

AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL DOS FEIRANTES DE TEIXEIRA DE FREITAS, BA

*Assessment of risk factors of hypertension of the fairgrounds
in Teixeira de Freitas/BA*

Maria Célia Ferreira Danese
FASB | ENSP/Fiocruz

Aélio Duque Silva
COREN

*Artigo recebido e aprovado
em 25 de outubro de 2014*

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) representa grave problema de saúde. Como há uma relação direta do estilo de vida com os fatores de risco para a HAS, este estudo buscou identificar e classificar os níveis pressóricos de trabalhadores em feiras ambulantes, cadastrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de uma cidade do extremo sul da Bahia, para identificar os fatores de risco no estilo de vida do grupo que favoreçam o aparecimento da HAS. O método usado foi de caráter descritivo quantitativo no qual foram abordadas 59 pessoas. Os resultados apontaram fatores de risco para HAS em grande parte do grupo e pressão sanguínea acima dos índices recomendados. Concluiu-se que para o grupo é necessária uma sensibilização para mudança de hábitos de vida em decorrência dos riscos que a HAS pode causar.

Palavras-chave: Hipertensão; Estilo de Vida; Fatores de Risco.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) is a severe health problem. As there is a direct relation with lifestyle and risk factors for SAH, this study sought to understand and classify the pressure levels of workers in traveling fairs, enrolled in a unit of the Family Health Strategy (FHS) of a city of extreme south of Bahia, to identify risk factors in the lifestyle group favor the onset of SAH. The method used had descriptive, quantitative and qualitative character in which 59 people were approached. The results showed risk factors for hypertension in a large part of the group and blood pressure above the recommended rates. Was concluded that is required the group a awareness to change lifestyle habits as a result of the risks that hypertension could cause.

Keywords: Hypertension; Lifestyle; Risk Factors.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis, sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob risco também estão em transformação (OMS,2005).

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerada multifatorial pois está associada a diversos fatores de risco classificados como modificáveis ou não modificáveis. Dentre os riscos modificáveis estão a obesidade, etilismo, tabagismo, sedentarismo, alimentação entre outros, e não modificáveis são o sexo, raça, idade, hereditariedade. É um dos graves problemas de saúde pública pois tem uma alta prevalência e pouco controle sendo um dos principais fatores desencadeantes do acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio.

Denominada doença silenciosa, quando aparecem os sintomas a hipertensão arterial já fez comprometimentos importantes, e em estado avançado causa alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (DBHA, 2010).

A hipertensão arterial é, atualmente, o problema de saúde pública mais comum nos países desenvolvidos sendo considerada problema de saúde mundial por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle.

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial sendo responsável por cerca de 20% de todas as mortes em indivíduos acima de 30 anos. Segundo o Ministério da Saúde, ocorreram 962.931 mortes em indivíduos com mais de 30 anos no ano de 2009. As doenças isquêmicas do coração foram responsáveis por 95.449 mortes e as doenças cerebrovasculares por 97.860 mortes. As causas cardiovasculares atribuíveis a aterosclerose foram responsáveis por 193.309 mortes (MANSUR & FAVARATO, 2012).

A classificação da hipertensão arterial vem se diversificando nas três últimas décadas. É considerada alta, a pressão arterial com níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de pressão sistólica e/ ou 90 mmHg de diastólica, em pelo menos duas aferições subsequentes, obtidas em dias diferentes ou em condição de repouso e ambiente tranquilo em indivíduos que não fazem uso de medicamentos anti-hipertensivo (BRASIL, 2006a).

Em 95% dos casos, a causa da hipertensão arterial sistêmica é desconhecida, sendo chamada de primária ou essencial, quando ocorre aumento da rigidez das paredes arteriais e a herança genética pode contribuir para o aparecimento da doença em 70% dos casos. Nos quadros com início súbito

e grave ou em faixas etárias incomuns (antes dos 30 e após os 50 anos de idade), ausência de história familiar, controle difícil e resistente à terapia medicamentosa, picos tensionais graves e frequentes são sugestivos de causa secundárias de HAS (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde, em consonância com as atuais políticas de promoção e proteção à saúde, tem na Estratégia de Saúde da Família a vinculação do usuário a uma equipe multidisciplinar, que trabalha na perspectiva da integralidade dos cuidados, o que favorece a promoção da saúde, realizações de ações educativas individuais e coletivas, visando maior adesão às ações de controle da pressão arterial e manutenção da qualidade de vida dos usuários e suas famílias (SAITO, 2008).

O cuidado e tratamento das pessoas acometidas pela HAS tem como base imediata mudanças no modo de viver. A equipe de saúde deve orientar o usuário sobre a manutenção da pressão arterial em parâmetros normais, realização de consultas médicas, de enfermagem e de outras especialidades quando necessário, adesão ao tratamento medicamentoso prescrito e mudanças de hábitos de vida (controle de peso, padrão alimentar adequado, redução do consumo de sal, eliminação do fumo, moderação no consumo de bebidas alcoólicas, práticas de exercícios físico sem associação ao trabalho diário, controle do estresse psicossomático, estímulo a atividades educativas e de lazer individuais e em grupo), participação em atividades que melhorem a capacidade mental e a interação social desses indivíduos ao meio social em que vivem. (SOCIEDADES BRASILEIRAS DE CARDIOLOGIA, DE HIPERTENSÃO, DE NEFROLOGIA, 2006.; BRASIL, 2009).

Com o intuito de melhorar o acesso às informações sobre o acompanhamento da população hipertensa no âmbito da atenção básica de saúde foi criado o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), que fornecendo informações sobre o estado de saúde dos usuários permite o planejamento e avaliação de ações de saúde local, melhorando a qualidade de vida e a redução do custo social.

Este estudo buscou conhecer e classificar os níveis pressóricos de trabalhadores em feiras ambulantes, cadastrados em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e identificar os hábitos relacionados aos fatores de risco para hipertensão arterial, em indivíduos com esta patologia.

A escolha desta categoria de trabalhadores se deu pela importância que tem a feira livre para o bairro e região e também pelas peculiaridades dessa população.

O feirante é um trabalhador do mercado informal, geralmente trabalha por conta própria e em família, é comum numa mesma barraca trabalhar pai, mãe, filhos.

As feiras livres são locais muito movimentados e barulhentos. O comércio de ofertas se dá pela garganta do feirante que sempre tem uma rima, um refrão ou paródia para chamar a atenção sobre sua barraca. Esta

profissão é tão antiga quanto a necessidade do homem de troca de produtos para sua sobrevivência.

Segundo Holtz (2009), a origem das feiras e dos feirantes foi um fenômeno natural pela necessidade do homem de se ter um local onde pudesse expor várias mercadorias diferentes para serem trocadas. Com as sobras de uns e faltas de outros iniciou-se o intercâmbio de mercadorias. O comércio das especiarias do oriente, na idade média, estimulou a oficialização das feiras. As autoridades da época ofereciam benefícios aos feirantes em relação aos impostos e a segurança, para que instalassem feiras em suas regiões porque elas provocavam um grande fluxo dos recursos do próprio local.

As feiras livres funcionam no município de São Paulo desde meados do século XVII quando foi oficializado para venda, em 1687, “gêneros da terra, hortaliça e peixe, no Terreiro da Misericórdia” (SÃO PAULO, s/d).

No Brasil as feiras livres estão presentes em todas as cidades, sendo mais do que um local de compras e vendas mas também onde se pode encontrar os amigos e sentir o prazeroso calor do relacionamento humano.

2 METODOLOGIA

O estudo foi embasado nas normas de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa. Para Gil (2006) a pesquisa descritiva se presta para estudar características de grupo: distribuição por idade, sexo, procedência, níveis de escolaridade, etc.

A pesquisa quantitativa primeiramente quantifica os dados para depois analisá-los através de características mais amplas do contexto do problema.

Os dados foram colhidos através de questionário que abordou as características demográficas do grupo, histórico familiar, fatores de risco para HAS, e ao final valores pressóricos mensurados de acordo com as normas de aferição de pressão arterial da VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial (2010).

Os sujeitos da pesquisa foram 59 feirantes ambulantes, usuários cadastrados à Estratégia de Saúde da Família de um bairro de Teixeira de Freitas, Bahia. A primeira etapa do estudo foi o levantamento das fichas A de cadastramento das famílias avaliando os dados idade e ocupação.

Os participantes foram selecionados nos meses de março e abril de 2013, e a amostra final foi de 59 usuários que satisfizeram os critérios de inclusão: feirantes ambulantes, maiores de 20 anos, cadastrados na Unidade de Estratégia da Família e que trabalhavam na mesma área de adscrição da unidade de saúde. Este grupo populacional foi escolhido, por ser a feira livre do bairro um tradicional ponto de comércio ambulante e esta população muitas vezes, em decorrência do trabalho, não procura a unidade de ESF para ações preventivas e de controle da saúde.

Uma segunda seleção foi feita após a aferição dos dados pressóricos e a classificação dos hipertensos.

Os dados coletados foram analisados e agrupados em duas categorias. A primeira apresenta os dados sobre os fatores de risco não modificáveis: sexo, raça, idade, hereditariedade. A segunda categoria apresenta os dados sobre os fatores de risco modificáveis: obesidade, etilismo, tabagismo, sedentarismo, padrão alimentar.

Os dados pressóricos foram avaliados de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (DBHA, 2010) e classificados conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Classificação da pressão arterial segundo os valores da pressão arterial sistólica e da pressão diastólica, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial

Classif. Pressão Arterial	Pressão Arterial Sistólica (mmHg)	Pressão Arterial Diastólica (mmHg)
Ótima	<120	< 80
Normal	<130	< 85
Limítrofe	130 a 139	85 a 89
Estágio 1	140 a 159	90 a 99
Estágio 2	160 a 179	100 a 109
Estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	> 140	< 90

Fonte: VI DBHA (2010, p. 8)

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo estudado composto de 59 feirantes, 33 (55,9%) eram do sexo masculino e 26 (44,1%) do sexo feminino, com idade mínima de 20 anos.

Tabela 2: Distribuição dos feirantes de acordo com gênero e faixa etária

Faixa etária	Homem		Mulher	
	Quantidade	Porcentagem	Quantidade	Porcentagem
20 a 29	3	5,1%	7	11,8%
30 a 39	6	10,2%	6	10,2%
40 a 49	9	15,2%	8	13,6%
50 a 59	7	11,8%	3	5,1%
60 a 69	6	10,2%	2	3,4%
70 ou +	2	3,4%	0	
TOTAL	33	55,9%	26	44,1%

Fonte: Dados primários da pesquisa

Neste universo de 59 indivíduos foram identificados 21 (35,5%) portadores de hipertensão arterial, destes 13 (61,9%) pertenciam ao gênero masculino.

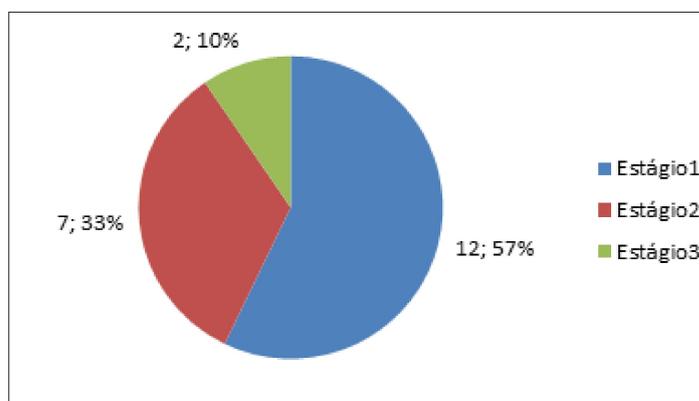
Jardim et al. (2007) em seu estudo sobre hipertensão em pacientes atendidos em um ambulatório universitário encontrou prevalência de HA maior entre homens a partir da faixa etária de 18 a 29 anos aumentando progressivamente naqueles acima de 60 anos.

Em estudos semelhantes, Boaventura e Guandalini (2007) observaram uma maior incidência de HA em participantes do gênero feminino, justificando este dado com a possibilidade de maior disponibilidade de tempo das mulheres para procurar os serviços de saúde.

De acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os 21 hipertensos foram classificados dentro dos estágios 1, 2 e 3. No estágio um foram encontradas 12 pessoas (57,2%), no estágio dois 7 pessoas (33,3%) e no estágio três 2 pessoas (9,5%).

Todos os usuários classificados nos estágios 2 e 3 tinham mais de 40 anos. Segundo Lolio et al. (1993), a HAS tem maior frequência de diagnóstico quanto maior a idade do cliente. O processo demográfico de envelhecimento da população brasileira aumentou a incidência e prevalência de doenças crônico-degenerativas entre elas as cardiovasculares (IBGE, 2011).

Gráfico 1: Classificação dos hipertensos segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial



Fonte: Dados primários da pesquisa

O fator hereditariedade apareceu em 16 sujeitos, correspondendo a 71,6% da população de hipertensos estudada. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de HA (2010, p.3), “A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS.” O risco de desenvolver doença coronariana é alto se tiver familiares próximos que desenvolveram a doença antes dos 55 anos.

A raça ou etnia foi autodefinida pela cor da pele em branca, parda ou mulata, preta ou negra, amarela e indígena, conforme oficialmente usado nos censos demográficos do país (IBGE, 2011). Assim a variável cor da pele apresentou 14 (66,7%) indivíduos da cor parda, 6 (28,5%) da cor preta e 1 (4,8%) da cor branca. A maior incidência da cor parda está relacionada com a forte miscigenação da população baiana.

As principais características socioeconômicas da amostra foram as seguintes: 11 (52,4%) tinham o ensino fundamental incompleto, 7 (33,3%) ensino fundamental completo, 2 (9,5%) tinham cursado o ensino médio e 1 (4,7%) é analfabeto; a renda familiar foi classificada em menor ou igual a um salário mínimo 4 (19,1%), entre dois e três salários mínimos 11 (52,4%) e 6 (28,5%) superior a três salários mínimos. As casas de moradia são de tijolos, com energia elétrica, água encanada e coleta de lixo.

Os fatores de risco modificáveis avaliados foram: obesidade, etilismo, tabagismo, sedentarismo e padrão alimentar. A obesidade foi avaliada de acordo com a classificação do índice de massa corpórea (IMC) preconizado pela OPS/OMS (2009). Todos os sujeitos estavam com algum grau de obesidade: 8 (38,1%) foram classificados como sobrepeso ou pré-obesidade, 9 (42,9%) obesidade grau I e 4 (19%) obesidade grau II. “O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no IMC acarreta maior risco de desenvolver hipertensão” (VI DBHA, 2010. p.2). Quanto ao tabagismo 12 (57,1%) não fumam, 9 (42,9%) fumam ou já fumaram. Os efeitos do tabagismo são maléficos em curto e longo prazo para a saúde, provoca risco aumentado para doença coronariana, sendo importante causa modificável de morte. O tabagismo “colabora para o efeito adverso da terapêutica de redução dos lípides séricos e induz resistências ao efeito de drogas anti-hipertensivas” (CBHA, 1999, p. 268).

O uso de bebida alcoólica é um dado difícil de ser avaliado porque cada um interpreta o “beber socialmente” de maneira diferente, no estudo 8 (38,1%) declararam não fazer uso de nenhuma bebida alcoólica e 13 (61,9%) bebem socialmente.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia preconiza: aos hipertensos do sexo masculino que fazem uso de bebidas alcoólicas é aconselhável que o consumo não ultrapasse 30ml de etanol/dia e, em relação às mulheres e indivíduos de baixo peso a ingestão alcoólica não deve ultrapassar a 15 ml de etanol/dia (CBHA, 1999).

A prática de atividades físicas regularmente reduz a pressão arterial, diminui o peso corporal, tem ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, do abandono do tabagismo e do controle do estresse. É um fator importante na prevenção da hipertensão para os indivíduos normotensos (CBHA, 1999).

A avaliação do grupo apresentou uma característica peculiar, todos afirmaram que trabalhar como feirante já é uma grande atividade física. Além do esforço laboral, 14 (66,6%) praticam atividade física com regularidade.

A atividade física, por definição, pode ser considerada qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética que resulte em aumento do gasto energético como caminhar, lavar roupa, subir escadas, entre outras. Entretanto, para que os benefícios à saúde sejam alcançados há necessidade que essa atividade seja realizada de forma sistemática, regular, gerando estímulo suficiente para melhora do condicionamento cardiovascular (MATOS; MENEGHELO, 2010).

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo na população brasileira. Os seres humanos são preparados para ser fisicamente ativos. A atividade física regular e frequente, além de prevenir o sobrepeso e a obesidade, é também benéfica para a saúde mental e emocional (BRASIL, 2006b).

Os hábitos e práticas alimentares foram avaliados através do número de refeições diárias, tipo de gordura utilizada na preparação das refeições, consumo de sal e massa, quantidade de água ingerida diariamente.

Os feirantes começam seu trabalho pela madrugada com a montagem das barracas, atendem a clientela até 12 horas quando iniciam o processo de desmontagem. Durante suas atividades beliscam muito pois a feira é um local convidativo para quebra de regras alimentares.

Os horários de refeição também não seguem um padrão determinado devido a jornada de trabalho, 7 (33,3%) trazem marmita de casa e almoçam em torno de dez horas da manhã os demais fazem pequenas refeições nos bares e lanchonetes adjacentes do local da feira, só almoçando depois das 14 horas quando retornam à casa.

O número de refeições diárias variou entre duas e cinco, sendo que 10 pessoas (47,6%) disseram fazer quatro refeições/ dia. Todos os pesquisados usam óleo vegetal de soja no preparo dos alimentos apesar de 13 (62%) relatarem predileção pelo consumo de carne gordurosa. O macarrão faz parte da dieta diária juntamente com o feijão e arroz; 3 (14,3%) fazem controle no uso do sal de cozinha e todos bebem menos de dois litros de água por dia.

De acordo com Brasil (2006b) as pessoas devem ingerir no mínimo dois litros de água por dia (seis a oito copos) preferencialmente entre as refeições. Essa quantidade pode variar de acordo com a atividade física e com a temperatura ambiente. Quanto ao sal, um consumo maior que seis gramas por dia é uma causa importante da hipertensão arterial, acidente vascular cerebral e câncer de estômago.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados analisados e discutidos é necessário aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial. Os princípios de acessibilidade e resolubilidade devem

estar garantidos aos hipertensos cadastrados na ESF para que possam ser atendidos na integralidade de suas necessidades.

A consulta médica e/ou de enfermagem e a dispensa de fármacos anti-hipertensivos não garantem o controle nem as possíveis complicações decorrentes da hipertensão arterial. Por ser uma doença multifatorial torna-se necessário orientações voltadas para vários objetivos o que é possível através da atuação de uma equipe multiprofissional.

Apesar do surgimento da HA estar relacionado a fatores de risco não modificáveis- idade, sexo, raça, hereditariedade- a prevenção e o controle da doença podem ser feitos com mudança nos hábitos de vida incluindo alimentação saudável, prática de exercício físico, controle de peso, consumo moderado de bebida alcoólica, o não uso do tabaco. Para que isto aconteça é necessário a implementação da educação em saúde para desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver.

Mudar estilo de vida é uma tarefa difícil e quase sempre é acompanhada de muita resistência, por isso as pessoas não conseguem fazer mudanças significativas e mantê-las por muito tempo.

As ações educativas devem ser realizadas de forma contínua, individual e em grupo. As ações individuais objetivam atender as necessidades específicas de cada cliente, as coletivas visam o grupo operativo, os familiares e a comunidade.

Neste estudo percebeu-se que os fatores de risco modificáveis são os principais agravantes da hipertensão arterial e que o profissional de saúde deve pôr em prática seu papel de educador na condução à adesão às condutas de controle do agravo e preventivas das doenças cardiovasculares e cerebrovasculares.

5 REFERÊNCIAS

BOAVENTURA, G. A.; GUANDALINI, V. R. Prevalência de hipertensão arterial e presença de peso em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de nutrição na cidade de São Carlos-SP. **Alim. Nutr. Araraquara**, v.18, n.4, p.381-385, out./dez.2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica**. Caderno Atenção Básica. Nº 15. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira - Promovendo alimentação saudável**. Brasília: MS; 2006b.

_____. **Hipertensão: um mal que pode ser evitado**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=22837>. Acesso em: 03 ago. 2013.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. SP: Atlas, 2006.
- HOLTZ, M. L. **Alegres feirantes**. 2009. Disponível em: <<http://www.mh.etc.br/blog/relacoes-humanas/os-alegres-feirantes>>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios**. 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40>. Acesso 27 jul. 2013.
- JARDIM, P. C. B. V.; GONDIM, M. R. P.; MONEGO, E. T. et al. Hipertensão arterial e alguns fatores de risco em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol**, v.88, n. 4, p. 452-457, 2006.
- LOLIO, C. A.; PEREIRA, J. C. R.; LOTUFO, P. A.; DE SOUZA, J. M. P. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**. v. 27, n. 5, 1993.
- MANSUR, A. de P.; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo. **Arq. Bras. Cardiologia**. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/2012nah-ead/aop05812.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- MATOS, L. D. N. J.; MENEGHELO, R. S. **Atividade Física**. 2010. Disponível em: <<http://www.knobel.com.br/site/atividade-fisica/>>. Acesso em: 30 jul. 2013.
- OMS - World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: **WHO global report**. Geneva: World Health Organization; 2005.
- OPS - ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en América Latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares** recopilación de normas sobre prevención y control de enfermedades crónicas en américa latina: obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares. Washington, D.C.: OPS, 2009.
- SAITO, R. X. de S. (org). **Integralidade da Atenção: Organização no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. SPo: Martinari, 2008.
- SÃO PAULO. Prefeitura de São Paulo. Coordenação das subprefeituras. Supervisão geral de abastecimento. **História das feiras livres**. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/abastecimento/feiras_livres/historico/index.php?p=6637>. Acesso em: 01 ago. 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, v. 43, n. 4, ago., 1999.
- _____. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/v_diretrizes_brasileira_hipertensao_arterial_2006.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2013.
- _____. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.