N	S	N	S	2	1	8	170	130	160	-	-	-	-	130	140
4 L.M.A.	4	F	59	UC	A	SR	2	6	N	S	S	N	N	N	N	S	S	S	N	S	2	1	4	160	-	-	-	160	170	170	-	-
5 J.M.R.	4	F	57	C	1I	Ap	N	5	S	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	S	2	1	11	130	110	110	120	120	140	120	110	130
6 A.R.F.	4	F	69	UC	1I	SR	N	12	S	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N	S	2	1	10	-	-	170	160	150	130	150	150	130
7 A.M.S.	4	F	66	C	1C	1	1	10	N	N	N	N	S	S	S	S	N	N	N	N	1	1	2	-	130	-	110	-	-	-	-	-
8 E.S.M.	4	F	57	C	A	SR	N	20	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	S	2	2	9	-	-	110	120	105	120	130	-	120
9 C.A.	4	M	45	C	1C	1	N	3	S	N	S	S	S	N	N	N	N	S	N	S	1	0	10	130	-	130	150	140	130	-	130	140
10 W.A.P.	4	M	63	C	1I	Ap	N	12	S	N	S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	1	2	4	-	-	-	-	-	-	-	160	130
11 M.P.J.A.	4	F	66	V	A	1	N	5	S	N	N	N	S	S	N	S	N	N	N	S	2	1	11	130	130	150	150	130	-	140	150	170
12 M.I.M.S.	4	F	39	C	1C	4	N	16	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	2	2	11	130	120	130	130	130	-	120	130	110
13 J.S.P.	4	F	49	C	A	SR	N	20	N	S	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	1	2	11	130	130	130	140	150	160	130	130	120
14 E.R.S.	4	F	47	C	1I	SR	N	10	S	N	S	N	S	S	N	S	N	N	N	S	2	0	10	120	-	120	150	180	220	-	150	150
15 E.C.	4	F	36	C	1I	SR	N	6	N	N	N	S	N	N	S	N	N	N	S	S	1	1	9	110	-	120	120	130	130	-	130	130
16 E.P.S.	4	M	52	C	1C	Ap	N	17	S	N	S	N	N	N	S	S	N	S	N	S	2	2	12	120	130	120	110	140	130	120	130	130
17 C.P.F.	4	F	38	C	1I	SR	N	3	S	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	S	2	2	9	130	-	-	160	120	130	-	190	140
18 A.G.	4	M	76	C	1I	Ap	N	12	S	N	N	N	N	N	S	S	N	N	S	S	2	2	11	140	160	160	120	140	180	150	150	150
19 A.F.A.	4	F	64	V	1I	Ap	N	12	S	N	S	N	S	N	N	S	N	S	N	S	2	2	10	-	150	150	150	180	150	160	160	130

GRUPO: COMPARECEU A CINCO E MAIS PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								
	Nível Tensional - Sistólica				Nível Tensional - Diastólica												Peso								
	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
1 V.A.F.	-	-	-	127	90	-	90	90	90	90	90	80	-	-	-	-	89	73,5	-	73,0	73,5	74,0	75,0	75,0	75,0
2 N.O.	220	170	130	171	100	100	90	100	100	-	-	110	100	130	100	90	102	85,0	84,0	84,0	83,0	85,0	-	-	85,0
3 M.D.S.	120	110	110	125	90	90	-	90	60	-	80	80	110	80	70	80	83	70,5	70,0	-	70,0	68,5	-	70,0	68,3
4 M.C.S.	150	-	150	154	100	90	90	100	-	-	100	100	100	100	-	90	97	75,0	75,5	77,0	76,0	-	-	78,5	74,5
5 L.F.G.	140	140	110	125	-	90	60	80	90	80	-	70	100	90	90	60	81	-	54,0	53,0	53,0	53,4	53,0	-	54,0
6 F.G.S.	150	110	-	118	80	-	-	80	70	90	90	-	90	100	70	-	84	74,0	-	-	74,0	73,5	76,0	76,8	-
7 D.D.	140	120	-	129	100	80	100	100	-	90	90	80	100	90	80	-	91	79,0	78,0	79,5	78,0	-	79,0	78,5	74,0
8 L.P.L.	150	130	140	134	-	80	-	-	85	90	80	100	100	80	80	90	87	-	59,5	-	-	61,5	59,0	61,0	60,5
9 E.F.P.	130	140	140	136	80	100	90	-	80	100	80	90	90	90	90	90	89	54,5	55,5	56,0	-	56,0	55,5	55,5	55,0
10 A.M.J.S.	170	180	-	163	80	80	-	80	110	100	105	-	110	100	100	-	96	67,0	66,0	-	66,0	65,0	65,0	64,5	-
11 M.J.S.	150	150	140	143	90	90	80	75	100	-	80	80	90	80	80	90	85	60,0	62,0	61,0	59,5	60,0	-	64,0	60,5
12 I.M.F.N.	160	160	-	162	90	100	-	90	100	90	80	100	90	95	90	-	93	61,9	61,5	-	61,5	62,0	63,0	63,0	64,0
13 M.E.R.S.B.	150	120	140	126	-	100	100	80	70	-	90	80	80	120	70	100	89	-	80,0	77,0	72,3	71,0	-	73,0	73,6
14 V.T.M.B.	-	130	-	125	80	-	90	-	100	80	80	100	90	-	80	-	88	113,0	-	114,0	-	113,0	115,0	113,8	114,5
15 M.J.F.S.	120	130	100	120	70	80	100	80	90	-	80	-	80	80	80	80	82	63,0	63,5	65,0	64,0	65,5	-	67,0	-
16 A.M.S.	140	130	110	131	90	80	-	95	90	90	80	-	90	90	70	70	85	69,0	69,0	-	70,0	71,0	70,0	70,0	-
17 I.R.	180	140	130	149	90	90	100	100	100	100	100	90	110	110	80	90	97	70,0	71,5	71,5	71,0	71,0	73,0	75,0	73,5
18 N.B.B.	150	130	120	129	-	80	80	80	80	80	-	100	95	100	90	80	87	-	53,0	51,0	52,5	53,0	54,0	-	54,0
19 T.L.R.	140	150	140	149	100	100	90	90	90	-	100	90	90	80	90	90	92	62,0	60,0	61,0	60,0	59,5	-	64,0	60,5
20 M.R.T.C.	140	130	140	137	90	80	-	80	100	100	100	-	100	90	90	90	92	70,0	70,0	-	70,0	71,0	71,0	71,0	-
21 M.P.C.	110	120	130	124	100	-	90	80	90	-	-	80	90	90	80	90	88	53,0	-	52,8	54,0	53,0	-	-	50,0
22 R.P.C.	130	140	140	131	100	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	82	73,0	73,0	73,0	73,1	73,0	73,0	74,0	74,0

GRUPO: COMPARECEU A CINCO E MAIS PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																																																	
	Peso				Uso de Medicação												Caminhada Semanal												Cigarros / Dia								Álcool													
	9ª	10ª	11ª	12ª	Média	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª					
1 V.A.F.	-	-	-	-	74,1	S	-	S	S	S	S	S	S	-	-	-	-	S	-	S	N	N	N	N	S	-	-	-	-	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	-	-	N	-	N	N			
2 N.O.	88,0	87,0	87,0	87,0	85,5	S	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N		
3 M.D.S.	67,5	67,0	64,5	63,5	68,0	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S		
4 M.C.S.	76,0	75,0	-	75,5	75,9	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	-	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	
5 L.F.G.	54,0	53,5	53,5	53,0	53,4	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	N	-	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	
6 F.G.S.	75,0	71,0	71,0	-	73,9	S	-	-	S	S	S	S	-	S	N	N	-	S	-	-	N	N	N	S	-	S	S	S	-	N	-	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	-	S	-	-	S
7 D.D.	75,5	75,5	72,8	-	77,0	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N		
8 L.P.L.	61,5	62,0	62,5	63,0	61,2	-	S	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	-	-	N	N	N	N	S	S	S	-	N	-	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	-	-	-	-		
9 E.F.P.	55,0	55,0	54,5	55,0	55,2	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	-
10 A.M.J.S.	65,5	66,0	66,0	-	65,7	S	S	-	S	N	N	S	-	S	S	S	-	S	S	-	S	S	S	N	-	N	S	S	-	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	-	N	N	-	N
11 M.J.S.	59,5	60,0	59,5	59,1	60,5	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
12 I.M.F.N.	61,0	62,5	62,0	-	62,2	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	-	S	S	S	S	S	N	S	S	-	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	-	N	N	-	N
13 M.E.R.S.B.	72,5	73,0	75,0	76,0	74,3	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	S	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S
14 V.T.M.B.	112,0	-	125,0	-	115,0	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	S	-	N	N	S	-	N	N	N	N	N	-	N	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	S	-	N	N	N	-	-	-	-	
15 M.J.F.S.	68,0	67,0	67,0	66,0	65,6	S	N	N	N	N	-	S	-	S	S	S	S	N	N	S	S	S	-	S	-	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	-	S	S	S	S	N	N	N	N	N		
16 A.M.S.	68,0	68,5	70,0	69,1	69,5	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	N	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	S	
17 I.R.	75,0	75,0	75,5	76,0	73,2	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
18 N.B.B.	54,0	55,0	54,0	54,5	53,5	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	-	N	N	N	N
19 T.L.R.	61,0	61,3	62,5	62,0	61,3	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	S	N	N	N	N	-	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	
20 M.R.T.C.	73,5	74,0	73,5	74,0	71,8	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	N	S	-	N	S	S	N	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	N	N	-	N		
21 M.P.C.	51,0	50,0	51,0	50,6	51,7	S	-	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	-	S	S	S	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	S	
22 R.P.C.	74,0	73,5	73,0	73,0	73,3	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

GRUPO: COMPARECEU A CINCO E MAIS PALESTRAS

PACIENTE	CONSULTAS MENSAIS																								PA			1ª Medida												
	Quantidade de Álcool												Dieta de Sal												Controle Semanal da PA				Última Consulta											
	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª		8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	Sistólica	Diastólica	Média	Sistólica	Diastólica	Média	
1 V.A.F.	N	N	N	N	-	-	-	-	S	-	S	S	N	N	N	S	-	-	-	-	N	-	N	S	N	N	N	N	-	-	-	-	130	90	103	130	80	97	130	100
2 N.O.	N	-	-	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	-	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	-	-	S	S	S	S	170	100	123	130	90	103	150	90	
3 M.D.S.	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	N	-	N	S	-	S	S	S	N	N	N	130	90	103	110	80	90	130	80
4 M.C.S.	-	-	N	N	N	N	-	N	S	S	S	S	-	-	N	S	S	S	-	N	N	N	N	-	-	S	S	S	-	S	140	100	113	150	90	110	130	100		
5 L.F.G.	N	N	-	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	-	N	N	N	S	N	-	S	N	N	N	S	140	90	107	110	60	77	150	110	
6 F.G.S.	S	S	S	-	S	S	S	-	S	-	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	-	-	N	N	N	S	-	N	N	N	-	110	80	90	110	70	83	130	100
7 D.D.	-	N	N	N	N	N	N	-	N	S	S	S	-	N	N	S	S	S	S	-	N	N	N	N	-	N	N	S	S	S	S	-	130	100	110	120	80	93	165	110
8 L.P.L.	N	N	N	N	N	N	N	N	-	S	-	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	-	-	N	S	S	S	S	S	S	130	80	97	140	90	107	130	80	
9 E.F.P.	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	-	S	S	S	S	N	S	S	S	N	N	N	-	N	S	S	S	S	N	S	130	80	97	140	90	107	155	95	
10 A.M.J.S.	N	N	N	-	N	N	N	-	S	S	-	S	S	S	S	-	S	S	S	-	N	N	-	N	N	S	N	-	N	S	S	-	130	80	97	180	100	127	170	100
11 M.J.S.	N	-	N	N	N	N	N	N	S	N	N	N	N	-	N	N	N	S	N	N	N	N	N	S	N	-	N	N	N	N	N	130	90	103	140	90	107	150	100	
12 I.M.F.N.	N	N	N	N	N	N	N	-	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	S	-	N	N	-	S	S	S	S	S	S	S	-	150	90	110	160	90	113	210	110	
13 M.E.R.S.B.	S	-	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	S	-	N	S	N	S	-	S	S	S	S	N	130	100	110	140	100	113	120	100	
14 V.T.M.B.	N	N	N	N	N	-	N	-	S	N	S	-	S	S	S	N	N	-	N	-	N	N	S	-	N	N	N	N	S	-	N	-	120	80	93	130	80	97	120	80
15 M.J.F.S.	N	-	N	-	N	N	N	N	S	S	S	S	S	-	S	-	S	S	S	S	S	N	N	S	N	-	S	-	S	N	N	N	120	70	87	100	80	87	160	100
16 A.M.S.	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	-	S	S	S	N	-	N	N	S	S	N	N	-	N	N	N	N	-	S	S	S	130	90	103	110	70	83	150	100	
17 I.R.	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	150	90	110	130	90	103	160	110
18 N.B.B.	N	N	-	N	N	N	N	N	-	S	S	S	S	S	-	N	S	S	S	S	-	S	N	N	N	S	-	N	N	N	N	130	80	97	120	80	93	140	80	
19 T.L.R.	N	-	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	-	S	S	S	S	S	S	N	N	N	S	N	-	N	N	N	N	N	190	100	130	140	90	107	210	80		
20 M.R.T.C.	N	N	N	-	N	N	N	N	S	S	-	S	S	N	-	S	S	S	S	S	N	N	-	N	S	N	S	-	N	N	S	N	130	90	103	140	90	107	140	90
21 M.P.C.	S	-	-	S	S	S	S	S	S	-	S	S	N	-	-	S	S	S	S	S	N	-	S	S	N	-	-	N	S	S	S	130	100	110	130	90	103	130	110	
22 R.P.C.	N	N	N	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N	N	S	S	S	S	S	150	100	117	140	80	100	160	100		

***REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS***

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDERMAN, M. H. Quantifying cardiovascular risk in hypertension. **Cardiology Clinics**, v. 13, n. 4, p. 519-527, Nov. 1995.
- ALFIERI, R. G. Exercício físico. **Arq Bras Cardiol**, v. 55, n. 4, p. 221-222, 1990.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Fighting Heart Disease and Stroke. Fumar y las enfermedades del corazón. Dallas, folheto, 1995.
- AMERICAN HEART ASSOCIATION. Fighting Heart Disease and stroke. Cholesterol and your heart. Dallas, Folheto, 1996.
- AMODEO, C. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. In : BARRETTO, A. C. P. **Socesp Cardiologia**. Rio de Janeiro : Ed. Atheneu, 1994, p. 228-231.
- ANDRADE, J. P.; LESSA, I.; BOAS, F. V. et al. Adherence to the systemic arterial hypertension treatment. Clinical epidemiologic study. **JACC**, v. 31, n. 5, sup. C, Apr. 998.
- ANDRADE, P. J. N. de. Consulta aviltada. Causa ou consequência do abuso da tecnologia médica ?. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 66, n. 3, p. 167-168, 1996.
- AQUINO, H. C. de; CERUTTI, D. A. Hipertensão arterial sistêmica e emergências hipertensivas. In: GOMES, M. de F. **Rotinas em Cardiologia**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996, p. 147-157.
- ARQUIOLA. E.; GUERRA, D. G.; MONTIEL, L. **A úlcera gastroduodenal. História de uma doença**. Barcelona : Doyma, , p. 2-116, 1987.
- AZEVEDO, A. de C.; SEKEFF, J. **Cardiologia Clínica**, São Paulo : Ed. Savier, p. 1-31, p. 69-92, 1994.
- BATISTA, R. S. Modelo de aglomeração. Conceito de saúde cardiovascular. **JBM**, v. 74, n. 3, p. 70-79, mar. 1998.

- BERNE, R. M.; LEVY, M. N. **Cardiovascular Physiology**. 2<sup>nd</sup>. ed., Saint Louis, 1972, p. 84-99.
- BERTOLAMI, M. C.; FALUDI, A. A. Diagnóstico das dislipidemias. In : SOUSA, A. G. de M. R. **Socesp Cardiologia**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 396-403.
- BIRD, B. **Conversando com o paciente**. Parte um : adultos. São Paulo : Manole, 2<sup>a</sup> ed., p. 2-3, 1975.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Programa Nacional de Educação e Controle da Hipertensão Arterial, 88 p., 1988.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Controle da Hipertensão Arterial : Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. Rio de Janeiro : CDCV/NUTES, v. 201, 233 p., 1993.
- BROWN, M. J. Causes of essential hypertension. **Br. J. Clin. Pharmacol.**; v. 42, p. 21-27, 1996.
- BURT, V. L.; WHELTON, P.; ROCCELLA, E. J. et al. Prevalence of hypertension in the US adult population. Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. 1988-91. **Hypertension**, n. 25, p. 305-313, 1995.
- CAMPESE, V. M.; KARUBIAN, F.; CHERVU, I. et al. Reatividade pressórica para a norepinefrina e angiotensina em pacientes hipertensos sensíveis ao sal. In : SCHLANT, R. C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap Americana, 1994, p. 195-196.
- CAMARGO, L. Saúde. **Almanaque Abril**. São Paulo : Ed. Abril, p. 178-182, 1998.
- CARVALHO, J. G. R. de. Tratamento não farmacológico da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Med.**, v. 51, n. 8, p. 1023-34, 1994.
- CARVALHO FILHO, E. T. de; ALENCAR, Y. M. G.; LIBERMAN, S. Fatores de risco de aterosclerose na mulher após a menopausa. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 66, n. 1, p. 37-48, 1996.

- CASSEL, E. J. The nature of suffering and the goal of medicine. **N. Engl. J. Med.**, v. 306, n. 11, p. 639-45, 1982.
- CAVALCANTE, J. W. S.; DAZA, C. M. G.; CAVALCANTE, L. P. et al. Prevalência e aspectos sócio-culturais e econômicos da hipertensão arterial em Centro de Saúde da Zona Norte de Manaus. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 65, n. 6, p. 493-96, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Código de Ética Médica**, cap. III e IV, Rio de Janeiro, 1988.
- CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (I). **Arq. Bras. Cardiol.**, n. 56, sup. A, p. A1-A16, 1991.
- CONSENSO BRASILEIRO PARA O TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL. (II). **Hiper Ativo**, v. 1, n. 2, sup. 1, p. 7-24, 1994.
- CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL (III). **BG Cultural**, b p. 1-38, 1998.
- COX, K. L.; PUDDEY, I. B.; MORTON, A. R. et al. Os efeitos associados do exercício aeróbico e da restrição de álcool sobre a pressão arterial e os lípides séricos: um estudo fatorial de dois tipos em homens sedentários. In : SCHLANT, R. C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap. Americana, p. 224-225, 1994.
- CUNHA, C. L. P.; CARVALHO FILHO, S.; CUNHA, G. P. Prevenção de aterosclerose na infância. In : MACRUZ R; SNITCOWSKY R. **Cardiologia Pediátrica**, Savier, 1ª ed., 1983, p. 645-653.
- CURTIS, A. B.; JAMES, S. A.; STROGATZ, D. S. et al. Alcohol consumption and changes in blood pressure among african-americans. **Am. J. Epidemiol.**, v. 146, n. 9, p. 727-33, 1997.
- DIEZ-ROUX, A. V.; NIETO, F. J.; MUNTANER, C. et al. Neighborhood environments and coronary heart disease : A multilevel analysis. **Am. J. Epidemiol.**, v. 146, n. 1, p. 48-61, 1997.

- DIOGUARDI, G. S.; PIMENTA, J.; KNOPLICH, J. et al. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em médicos. Dados preliminares do Projeto VIDAM da Associação Paulista de Medicina. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 62, n. 6, p. 383-88, 1994.
- DUDA, N. T.; LISBOA, H. R. K.; PORTELLA, M. et al. Hipertensão arterial sistêmica. Epidemiologia e prevenção no Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 63, n. 5, p. 445-449, 1994.
- DYER, A. R.; ELLIOTT, P.; SHIPLEY, M. et al. Body mass index and associations of sodium and potassium with blood pressure in INTERSALT. **Hypertension**, n. 23, p. 729-736, 1994.
- EISENBERG, D. M.; DELBANCO, T. L.; BERKEY, C. S. et al. Técnicas comportamentais cognitivas para a hipertensão: São efetivas ? In : SCLANT, R. C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap Americana, 1994, p. 227-229.
- ELIOT, R. S. **Estresse e o coração: mecanismos, avaliação e cuidados**, Rio de Janeiro, Revinter, p. 3-9, p.185-200, 1992.
- FRANCISCHETTI, E. A. Evolução da abordagem terapêutica do hipertenso diante de recentes constatações epidemiológicas e fisiopatológicas. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 46, n.1, p. 1-7, jan. 1986.
- FRANKEN, R. A.; NITRINI, G.; FRANKEN, M. et al. Nicotina. Ações e interações. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 66, n. 6, p. 371-373, 1996.
- FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. Epidemiologia e fatores de risco. In: GUS, I., Primeiro Encontro Gaúcho de Epidemiologia em Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 63, n. 5, p. 443-444, 1994.
- \_\_\_\_\_. Princípios da pesquisa clínica. **Hipertensão**, v. 1, n. 1, p. 24-37, 1998.
- FUCHS, F. D.; MOREIRA, L. B.; MORAES, R. S. et al. Prevalência da HAS e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 63, n. 6, p. 473-479, 1995.
- GERSTENBLITH, G.; ALBUQUERQUE, C. P. de. Significance of cardiac risk factors in the older patient. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 68, n. 4, p. 241-243, 1997.

- GIANNINI, S. D.; DIAMENT, J.; FORTI, N. et al. Influência da intervenção sobre os fatores de risco na evolução da DAC. In : SOUSA, A. G. de M. R. **Socesp Cardiologia**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 389-394.
- GRUNINGER, V. J. Patient education : an example of one-to-one communication. **J. Hum. Hypertens.**, v. 9, n. 1, p. 15-25, Jan. 1995.
- HACKETT, T. P.; ROSENBAUM, J. F.; TESAR, G. E. Emoção, doenças psiquiátricas e o coração. In: BRANWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**, v. 2, São Paulo : Roca, 1991, p. 1971-88.
- HAENDCHEN, R. V. Cardiologia acadêmica e qualificação profissional no Brasil. Estamos no caminho certo? **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 65, n. 2, p. 111-14, 1995.
- HALKIN, H.; OR, J.; FUCHS, Z. et al. Smoking accounts for adverse effect of antihypertensive medications on plasma lipids. **Hypertension**, v. 14, n. 2, p. 210-217, Aug. 1989.
- HEDBLAD, B.; ÖGREN, M.; ISACSSON, S.O. et al. Reduced cardiovascular mortality risk in make smokers who are physically active. **Arch. Intern. Med.**, v. 157, p. 893-899, 1997.
- INROCASO, L. História da medida da pressão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 67, n. 5, p. 305-311, 1996.
- ISSA, J. S.; FORTI, N.; GIANNINI, S. D. et al. Intervenção sobre o tabagismo realizada por cardiologista em rotina ambulatorial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 70, n. 4, p. 271-274, 1998.
- JOHNSTON, D. W.; GOLD, A.; KENTISH, J. et al. Efeito do tratamento do estresse sobre a pressão arterial na hipertensão primária leve. In : SCHLANT, R. C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap Americana, 1994, p. 226-227
- JONAS, B. S.; FANKS, P.; INGRAM, D. D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? **Arch. Fam. Med.**, 1997; v. 6, p. 43-49.
- KAISER, S. E. Hipertensão arterial. In : AZEVEDO, A. de C. **Cardiologia Clínica**. São Paulo : Savier, 1994, p. 33-68.

- KANNEL, W. B. Some lessons in cardiovascular epidemiology from Framingham. **Am. J. Cardiol.**, v. 37, p. 269, 1976.
- KAPLAN, N. M. Use of non-drug therapy in treating hypertension. **Am. J. Med.** p. 96-101, Oct. 5, 1984.
- \_\_\_\_\_. Hipertensão sistêmica - mecanismo e diagnóstico. In: BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**, V 1. São Paulo : Roca, 1991, p. 855-900.
- \_\_\_\_\_. Hipertensão Sistêmica : terapia. In : BRAUNWALD, E. **Tratado de Medicina Cardiovascular**. v. 1, São Paulo : Roca, 1991, p. 901-925.
- \_\_\_\_\_. Nonpharmacologic treatment of hypertension. **Curr. Opin. Nephrol. Hypertens.**, v.1, n. 1, p. 85-90, Oct. 1992.
- \_\_\_\_\_. Treatment of hypertension : drug therapy. In : \_\_\_\_\_. **Clinical Hypertension**, 7th ed., Williams & Wilkins, p. 181-263, 1998.
- KJELLGREN, K. J.; AHLNER, J.; SALJO, R. Taking antihypertensive medication - controlling or co-operating with patients? **Int. J. Cardiol.**, v. 47, n. 3, p. 257-68, Jan. 6, 1995.
- KRAVITZ, R. L.; HAYS, R. D.; SHERBOURNE, C. D. et al. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. **Arch. Intern. Med.** (United States), v. 153, n. 16, p. 1869-78, Aug. 23, 1993.
- LAZARUS, R.; SPARROW, D.; WEISS, S. T. Alcohol intake and insulin levels. **Am. J. Epidemiol.**, v. 145, n. 10, p. 909-16, 1997.
- LINDEN, W.; STOSSEL, C.; MAURICE, J. Psychosocial interventions for patients with coronary artery disease. **Arch. Intern. Med.**, v. 156, p. 745-752, 1996.
- LINFORS, E. W.; NEELSON, F. A. The case for bedside rounds. **N. Engl. J. Med.** v. 303, p. 1230, 1980.
- LION, M. F. Tabagismo e saúde. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 64, n. 6, p. 507-510, 1995.

- LORD, R. S. Informed consent in Australia. **Aust. Nz. J. Surg.**, v. 65, n. 4, p. 224-28, Apr. 1995.
- LOTUFO, P. A.; LOLIO, C. A. de. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil. In : SOUSA, A. G. de M. R. **Socesp Cardiologia**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 327-331.
- LUEPKER, R. V.; Mc GOVERN, P. G.; SPRAFKA, J. M. et al. Unfavorable trends in the detection and treatment of hypertension : The Minnesota Heart Survey {abstract}. **Circulation**, v. 91, p. 938, 1995.
- MACGREGOR, G. A.; SEVER, P. S. Salt over whelming evidence but still no action : Can a consensus be reached with the food industry? **Br. Med. J.**, v. 312, p. 1287-89, 1996.
- MACMAHON, S. W.; NORTON, R. N. Alcohol and hypertension : Implication for prevention and treatment. **Ann. Intern. Med.**, v. 105, p. 124-6, 1986.
- MARKOVITZ, J. H.; MATTHEWS, K. A.; KANNEL, W. B. et al. Psychological predictors of hypertension in the framingham study. Is there tension in hypertension? **Jama**, v. 270, 2439-43, 1993.
- MEISSNER, I.; WHISNANT, J. P.; SHEPS, S. et al. Stroke prevention : Assessment of risk in a community. The SPARC Study, part I : blood pressure trends, treatment and control {abstract}. **Ann. Neurol.**, v.42, p. 433, 1997.
- MEREDITH, P. A. Assessment of long term compliance with antihypertensive therapy { Abstract} **J. Hypertens.**, v.14, p. S223, 1996.
- MONANE, M.; BOHN, R. L.; GURWITZ, J. H. et al. Compliance with antihypertensive therapy among elderly medicaid enrollees : The roles of age, gender, and race. **Am. J. Pub. Health.**, p. 86, p. 1804-08, 1996.
- MONEGO, E. T.; PEIXOTO, M. do R. G.; JARDIM, P. C. B. V. et al. Diferentes terapias no tratamento da obesidade em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 66, n. 6, p. 343-47, 1996.
- NEUTEL, J. M.; SMITH, D. H. G. Metabolic and cardiovascular characteristic of hypertension. **Cardiology Clinics**, v. 13, n. 4, p. 539-47, Nov. 1995.

- NUTTER, D. O.; PAULK, E. A. Medição e registro da pressão sanguínea sistêmica. In : HURST J W et al. **O Coração**. Guanabara Koogan, 3ª ed., tomo I, p. 195-216, 1977.
- NOBRE, F. Hipertensão arterial - conceito e etiopatogenia. In: BARRETTO, A. C. P. **Socesp Cardiologia**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1994, p. 215-227.
- \_\_\_\_\_. Hipertensão Arterial : Tratamento Medicamentoso. In : SOUSA A G de M R. **Socesp Cardiologia**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 343-356.
- ORLAND, M. J. Diabetes Mellitus. In: ORLAND M J. **Manual de Terapêutica Clínica**. Rio de Janeiro : Medsi, 1988, p. 395-421.
- OIGMAN, W. Recomendações Não Farmacológicas coadjuvantes no Tratamento da Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 57, n. 4 : p. 341-46, 1991.
- ORNISH, D.; BROWN, S. E.; SCHERWITZ, L. W. et al Can Life Style Changes Reverse Coronary Artery Disease? **Lancet**, 336 : p. 129-33, 1990.
- PAFFENBARGER, R. S. Jr.; HYDE, R. T.; WING, A. L. et al. A Associação de Alterações no Nível de Atividade Física e Outras Características do Estilo de Vida com Mortalidade entre Homens. In : SCHLANT R C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap Americana, 1994, p. 175-177.
- PEARSON, T. A.; WINSTON, M. Cardiologia Preventiva no Século XXI – Hospital Imogene Basset / Universidade de Columbia, Cooperstone, NY, e American Heart Association, Dallas, Texas. **Compêndio de Cardiologia Preventiva**, n. 4, p. 293-300, Epuc, 1997.
- PEDERSEN, T. R. The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group Randomized Trial of Cholesterol Lowering in 4444 Patients With Coronary Disease : The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S) **Lancet** ; 344 : p. 1383-89, 1994.
- PERLOFF, J. K. **Coração e Circulação - Semiologia**. Rio de Janeiro, Revinter, p. 1-7, 1984.

- PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is Hypertension Managed in the Community ? A Population-Based Survey in a Brazilian City. **Cad Sau Publ**, v. 13, n.4, p. 595-600, Out./Dez., 1997.
- POTTER, J. F.; BEEVERS, D. G. Pressor Effect of Alcohol in Hypertension. **The Lancet**, p. 119-126, Jan. 21, 1984.
- RAMSAY, L. E.; HAQ, I. U.; YEO, W. W. et al. Might non-Pharmacological Treatment disadvantage patients with Hypertension? **J Hum Hypertens**, 1995 ; v. 9, p. 653-657.
- REHM, J. T.; BONDY, S. J.; SEMPOS, C. T. et al. Alcohol Consumption and Coronary Heart Disease Morbidity and Mortality, **Am J Epidemiol**, v. 146, n. 6, p. 495-501, 1997.
- RIBEIRO, A. B.; ZANELLA, M. T.; RAMOS, O. L. Tratamento Farmacológico e Situações Especiais. In : BARRETTO A C P. **Socesp Cardiologia**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1994, p. 232-244.
- ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia, História Natural e Prevenção das Doenças. In: ROUQUAYROL M Z. **Epidemiologia e Saúde**, 4ª ed., Rio de Janeiro : Medsi, p. 7-22, 1994.
- SAGIE, A.; LARSON, M. G.; LEVY, D. The Natural History of Boderline Isolated Systolic Hypertension. **N Engl J Med**, v. 329, n. 26, p. 1912 - 1917, Dec. 1993.
- SALZMAN, C. Medication Compliance in the Elderly. **J Clin Psychiatry**, v. 56, Supl 1, p. 18-22 ; Discussion 23, 1995.
- SANTOS, F. R. G. Atenção Primária em Cardiologia. Aspectos Epidemiológicos e Preventivos. In: GUS I. Primeiro Encontro Gaúcho de Epidemiologia em Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 63, n. 5, p. 423-425, 1994.
- SANTOS, R. D.; NASCIMENTO, L. O. do; MARANHÃO, R. C. et al Avaliação dos Efeitos a Curto Prazo de Programas de Conscientização e de Terapia com Pravastatina em Indivíduos de Alto Risco Para Doença Cardiovascular Provenientes de Consultórios Particulares **Arq Bras Cardiol**, v. 69, n. 4, p. 225-30, 1997.

- SARANO, J. As Dificuldades. In : SARANO J Eds. **O Relacionamento com o Doente : Dificuldades e Perspectivas no Relacionamento entre Terapêutas e Clientes**. São Paulo : Epu, 1978:1.
- SARTO, H. C. Análise dos Fatores de Risco para Doença Arterial Coronária. **JBM**, v. 73, n. 1, p. 19 - 24, jul. 1997.
- SAWICKI, P. T.; MÜHLHAUSER, I.; BENDER, R. et al. – Effects of Smoking on Blood Pressure and Proteinuria in Patients with Diabetic Nephropathy. In : SCHLANT R. C. **The Year Book of Cardiology**. St. Louis : Mosby, 1997, p. 252-254.
- SERRO-AZUL, J. B. de; PAULA, R. S. de. Hipertensão Arterial no Idoso. In : SOUSA A G de M R. **Socesp Cardiologia**. São Paulo : Atheneu, 1996, p. 366-374.
- SINAIKO, A. R.; GOMEZ-MARIN, O.; PRINEAS, R. J. Efeito de uma Dieta Pobre em Sódio ou Suplementação de Potássio na Pressão Arterial do Adolescente. In : SCHLANT R. C. **The Year Book of Cardiology**. São Paulo : Ap Americana, 1994, p. 221-223.
- SISCOVICX, D. S.; FRIED, L.; MITTELMARK, M. et al.- Exercise Intensity and Subclinical Cardiovascular Disease in the Elderly. **Am J Epidemiol**, v. 145, n. 11, p. 977-86, 1997.
- SIXTH JOINT NATIONAL COMMITTEE - 6º RELATÓRIO INTERNACIONAL SOBRE PREVENÇÃO, DETECÇÃO, AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL - **National Institute of Health**, n. 98-4080, p. 1 - 60, Nov. 1997. /
- SMITH D - Compliance Packaging : A Patient Education Tool. **American Pharmacy**, v. 29, n. 2, Fev. 1989, and Medication Management Systems Inc, folheto.
- SOCIEDADE PARANAENSE DE CARDIOLOGIA. DEPARTAMENTO DE CARDIOLOGIA PREVENTIVA - Prevenção do Risco Cardíaco, 1998, folheto.
- SOUSA, A. L. L.; JARDIM, P. C. B. V.; MONEGO, E. T. et al. - Uma Experiência Multiprofissional na Abordagem ao Paciente Hipertenso. **Arq Bras Cardiol**, v. 59, n. 1, p. 31-35, 1992.

- SPENCE, J. D.; SIBBALD, W. J.; CAPE, R. D. Direct, Indirect and Mean Blood pressures in hypertensive patients : The Problem of Cuff Artefact due to Arterial Wall Stiffness, and a partial Solution. **Clin Invest Med**, v. 2, p. 165-173, 1980.
- STEWART M J; GOUGH K; REID M, et al. – “Whitecoat” Hypertention : A Comparison of Detection Using Ambulatory Blood Pressure Monitoring or Home Monitoring of Blood Pressure. **J Hypertens**, v. 14, p. 1507, 1996.
- SYTKOWSKI, P. A.; KANNEL, W. B.; D’AGOSTINO, R. B. Changes in Risk Factors and the Decline in Mortality from Cardiovascular Disease the Framingham Heart Study. **N Engl J Med**, v. 322, p. 1635-41, 1990.
- TITTON, J. A. A Consulta Médica - **Dissertação apresentada ao curso de mestrado em Medicina Interna da UFPR**, p. 35-36. Curitiba, Paraná, 1987.
- TOSCANO, P. R. P.; FEITOSA, G. S. A Relação Médico-Paciente e o Exercício da Moderna Cardiologia. **Cardiosintética**, São Paulo : Lemos Editorial, Fasc. 2, p. 5-7, 1998.
- TRIALS OF HYPERTENTION PREVENTION COLLABORATIVE RESEARCH GROUP. Effects of weight loss and sodium reduction Intervention on Blood Pressure and Hypertention incidence in Overweigh people with High-normal Blood Pressure. The Trials of Hypertention Prevention, Phase II. **Arch Intern Med**, v. 157, p. 657-667, 1997.
- VOLKOV, V. S.; TSUKULIN, A. E.; KOLBASNIKOV, S.V. et al.- The Use of Graded Walking with Hypertension Patients. **Ter Arkh**, v. 66, n. 9, p. 49-51, 1994.
- WEBER, M. A. The Evolving Paradigm of Hypertension. **Cardiology Clinics**, v. 13, n. 4, p. 473-78, Nov. 1995.
- WEINBERGER, M. H; FINEBERG, N. S. Sodium and Volume Sensitivity of Blood Pressure. Age and Pressure Change Over Time, **Hypertension**, v. 18, p. 67-71, 1991.

- WEIR, M. R. Salt Intake and Hypertensive Renal Injury in African-Americans. A Therapeutic Perspective. **Am J Hypertens**, v. 8, n. 6, p. 635-44, Jun. 1995.
- WEISS W. Endocrinologia e Metabolismo. In: HARRISON'S. **Princípios de Medicina Interna**. Lisboa : Mc Graw Hill, 1993, p. 613-616. Compêndio.
- YANO, K.; MCGEE, D.; REED, D. M. The Impact of Evaluated Blood Pressure Upon 10-Year Mortality Among Japanese Men in Hawaii : The Honolulu Heart Program. **J Chron Dis**, v. 36, p. 569, 1983.