

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

LYEN AYALA FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CONHECIMENTOS DOS
FATORES DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. PSF AGROVILA
DEZ, SERRA DO RAMALHO- ESTADO BAHIA**

São Luís
2017

LYEN AYALA FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CONHECIMENTOS DOS
FATORES DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. PSF AGROVILA
DEZ, SERRA DO RAMALHO. ESTADO BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde.

Orientadora: Rafiza de Josianne Mendes do Lago.

São Luís
2017

Fernandez, Lyen Ayala

Projeto de intervenção educativa sobre conhecimentos dos fatores de risco Hipertensão Arterial Sistêmica. PSF Agrovila Dez, Serra do Ramalho - Bahia./Lyen Ayala Fernandez. – São Luís, 2017.

20 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde - PROGRAMA MAIS MÉDICOS, Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, 2017.

1. Hipertensão. 2. Fatores de Risco. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDU 616.12-008.331.1

LYEN AYALA FERNANDEZ

**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA SOBRE CONHECIMENTOS DOS
FATORES DE RISCO HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA. PSF AGROVILA
DEZ, SERRA DO RAMALHO. ESTADO BAHIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica da
Universidade Federal do Maranhão/UNASUS,
para obtenção do título de Especialista em
Atenção Básica em Saúde.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profa. Rafiza de Josiane Mendes do Lago
Mestre em Saúde do Adulto e da Criança
Universidade Federal do Maranhão

2º MEMBRO

3º MEMBRO

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é uma condição multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. São diversos os fatores modificáveis que contribuem para a elevação dos níveis pressóricos, entre os quais se destacam inatividade física, obesidade, consumo excessivo de álcool, tabagismo, estresse, dislipidemias, associação com o diabetes mellitus, e alto teor de sódio na dieta. Este trabalho objetivou elaborar um plano de intervenção a ser executado pela equipe da saúde da família na área de abrangência de Agrovila Dez, município Serra do Ramalho, buscando diminuir os fatores de risco modificáveis dos pacientes hipertensos. A proposta de intervenção aponta ações educativas desenvolvidas pela equipe de saúde da família para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos com mudanças do estilo de vida e, assim, diminuir os riscos de complicações da hipertensão, favorecendo uma melhor qualidade de vida dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão. Fatores de Risco. Educação em saúde.

ABSTRACT

The Systemic arterial hypertension is a multifactorial condition characterized by elevated and sustained blood pressure levels. There are several modifiable factors that contribute to the elevation of pressure levels, among which physical inactivity, obesity, excessive alcohol consumption, smoking, stress, dyslipidemia, association with diabetes mellitus, and high sodium content in the diet. This work Objected to elaborate an intervention plan to be carried out by the family health team in the area covered by Agrovila Dez, Serra do Ramalho municipality, seeking to decrease the modifiable risk factors of hypertensive patients. The intervention proposal indicates educational actions developed by the family health team to increase the level of knowledge of hypertensive patients with changes in lifestyle and thus reduce the risk of complications of hypertension, favoring a better quality of life of hypertensive patients.

Keywords: Hypertension. Risk factors. Health education.

SUMÁRIO

	p.
1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO.....	06
1.1 Título.....	06
1.2 Equipe Executora.....	06
1.3 Parcerias Institucionais.....	06
2 INTRODUÇÃO.....	06
3 JUSTIFICATIVA.....	08
4 OBJETIVOS.....	09
4.1 Geral.....	09
4.2 Específicos.....	09
5 METAS.....	10
6 METODOLOGIA	10
7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES.....	13
8 IMPACTOS ESPERADOS.....	14
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	15
REFERÊNCIAS.....	16

1 IDENTIFICAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

1.1 Título

Projeto de Intervenção Educativa sobre conhecimentos dos fatores de risco hipertensão arterial sistêmica. PSF Agrovila Dez, Serra do Ramalho-Estado Bahia.

1.2 Equipe Executora

- Lyen Ayala Fernandez.
- Rafiza de Josianne Mendes do Lago – Orientadora.

1.3 Parcerias Institucionais

- Secretaria Municipal de saúde de Serra Do Ramalho.
- Núcleo de apoio á família (NASF) do município Serra Do Ramalho.
- Centro de atenção psicossocial de Serra Do Ramalho (CAP).
- Secretaria Municipal de educação de Serra Do Ramalho.

2 INTRODUÇÃO

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito (DM) (WEBER et al., 2014).

Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (FRAGARD; DE CORT, 2010).

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com doença arterial periférica (DAP). (MOZAFFARIAN, 2015). A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE (LIM et al., 2013).

Na Alemanha, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) atinge 55% da população adulta, sendo o país com maior prevalência no continente europeu, seguido da Espanha com 40% e da Itália, com 38% da população maior de 18 anos hipertensa (SHARMA et al., 2004; MARQUEZ et al., 2007; GRANDI et al., 2006).

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

As DCV são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os níveis desejados da pressão arterial poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

Os profissionais da AB têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle da hipertensão arterial. Devem também, ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle à hipertensão (BRASIL, 2013).

3 JUSTIFICATIVA

As DCV são, atualmente, a maior causa de mortes no mundo. Elas foram responsáveis por mais de 17 milhões de óbitos em 2008, dos quais três milhões ocorreram antes dos 60 anos de idade, e grande parte poderia ter sido evitada. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2011).

As taxas de mortalidade têm apresentado redução ao longo dos anos, com exceção das doenças hipertensivas (DH), que aumentou entre 2002 e 2009 e mostrou tendência a redução desde 2010. As taxas de DH no período oscilaram de 39/100.000 habitantes (2000) para 42/100.000 habitantes (GUILMARÃES et al., 2015).

Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHMIDT et al., 2011). Esta doença afeta bilhões de pessoas em todo o mundo e somente na Bahia foi responsável por 19.744 internações hospitalares de janeiro de 2009 a outubro de 2010 (BRASIL, 2010).

A HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, o que reforça a importância do diagnóstico precoce. O diagnóstico não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) da Agrovila Dez pertence ao município de Serra Do Ramalho do estado Bahia, a população em geral se matem da agricultura, benefícios do programa Bolsa família, e aposentadoria. Em termos gerais as pessoas são na maioria carentes de recursos e com poucos estudos. Consta com um registro de 2100 habitantes em total.

Uma das dificuldades no enfrentamento na pratica diária de trabalho na Agrovila Dez constitui o elevado numero de pacientes que procuram o serviço de saúde com níveis pressóricos elevados, os mesmos com abandono dos tratamentos

médicos, inadequações dietéticas, com pouca prática de atividade física, hábito de fumar e consumir bebidas alcoólicas. Isto demonstra que a maioria deles não tem conhecimentos adequados sobre HAS.

Uma observação no resumo de atendimentos mensais demonstrou a alta prevalência da HAS nos pacientes adscritos à UBS Agrovila Dez, sobre outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

É certo que alguns dos profissionais da saúde ficam limitados às práticas médicas burocráticas, ou de escritório, as prescrições medicamentosas, às vezes esquecendo-se de orientar aos pacientes, ensiná-los sobre os cuidados com a doença. A educação em saúde e as mudanças nos estilos de vida dos pacientes com DCNT constitui um dos pilares fundamentais da atenção primária pelo fato da cercania à comunidade, e serem as UBS criadas para o atendimento integral das famílias e os seus integrantes.

Com essa realidade sobre a HAS ao nível mundial, no país, próprio estado, e na área faz-se necessário executar um plano de ação e atuação desde etapas iniciais do diagnóstico da doença, para evitar as complicações e contribuir em melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Executar um plano de ação para aumentar os conhecimentos sobre Hipertensão Arterial Sistêmica dos pacientes da área Agrovila Dez.

4.2 Específicos

- Facilitar a capacitação dos profissionais da equipe de saúde sobre o tema.
- Identificar nos pacientes fatores de risco associados à hipertensão arterial.
- Empreender atividades educativas qualificadas aos pacientes e familiares para mudar estilos de vida inadequados.

5 METAS

- Capacitar a ao 100% dos profissionais da equipe de saúde sobre HAS para promover estilos de vida saudáveis em 1 mês.
- Aperfeiçoar as ações de educação em saúde nos dias de HIPERDIA, utilizando os mídias audiovisuais disponíveis na UBS.
- Avaliar ao 100% dos hipertensos com uma consulta médica no HIPERDIA em 4 meses.
- Desenvolver duas visitas domiciliares ao 100% dos pacientes com HAS em 5 meses.
- Ampliar ao 30% o reconhecimento pelos familiares de hipertensos dos fatores de risco modificáveis da HAS.
- Implantar 2 grupos de educação em saúde na UBS com frequência semanal para conscientizar e promover hábitos e estilos de vida saudáveis ao 100% da população alvo em 5 meses.

6 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção multiprofissional que será desenvolvida na UBS Agrovila Dez do Município Serra Do Ramalho, Estado Bahia, no período compreendido de agosto 2017 a janeiro de 2018.

Proposta direcionada a desenvolver atividades de educação em saúde, aperfeiçoará as ações de saúde no HIPERDIA, atividades de visitas domiciliares o que são diretamente proporcionais a obter benefícios para incrementar a qualidade de vida da população.

Sujeitos: A UBS da Agrovila Dez, do município Serra Do Ramalho consta com 272 pacientes cadastrados como hipertensos, os quais participarão do estudo, quando promover, interiorizar e reflexionar a construção da autonomia pessoal. Familiares também poderão participar.

O projeto será executado no cenário da UBS de Agrovila Dez, do Município Serra Do Ramalho, do Estado Bahia, e na sua área de abrangência, pela equipe, a qual está conformada por enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde. No matricial: CAP e NASF.

ESTRATÉGIAS

Discussão com a equipe de saúde sobre o tema a abordar, facilitação da capacitação dos profissionais, com a literatura cadernos de atenção básica linhas de cuidados da pessoa com DCNT e HAS, será realizada semanalmente, no horário da tarde duração 30 minutos.

DIAGNOSTICO

A participação ativa dos pacientes hipertensos, no processo será importante no sentido que incorporará o sentimento de responsabilidade. Fará esclarecimento de duvidas aos clientes em quanto ao tema a abordar, e o que será feito, para estimulação e facilitação o processo das intervenções.

INTERVENÇÃO:

Após a criação de dois grupos de pacientes, serão realizadas palestras, oficinas, debates e rodas de discussão para abordar os temas a fines, com intervalos semanais e duração de uma hora.

Nestas atividades serão expostos os temas seguintes:

- Mitos e realidades sobre HAS.
- Medidas de PA e como monitorar, sinais de perigo.
- Fatores de risco da doença, uma abordagem geral como preveni-los.
- Medidas de autocontrole e cuidados com a HAS.
- Complicações da enfermidade, como identificar sinais de perigo.

Com o apoio matricial do CAP psiquiatra:

- Abordagem integral sobre tabagismo.
- Abordagem integral sobre alcoolismo.

Com o apoio matricial do NASF fisiatra:

- Importância da atividade física, tipos de exercícios físicos adequados aos pacientes com HA, falar sobre o estresse, dicas e exercícios de alongamento.

Com o apoio matricial do NASF nutricionista:

- Dicas para uma dieta saudável, particularidades da dieta na HA.

Será reforçada a atenção nas atividades do HIPERDIA, voltarão materiais educativos nos médios audiovisuais da UBS sobre HA, para que os pacientes assistirem durante a espera para ser atendidos.

Irá se garantir uma consulta integral ao total de pacientes hipertensos, no dia do HIPERDIA, com frequência semanal, duração de quatro horas, e participação de vinte pacientes a cada seção. Atingirão:

Avaliação integral o estado de saúde.

Estratificação da presença de RCV e FR presentes nos mesmos.

Ouvir e tirar duvida.

Orientar sobre os cuidados cm a PA.

Educar em saúde, dieta, pratica de exercidos físicos, evitar o estresse incentivar no individual a parar de fumar, beber. Estimular á participação das atividades grupais.

Ajustar a medicação.

Serão realizadas duas visitas domiciliares a cada paciente hipertenso, com caraterísticas diferenciadas.

Primeira visita com presença do médico, técnico de enfermagem e agente comunitário da área. Frequência semanal, duração de quatro horas, atingirá quatorze famílias.

Avaliação integral da família.

Exame físico e aferição da PA.

Avaliação laboratorial.

Orientar sobre os cuidados com a PA, educar em saúde quanto possível, incluindo familiares.

Identificar situações de risco vulnerabilidade.

Monitorar adesão ao tratamento medicamentoso, estimular o autocuidado.

Segunda visita domiciliar com o agente comunitário da área com intervalo de duas vezes na semana, na duração de duas horas, atingirá oito famílias:

Identificar situações de risco vulnerabilidade.

Orientar sobre os cuidados com a PA, educar em saúde quanto possível, incluindo familiares. Reforçará sobre a participação nas atividades grupais.

Monitorar adesão ao tratamento medicamentoso, estimular o autocuidado.

Avaliação e Monitoramento:

Ao concluir cada atividade, a participante avaliará as ações, destacando os pontos fortes e frágeis que necessitam melhorar e se realizará o agendamento de atendimento individual para aqueles que não se sentirem seguros em esclarecerem suas dúvidas diante o grupo.

Recursos necessários:

Recursos Materiais: folhas, cartolinas, canetas, lápis, cartilhas, calculadora, notebook e impressora, prontuário dos usuários.

Equipe da UBS Agrovila Dez.

Salão de reuniões do PSF.

Viabilidade:

No PSF Agrovila Dez, contamos com materiais para o desenvolvimento das atividades (canetas, folhas em branco, lápis), o combustível para justificar as atividades de visitas domiciliares será o mesmo usado nas visitas programadas para as famílias, porém não haverá necessidades de custos adicionais com este fim.

Contamos com a aprovação da população e toda a equipe de saúde de participar das atividades propostas pela transcendência positiva que desencadeará a educação em saúde, e as MEV. Temos com o apoio da secretaria de saúde, educação e a prefeitura do município. Pretendemos oferecer ações que ajudem na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, suas famílias e a comunidade; promover a adoção de comportamentos saudáveis relativos aos cuidados com a PA e população em geral.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017	Janeiro 2018
Elaboração do projeto de intervenção	x					
Capacitação dos profissionais da UBS	x					
HIPERDIA, avaliação integral dos pacientes e estratificação de risco.	x	x	x	x		
Programação de visitas domiciliares	x	x	x	x	x	
Atividades educativas	x	x	x	x	x	
Avaliação dos resultados						x
Informe final						x

8 IMPACTOS ESPERADOS

Com a implementação da presente proposta de estudo pretendesse reduzir a incidência de fatores de riscos modificáveis que associados a HAS produzem um detrimento á saúde dos pacientes; aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, familiares, e comunidade sobre HAS e suas consequências; o melhor conhecimento da doença, do que ela implica e seu tratamento constitui uma base primordial para promover, estimular e fortalecer o autocuidado; identificar os principais fatores associados à HAS e trabalhar para seu controle.

Acrescentar a qualificação dos profissionais da saúde da UBS para proporcionar um atendimento qualificado aos hipertensos e familiares, favorece a adesão da equipe de saúde e atores da comunidade na procura de soluções aos problemas de saúde das pessoas.

Ao avaliar integralmente aos pacientes para fazer o diagnostico da situação de saúde individual, com estratificação do RCV para sensibilizar, conscientizar e mudar condições não favoráveis, definir quem precisar das atenções mais especializadas, como tabagistas com alta dependência a nicotina, alcoólatras que não conscientizem para o CAP e obesos mórbidos com o nutricionista, garantir a discussão dos casos complicados com os especialistas, para traçar estratégias voltadas na melhora do status de saúde da população. O acompanhamento nas visitas domiciliares aponta a monitorar o tratamento, educar em saúde desde o seio da família, incluindo os familiares, fortalecendo o autocontrole da enfermidade.

Incrementar a adesão com as parcerias Inter setoriais traz melhoras na qualidade dos serviços oferecidos na UBS, garante maior resolutividade no enfrentamento ao problema; implementa a intervenção dos especialistas integrantes da equipe do NASF e do CAP, que estimulam mais ainda a participação dos pacientes às ofertas das atividades da UBS.

Esperasse contribuir em mediano e longo prazo a diminuir o extra limite de vagas ocupadas por pacientes que acometem ao serviço hospitalário municipal por causa de elevação dos valores da PA. Também em minimizar as consultas com os especialistas que sejam desnecessárias oferecendo prioridades para os que verdadeiramente precisam de tratamentos e condutas a outros níveis de atuação.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS, doença crônico-degenerativa e não transmissível, apresenta alta taxa de prevalência mesmo por falhas na assistência tanto como no controle adequado na atenção básica à saúde. Aprimora um olhar para adoção de políticas e programas para sensibilização, seja na radio local, programas de televisão, campanhas, baseados na prevenção dos fatores de risco e evitar os fatais agravos desta doença.

É imprescindível a capacitação permanente dos profissionais sobre dita enfermidade, por serem os que atuam nos serviços de saúde da AB e que tem atribuições de acompanhar, avaliar, monitorar, tratar, referenciar, e educar em saúde.

A presença dos atores sociais e de grande valor na hora de abordar o trabalho na comunidade, diminuir o aparecimento de complicações da HAS e eliminar FR modificáveis nos pacientes dependem também para seu correto desenvolvimento do estabelecimento de parcerias.

No cenário da Estratégia Saúde da Família (ESF) integrada a AB, joga um papel fundamental o educador em saúde tem participação direta na promoção e prevenção de saúde sobre a base da MEV, através da implementação e pratica de diversas metodologias a fim de manter a estimulação da população alvo e garantir um bom aproveitamento das atividades educativas, favorecendo a interrupção de comportamentos de risco que incidem no surgimento de este problema de saúde e outros efeitos indesejáveis para a saúde.

Baseado na experiência no estudo atual é recomendasse aperfeiçoar as ações de saúde que possam ser desenvolvidas nos dias do HIPERDIA, pois quanto maior qualidade na atenção, melhor serviço de acolhimento, melhoras nas ações individuais de competência de cada membro da equipe, aproveitamento dos meios audiovisuais para educação em saúde, não é somente o paciente o que vai ficar satisfeito, é a comunidade a que agradecerá o desempenho profissional voltado aos cuidados dos pacientes com DCNT.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica Nº 37, Brasília, DF. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Informações de saúde: dados de morbidade**. Brasília: MS; 2010.

FAGARD, R.H.; CORT, P.. Orthostatic hypotension is a more robust predictor of cardiovascular events than nighttime reverse dipping in elderly. **Hypertension**. 2010;56(1):56-61.

GRANDI, A. M. et al. Longitudinal study on hypertension control in primary care: the Insubria study. **American Journal Hypertension**, USA, v. 19, n. 2, p. 140-145, feb. 2006.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. **Doenças e agravos não transmissíveis**. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, diabetes mellitus e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2012. Versão 2.

GUIMARÃES, R.M. et al. Diferenças regionais na transição da mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil, 1980 a 2012. **Rev Panam Salud Publica**. 2015;37(2):83-9.

LIM, S.S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet**. 2012;380(9859):2224-60. Erratum in: **Lancet**. 2013;381(9867):628.

MARQUEZ CONTRERAS, E. et al. Are hypertensive patients managed in primary care well evaluated and controlled? **HICAPstudy Na Med Interna**, USA, v. 24, n. 7, p. 312-316, jul. 2007.

MOZAFFARIAN, D. et al; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics—2015: update a report from the American Heart Association. **Circulation**. 2015;131:e29-e322. Erratum in: **Circulation**. 2016;133(8):e417. **Circulation**. 2015;131(24):e535.

SCALA, L.C.; MAGALHÃES, L.B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SHARMA, A. M. et al. High prevalence and poor control of hypertension in primary care: cross-sectional study. **J. Hypertension**, USA, v. 22, n. 3, p. 479-486, mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Arquivos de Cardiologia**, VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016, p- 1.

WEBER, M.A. et al. Clinical practice guidelines for the management of hypertension in the community: a statement by the American Society of Hypertension and the International Society of Hypertension. **J Hypertens**. 2014;32(1):3-15.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control**. Mendis, S.; Puska, P.; Norrving, B. editors. Geneva: World Health Organization; 2011.