



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

PAULA BORGES SANTOS

HIPERTENSÃO ARTERIAL: EXPERIÊNCIAS DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E  
NÃO MEDICAMENTOSO

SÃO PAULO  
2019

PAULA BORGES SANTOS

HIPERTENSÃO ARTERIAL: EXPERIÊNCIAS DE TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E  
NÃO MEDICAMENTOSO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Especialização em Saúde da  
Família da Universidade Federal de São Paulo  
para obtenção do título de Especialista em  
Saúde da Família

Orientação: PRISCILA GONCALVES JOSEPETTI SANTILI

SÃO PAULO  
2019

## **Resumo**

Trata-se de um Projeto de intervenção com o objetivo de qualificar o acompanhamento do paciente hipertenso em uma ESF, no município de Franca. Atualmente, o acompanhamento destes pacientes ocorre por meio de atendimentos individuais e coletivos. Sendo que o atendimento individual ocorre de forma padronizada, de três em três meses, em discordância com o Modelo de atenção a condições crônicas preconizado. Os atendimentos coletivos acontecem mensalmente, no entanto há baixa adesão dos usuários aos encontros. Neste sentido, há a necessidade de construir linhas de cuidado avançando no sentido da integralidade, buscando o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de complicações, por meio de Projetos Terapêuticos Individualizados que contribuam para a autonomia dos pacientes, seguindo os preceitos da Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS. Os participantes do projeto de intervenção são noventa e sete pacientes hipertensos, convidados a participarem do projeto. Para a estratificação de risco foi utilizada para a escala de Framingham, identificando 23% dos pacientes com alto risco cardiovascular; 36% com médio risco cardiovascular e 41% com baixo risco cardiovascular, norteando as ações e intervenções específicas a serem implementadas para cada nível de gravidade. As ações serão desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, agentes de saúde, recepcionistas e auxiliares de limpeza. Sendo estas voltadas para o acompanhamento longitudinal com foco na promoção de saúde e prevenção de complicações, com atendimentos individuais e coletivos. Espera-se que com a implementação deste Projeto de Intervenção consiga-se qualificar o atendimento aos pacientes hipertensos da referida Unidade de Saúde, melhorias no controle pressórico e perfil lipídico, diminuição da morbimortalidade e das internações por complicações da HAS, redução do número de consultas em pronto-atendimentos e especialidades, fortalecendo o acompanhamento e controle destes pacientes na Atenção Básica.

## **Palavra-chave**

Adesão ao Tratamento. Doença Crônica. Educação em Saúde. Equipe Multiprofissional. Hipertensão.

## **Introdução**

O município de Franca, localizado no interior do Estado de São Paulo, possui população aproximada 337.738 de habitantes, sendo 47.614 pessoas com 60 anos representando 14% da população em 2017. A projeção para 2030 é de que a população idosa aumente para 75.017 e que a população geral do Município de Franca seja de 356.077 (pessoas idosas representarão 21%). Considerando esta perspectiva, Franca aumentará em termos numéricos, 20.513 habitantes e o número absoluto de idosos aumentará em 27.403 indivíduos nos próximos 13 anos (FRANCA, 2018).

O Município de Franca pertence à RRAS 13, que se localiza na Macrorregião Nordeste do Estado de São Paulo e é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto, com 90 municípios agregados em 12 regiões de Saúde, abrangendo uma população de cerca de 3.512.254 habitantes (2017), sendo que a DRS 8 (Franca) possui uma população estimada para 2017 de 683.157 (FRANCA, 2018).

Contamos com vinte Unidades Básicas de Saúde, treze equipes de Saúde da Família, duas UPAs, um Pronto Socorro Municipal, um Hospital psiquiátrico, uma Santa Casa de Misericórdia, dois Hospitais particulares e conveniados, um CAPS, clínicas de recuperação, casas-dia e entidades filantrópicas. A cidade possui saneamento básico e energia elétrica acessíveis a todos os bairros. Praticamente não existem bolsões de miséria.

Atualmente, toda a população tem acesso aos serviços e ações de saúde, no entanto são observadas fragilidades no tratamento longitudinal, como acolhimento, tratamento não medicamentoso e medicamentoso, acompanhamento em vários níveis do sistema de saúde e compensação dos pacientes hipertensos, devido à rotatividade dos profissionais de saúde nas Unidades de Estratégia de saúde da família. Há também a baixa adesão dos pacientes no tratamento proposto.

Este estudo será realizado em uma UBS, no bairro São Sebastião, com a equipe da ESF, que é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. A área de abrangência da ESF corresponde a 792 famílias e 1879 pacientes, sendo que 335 pacientes possuem diagnóstico de HAS. O acompanhamento destes pacientes ocorre por meio de atendimentos individuais e coletivos. O atendimento individual é realizado de forma não padronizada, de três em três meses, em discordância com o Modelo de atenção a condições crônicas. Os atendimentos coletivos ocorrem mensalmente, no entanto há baixa adesão dos usuários aos encontros.

Neste sentido, há a necessidade de construir linhas de cuidado avançando no sentido da integralidade, buscando o diagnóstico precoce, tratamento adequado e prevenção de complicações, por meio de Projetos Terapêuticos Individualizados que contribuam para a autonomia dos pacientes, seguindo os preceitos da Universalidade, Equidade e Integralidade do SUS.

No tocante as Condições Crônicas degenerativas devem ser estabelecidos programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dos pacientes e de suas famílias, melhorando a qualidade de vida dos mesmos. Para incentivar a alta qualidade do cuidado contamos com a comunidade, com a organização do sistema de saúde, o apoio ao autocuidado, a participação da gestão, do sistema de informação e das atividades de

estruturação, capacitação e avaliação. O enfoque deve ser multiprofissional, integral e intersetorial (MALACHIAS et al. 2016).

São de fundamental importância os programas de educação em saúde aos usuários da Atenção Básica. Devem ser identificados os grupos com maior risco de complicações, oferecendo a eles cuidados diferenciados. O apoio Matricial com especialistas e a consulta ampliada, entram como importantes estratégias no acompanhamento das condições crônicas. Devem ser determinados Indicadores de Saúde para o controle da qualidade do tratamento (UNASUS, 2018).

Nosso objeto de estudo será a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), um dos principais problemas de saúde em todo o mundo, principalmente em países desenvolvidos, crescendo junto com a urbanização. Sendo uma condição multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos em valores maiores ou iguais a 140/90 mmHg conforme preconizado pela Diretriz Brasileira de Hipertensão, publicada em 2016.

A HAS geralmente cursa em associação com outras comorbidades e alterações funcionais e/ou estruturais em órgãos alvo. São fatores agravantes e de risco a dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes Mellitus. Também pode se associar a morte súbita, Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo de Miocárdio, Insuficiência cardíaca, Doença Arterial Periférica e Doença Renal Crônica (MALACHIAS et al., 2016).

A HAS é responsável pela alta frequência de internações, cursando com custos socioeconômicos elevados. Sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais comum, até os 50 anos, em homens, sendo que nos anos subsequentes torna-se mais comum em mulheres. Sendo preferencialmente acometidas por pessoas predominantemente de raça negra, em obesos, pessoas com dieta inadequada, uso abusivo de sal, tabagistas, etilistas, sedentários, diabéticos, pessoas com Síndrome Plurimétrica, baixo nível cultural e de escolaridade, baixo nível socioeconômico e em regiões com grande urbanização desorganizada (BRASIL, 2011)

A HAS é a mais freqüente das doenças cardiovascular sendo também o principal fator de risco para complicações como AVC, IAM e doenças renais. Por ser assintomática, na maior parte do seu curso, seu diagnóstico e tratamento são freqüentemente negligenciados e ainda conta com a baixa adesão ao tratamento pelo paciente. A identificação de indivíduos com HAS com maior probabilidade de apresentar complicações cardiovasculares, especialmente AVC e IAM, é fundamental para uma orientação terapêutica mais agressiva. Informar ao paciente sobre os seus fatores de risco pode melhorar a eficiência das medidas não farmacológicas e farmacológicas para redução do risco cardiovascular em 10 anos (OPAS, 2010).

Para diagnosticar a doença hipertensiva devemos aferir a Pressão Arterial em todas as avaliações do paciente, seja pelo médico ou por outros profissionais de saúde. Na primeira avaliação deve-se medir a Pressão Arterial em ambos os braços, sendo que o braço no qual foi registrado o maior valor deve ser adotado o valor como o mais correto. O paciente deve ser investigado quanto a doenças arteriais, no caso de apresentar diferença de pressão arterial, entre os membros superiores, maiores que 200 mmHg para sistólica e 100 mmHg para diastólica. Devem ser realizadas sempre pelo menos três medidas da pressão arterial com intervalo de um minuto entre elas, sendo que a média das duas últimas deve ser

considerada a pressão arterial que corresponde à verdade. No caso de as pressões sistólicas e/ou diastólicas obtidas apresentem diferença maior que quatro mmHg deverão ser realizadas medidas subsequentes, até que se obtenham medidas com menor diferença (MALACHIAS et al, 2016).

Para o controle da HAS devem ser identificados fatores de risco cardiovascular, lesões em órgãos alvo, comorbidades e doenças cardiovasculares. Devem ser diagnosticadas doenças associadas e estratificado o risco cardiovascular. Para atingirmos estes objetivos lançamos mão da abordagem clínica envolvendo a anamnese, exame físico e exames complementares (rotina de sangue, urina, raio x de tórax, eletrocardiograma, teste ergométrico, eco cardiograma, MAPA (medida ambulatorial da pressão arterial), ultra - som de carótidas, ressonância magnética do cérebro e outros). Deve-se buscar o diagnóstico de doenças associadas, as quais pioram muito o prognóstico (OPAS, 2010).

Os determinantes sociais são muito importantes e estão envolvidos no processo de adoecimento, sendo capazes de impactar o controle das doenças crônicas, das desigualdades sociais, das diferenças de acesso a bens e serviços e da baixa escolaridade. Assim como, os fatores de risco modificáveis como obesidade, alimentação inadequada, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo (BRASIL, 2011).

Buscando aperfeiçoar as intervenções nos pacientes com HAS e reduzir as complicações advindas desta patologia, utiliza-se a avaliação de risco cardiovascular nestes pacientes. O Ministério da Saúde (MS) adotou o escore de Framingham para estes casos. A estratificação de risco é de extrema importância para determinarmos o tratamento e o prognóstico de cada paciente, levando-se em conta os valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos alvo e o risco cardiovascular estimado. Estes dados poderão ser obtidos por meio de anamnese, exame físico e exames laboratoriais (ALVIM, 2014; BRASIL, 2006)

O tratamento da HAS é dividido em não medicamentoso e medicamentoso, ambos de suma importância na prevenção de lesões a órgãos alvo e complicações vasculares, reduzindo bastante a morbimortalidade desta doença e a incapacidade, o que reduz bastante os custos e as despesas do SUS. O tratamento não medicamentoso conta com alimentação saudável, redução do consumo de sal, controle da obesidade, redução ou cessação do consumo de bebidas alcoólicas e tabaco, prática de exercícios físicos planejados por profissionais de educação física, abordagem terapêutica multiprofissional, integral e intersetorial (GOMES et al., 2012; MALACHIAS et al., 2018).

Conforme recomendações das Diretrizes de Brasileira de Hipertensão Arterial (2016) o tratamento medicamentoso conta com a orientação do paciente sobre a importância do uso contínuo da medicação, da eventual necessidade de ajuste da dose da mesma, do acréscimo de outras classes de medicações e da probabilidade de efeitos adversos. O medicamento indicado deverá ter a capacidade de reduzir a morbimortalidade cardiovascular, ser eficaz por via oral, ser usado no menor número de tomadas possível por dia, ser iniciado com a menor dose efetiva possível, poder ser usado em associação com outras medicações, ser utilizado por um período mínimo de quatro semanas e ter controle de qualidade em sua produção. Entre as medicações usadas no tratamento e controle podemos citar:

1-Diuréticos(tiazídicos, de alça e poupadores de potássio), com efeito natriurético, reduz o volume extracelular, a resistência vascular periférica e conseqüentemente a

morbimortalidade cardiovascular.

2- Agentes de ação central, atua na HAS por reduzir a atividade simpática e o reflexo dos barorreceptores e resistência vascular periférica, do débito cardíaco, dos níveis plasmáticos de renina, da retenção de fluido. Dentre eles podemos citar a Metildopa, a Clonidina e o minoxidil.

3- Betabloqueadores, provem a redução do débito cardíaco, da secreção de renina e das catecolaminas, levando á vasodilatação. São exemplos de Betabloqueadores o Atenolol, o Propanolol e o Carvedilol.

4- Os Alfabloqueadores, possuem discreto efeito hipotensor através da redução da resistência vascular periférica, com indicação na associação com outros anti-hipertensivos. Podemos citar a Doxazosina e Prazosina.

5- Os Vasodilatadores diretos também atuam na redução da resistência vascular periférica, relaxando assim a musculatura lisa arterial. Dentre eles a Hidralazina e Minoxidil.

6- Bloqueadores de canais de cálcio, são conhecidos por atuar nas membranas celulares com redução de cálcio no interior das mesmas, atuando também na resistência vascular periférica. Anlodipino, Nifedipino, Verapamil e Diltiazem são exemplos de medicamentos dessa classe.

7- Inibidores da enzima conversora da Angiotensina, atuando na indução vasodilatação. Enalapril, Captopril e Lisinopril.

8- Bloqueadores dos receptores da Angiotensina 2, que reduzem as ações vasoconstrictoras. Losartana, Valsartana, candersatana e outros.

9- A Aspirina, utilizada em baixas doses tem demonstrado ser capaz de reduzir a morbimortalidade cardiovascular de pacientes com cardiomiopatia isquêmica em suas manifestações agudas e crônicas e ventos como acidente vascular cerebral e doença vascular periférica, através da redução aterosclerose.

10-Hipolipemiantes são as estatinas, reduzem os níveis séricos de colesterol e os eventos cardiovasculares maiores impactando na mortalidade total, mesmo para aqueles com alterações pouco significativas do perfil lipídico.

11-Vacinação contra a Influenza: há uma associação clinica importante entre a Influenza e a doença aterosclerótica, o que nos leva a crer que esta vacina poderia exercer um efeito protetor importante contra os episódios mais graves, sendo indicada a vacinação de indivíduos com mais de 60 anos e também os indivíduos com doença cardiovascular (MALACHIAS et al, 2016).

O tratamento não medicamentoso se foca na estratégia multidisciplinar e integral adotando-se precocemente as estratégias que deverão ser realizadas tanto neste momento quanto em momentos futuros da vida do paciente, buscando-se a prevenção da HAS e de suas complicações. A participação de outros profissionais como nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física ajuda bastante a realização dos nossos projetos. Na abordagens do tratamento da HAS visaram estabelecer atividades de

promoção à saúde, grupos educativos incentivando e auxiliando na mudança do estilo de vida, evitando fatores de risco e contando com a gestão e os governantes na divulgação deste trabalho, convidando novos indivíduos a participarem destas ações educativas. A assistência destas pessoas pode ser feita de forma individual ou em grupo e separar, de forma criteriosa, as estratégias específicas para cada perfil de risco de acordo com a complexidade e disponibilidade de cada intervenção (UNASUS, 2018).

O mais importante é a avaliação global do paciente quanto ao seu risco cardiovascular, pois através dela é que podemos nos decidir quanto às estratégias a serem adotadas. Fatores de isolados não são importantes na determinação do perfil de risco do paciente (UNASUS, 2018).

A terapia de Cuidados Centrados na pessoa deve ser utilizada em pacientes crônicos, pois cada ser humano é único. Deve-se conversar abertamente, em linguagem clara e sem frases feitas, sobre seu estilo de vida, sua patologia, seu tratamento, seus autocuidados e vários outros assuntos. A consulta deve ser realizada em tempo hábil para cada paciente, devendo ser bastante esclarecedora (geralmente são necessárias consultas adicionais). O tratamento e a estratégia de tratamento devem ser elaborados de acordo com as preferências, habilidades e necessidades de cada paciente, para não se tornar vazio (UNASUS, 2018).

Na tentativa da redução do risco cardiovascular devemos estimular o desenvolvimento do indivíduo em vários aspectos, compartilhando os planos e as decisões sobre seu tratamento, elucidando dúvidas, respeitando a sua cultura e fazendo-o crescer como pessoa. Este estudo torna-se importante por ser a HAS uma condição clínica multifatorial, com alterações estruturais e funcionais em órgãos alvo, ter alta prevalência e baixas taxas de controle, com fatores de risco modificáveis, o que torna seu tratamento e controle possíveis de realizar nos cenários da Atenção Básica, motivação esta para do desenvolvimento do mesmo.



## **Objetivos (Geral e Específicos)**

### **Objetivo geral**

- ♦ Qualificar o acompanhamento do paciente hipertenso em uma ESF, no município de Franca.

### **Objetivos específicos**

- ♦ Identificar o risco cardiovascular dos pacientes com HAS em acompanhamento na ESF (perfil sociodemográfico e dados do atendimento na unidade);
- ♦ Elevar o conhecimento do usuário acerca da HAS e das intervenções preconizadas;
- ♦ Trazer conhecimento para a equipe de saúde sobre a abordagem terapêutica do paciente hipertenso, conforme protocolos;
- ♦ Promover vínculo da equipe de saúde com os usuários;
- ♦ Aperfeiçoar o acompanhamento dos pacientes nos atendimentos individuais e coletivos por meio da estratificação de risco.
- ♦ Promover ações intersetoriais envolvendo usuários, equipe de saúde e comunidade.

## **Método**

O nosso projeto de intervenção será desenvolvido na ESF São Sebastião e terá como público alvo os pacientes hipertensos cadastrados em nossa área de abrangência, que são acompanhados em consultas domiciliares, consultas na UBS e grupos educativos em hipertensão Arterial sistêmica. Tais pacientes serão avaliados pela escala de Framingham, através de informações sobre seu perfil lipídico, tabagismo e presença de diabetes mellitus tipo 2, gênero sexual, idade e pressão arterial média. Serão classificados, então, de acordo com seu risco cardiovascular em 10 anos, em alto, médio e baixo risco, levando a ações e intervenções específicas para cada nível de gravidade.

1. Ações de intensidade baixa: aconselhamento sobre atividade física regular, dieta saudável, abandono do tabagismo, manutenção de peso e cintura nas faixas consideradas saudáveis. Favorecer se necessário, o uso de diuréticos tiazídicos. Vacinação anual contra a Influenza.

2. Ações de intensidade moderada: hábitos de vida saudáveis, uso de álcool com moderação nas refeições, ingestão de fitosteróis (grãos e feijões), medicações contra o tabagismo, antiplaquetários.

3. Ações de intensidade Alta: além das intervenções de intensidade moderada, as intervenções de alta intensidade incluem estatinas, inibidores da ECA. Beta bloqueador para pacientes com cardiopatia isquêmica ou ICC. São sinais de gravidade Diabete mellito, proteinúria e perda da função renal. Em todos os pacientes, de várias intensidades, faz-se a vacina contra a Influenza.

Este Projeto de Intervenção será realizado na UBS São Sebastião, em Franca-SP, com uma equipe Multidisciplinar - médicos, enfermeiros padrões e técnicos, agentes comunitários de saúde, agentes de saúde, recepcionistas e faxineiros.

**Público alvo:**

Foram selecionados 97 pacientes hipertensos moradores na nossa área de abrangência, ou seja, o bairro São Sebastião, e usuários da nossa UBS ou acompanhados em seus domicílios, cadastrados por nossos Agentes Comunitários de Saúde e acolhidos pela nossa equipe, os quais passaram por várias consultas médicas e de enfermagem e responderam a um questionário elaborado pela equipe e possuem registros nos prontuários eletrônicos, com número identificador. As pessoas receberam visitas e telefonemas dos Agentes Comunitários de Saúde, convidando-as a comparecerem na UBS para consultas médicas, resultados de exames complementares e para participarem de grupos educativos. Os pacientes deste estudo foram aqueles que atenderam o nosso chamado e se mostraram animados em participar conosco deste Projeto de Intervenção, sempre orientados sobre a importância deste estudo que nos levará a importante melhoria no atendimento de pacientes hipertensos. As consultas médicas acontecem geralmente de 60 em 60 dias. Espera-se com este Projeto de Intervenção espaçá-las de acordo com o grau de Risco Cardiovascular em 10 anos de cada paciente. Os grupos educativos acontecem com periodicidade mensal.

Os pacientes selecionados são 34% do sexo masculino e 66% do sexo feminino, com

idade média de 65 anos, 60% deles são casados, 20% são viúvos, 11% solteiros e 9% separados; 62% são brancos, 20 % são negros e 18% são pardos. A grande maioria (66%) estudou até o primário, 14% estudou até o ginásio, 10% são analfabetos, 8% completou o ensino médio, um paciente tem curso técnico e um paciente tem curso superior (formado em economia e administração). A renda familiar varia entre um e dois salários mínimos, sendo que 50% são aposentados.

Através do escore de risco cardiovascular em 10 anos, usando-se a escala de Framingham, foram encontrados:

-Alto risco (23% dos pacientes)

-Médio risco (36% dos pacientes)

-Baixo risco (41% dos pacientes)

A evolução longitudinal no acompanhamento faz com que estes pacientes continuem a serem observados ao longo do tempo, condição essencial para a boa qualidade do tratamento.

Com estas ações, através de estratégias e indicadores de saúde, tentamos melhorar a qualidade de vida destas pessoas.

## **Resultados Esperados**

Espera-se que com a implementação deste Projeto de Intervenção consiga-se qualificar o atendimento aos pacientes hipertensos da referida Unidade de Saúde, por meio de ações de acompanhamento, com vistas a prevenção de complicações e promoção da saúde. Dentre as ações, otimizar os atendimentos individuais com a equipe multidisciplinar, com agendamentos dos pacientes em períodos de 06 em 06 meses para risco baixo, de 03 em 03 meses para risco moderado e uma vez por mês para risco alto, pautados nas condutas dos protocolos atuais para cada nível de risco. Busca-se também a implementação de ações coletivas com foco no tratamento não medicamentoso, por meio de educação e orientação em saúde, com o envolvimento da equipe multidisciplinar e apoio da rede integrada e intersetorial no município e área de abrangência da Unidade de Saúde.

Com isso pretende-se que a população portadora de HAS da área de abrangência, apresente melhorias no controle pressórico e perfil lipídico; diminuição da morbimortalidade e das internações por complicações da HAS; redução do número de consultas em pronto-atendimentos e especialidades, fortalecendo o acompanhamento e controle destes pacientes na Atenção Básica. Assim, trazendo melhorias no tratamento e impacto na qualidade de vida dessas pessoas. A qualificação da equipe multidisciplinar envolvida no Projeto de Intervenção deverá ser contínua, por meio dos programas de educação permanente e continuada, já em andamento no município.

## Referências

ALVIM, L. M. A utilização do escore de risco de Framingham para o manejo de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa para subsidiar um projeto de intervenção. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2014. 36f. Disponível: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4879.pdf> em: Acesso em novembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>. Acesso em 28 de dezembro de 2018.

FRANCA. Prefeitura Municipal de Franca. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde. 2018-2021. Disponível em: <[https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com\\_phocadownload&view=file&id=4682:plano-municipal-de-saude-2018-a-2021](https://www.franca.sp.gov.br/index.php?option=com_phocadownload&view=file&id=4682:plano-municipal-de-saude-2018-a-2021)>. Acesso em: 25 de maio de 2017.

GOMES, E. B et al . Fatores de risco cardiovascular em adultos jovens de um município do Nordeste brasileiro. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 65, n. 4, p. 594-600, ago. 2012 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672012000400007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672012000400007&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 24 de novembro de 2018.

MALACHIAS, M. V. B et al . 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Capítulo 3 - Avaliação Clínica e Complementar. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 14-17, sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2016004800014&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004800014&lng=es&nrm=iso)>. Acesso em 28 de dezembro de 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana de saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. 2010. 232 p:il. ISBN 978-85-7967-049-7. 1.

UNASUS/UNIFESP. Especialização em Saúde da Família Modalidade a Distância - Módulo de Casos Complexos - Caso 11 Sérgio. Disponível em [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/casos\\_complexos/Caso\\_11.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Caso_11.pdf). Acessado em 02 de dezembro de 2018.