

SISTEMATIZAÇÃO DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

*SYSTEMATIZATION OF THE TREATMENT OF SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION IN THE
CONTEXT OF BASIC ATTENTION*

Leonardo Henrique Silva¹

Solane Nascimento Rocha²

RESUMO:

O presente trabalho trata sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da atenção básica, sendo a HAS, o problema mais prevalente e que gera mais ônus à população local da UBS Mundo Novo. É imprescindível o fornecimento de um cuidado sistematizado para diminuição da incidência e prevalência da HAS em longo prazo, além da diminuição do índice de complicações e desfechos clínicos desfavoráveis relacionados à condição. A proposta de intervenção presente neste trabalho visa a sistematização do cuidado aos hipertensos e pessoas portadoras de fatores de risco para o desenvolvimento da condição, associando medidas de sistematização do cuidado, seguindo diretrizes clínicas e medidas de educação em saúde. Uma classificação de risco de desenvolvimento de HAS será criada, baseando-se em constatação, nos indivíduos, de fatores de risco importantes para HAS modificáveis e não-modificáveis. O cadastramento de todas as famílias da área adscrita das UBSs, com treinamento dos ACSs para aferição de pressão arterial e plano de cuidado organizado e com apazamentos específicos de consultas agendadas para os indivíduos classificados como de risco para desenvolvimento de HAS e para os hipertensos em si, farão parte do plano de ação para sistematização e controle da hipertensão arterial sistêmica na área adscrita da UBS Mundo Novo.

Descritores: Hipertensão arterial sistêmica; Atenção Básica de Saúde; Sistematização do Cuidado

ABSTRACT:

¹Graduado em Medicina pela UFPI. E-mail: leohenriquecervg@gmail.com

² Orientadora

The present work deals with Systemic Arterial Hypertension in the context of primary care, with SH being the most prevalent problem and the one that places the greatest burden on the local population at UBS Mundo Novo. It is essential to provide systematic care to reduce the incidence and prevalence of SH in the long term, in addition to reducing the rate of complications and unfavorable clinical outcomes related to the condition. The proposal for intervention in this study aims at systematizing care for hypertensive individuals and people with risk factors for the condition, associating care systematization measures following clinical guidelines and health education measures. A risk classification for the development of SH will be created, based on the finding of individuals with important risk factors for modifiable and non-modifiable SH. The re-registering of all families in the area assigned to the UBSs, with training of the ACSs for blood pressure measurement and organized care plan and with specific scheduled appointments for individuals classified as at risk for the development of systemic arterial hypertension and for hypertensive individuals themselves, will be part of the action plan for systematization and control of systemic arterial hypertension in the area assigned to the UBS Mundo Novo.

Keywords: Systemic arterial hypertension; Primary Health Care; Systematization of Care

1. INTRODUÇÃO

Esperantina é um município localizado na região norte do Estado do Piauí e possui uma população de 37767 habitantes. A UBS Mundo Novo, localizada na zona rural ao norte da cidade, atende a cerca de 400 famílias de várias localidades rurais em sua área adscrita e tem a atividade agropecuária de subsistência como principal fonte de renda da população. A área da ESF possui alta prevalência de HAS, contando com 230 hipertensos cadastrados segundo consulta a prontuários do arquivo da UBS.

As doenças do aparelho circulatório são responsáveis por cerca de 17 milhões de mortes por ano no mundo, sendo que mais da metade dessas mortes acontecem em decorrência de complicações da hipertensão arterial sistêmica.[1] A hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica, de etiologia multifatorial associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas,[3] sendo o principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, e também tendo grande importância no desenvolvimento de doenças ateroscleróticas em conjunto com a dislipidemia.[3] O controle dos valores de pressão arterial conforme as diretrizes se faz essencial para diminuir o risco de tais complicações, seja ele realizado através de medidas medicamentosas ou não medicamentosas.[2]

A Estratégia Saúde da Família é o modelo de atenção adotado pela saúde pública brasileira para a prevenção e controle da hipertensão arterial sistêmica. Foi implantada em 2006, para substituir o Programa Saúde da Família, criado em 1994, e vem atuando na prevenção dos agravos às doenças crônicas como a hipertensão em vez de uma abordagem predominantemente, e muitas vezes, meramente, terapêutica.[2] O papel da atenção básica no controle da hipertensão arterial é central e estratégico. No entanto, a realidade brasileira está muito aquém do ideal de controle de doenças crônicas não transmissíveis. Estudos recentes apontam que a prevalência de hipertensão arterial é diretamente proporcional às condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade[1], fatores que associados às populações subdiagnosticadas ou com controle ineficiente de níveis pressóricos tornam o controle dessa doença crônica bastante dificultado, principalmente na região Nordeste, que possui a maior prevalência de hipertensão arterial sistêmica do Brasil. [3] Com base nisso, o presente trabalho buscar promover o rastreamento de casos novos de HAS, estimar a prevalência de HAS na área e realizar medidas para redução da prevalência de HAS na área da UBS Mundo Novo, a médio e longo prazos, é necessário executar medidas assertivas.

2. REVISÃO DE LITERATURA

As doenças do aparelho circulatório matam 17 milhões de pessoas por ano no mundo, sendo que a maioria dessas mortes acontecem em decorrência de complicações da hipertensão arterial sistêmica.[1] Essa doença é responsável por 4 em cada 10 óbitos por doenças cerebrovasculares como acidente vascular encefálico, por um quarto das mortes por doença arterial coronariana e por metade dos casos de insuficiência renal terminal, juntamente com o diabetes mellitus.[8] A prevalência na população brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido, quando consideramos a população adulta.[4] Vários estudos estabelecem com grande precisão que há uma relação direta entre baixa renda e escolaridade com a prevalência de hipertensão arterial sistêmica.

A hipertensão arterial sistêmica é uma doença de etiologia multifatorial, compreendendo aspectos genéticos, ambientais, vasculares, hormonais, renais e neurais e está associada a alterações funcionais, estruturais e metabólicas além de ser o principal fator de risco para complicações como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica, e também possui grande importância no desenvolvimento de doenças ateroscleróticas junto com a dislipidemia.[3]. Dentre os fatores genéticos etiológicos da hipertensão arterial sistêmica, a hereditariedade desempenha papel fundamental no desenvolvimento da hipertensão, portanto, sua origem está relacionada a fatores genéticos e ambientais.[11] Os fatores ambientais influem de forma considerável, visto que mudanças de hábitos alteram o comportamento da pressão arterial.[3] Fatores vasculares como a elevada resistência vascular periférica e a disfunção endotelial e redução da

excreção de sódio e água pelos rins adquiridas pela idade do paciente também contribuem para a etiopatogênese da hipertensão essencial.[11] Entre outros fatores etiológicos importantes podemos citar a obesidade central, dislipidemia e a resistência insulínica que gera hiperinsulinemia se relacionam de maneira direta com altas prevalências de hipertensão arterial sistêmica. [11]

A maioria dos casos de hipertensão arterial se estabelece de maneira insidiosa e progressiva, sem uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. No entanto existe um grupo de condições médicas bem estabelecidas na literatura, que podem causar hipertensão com características iguais ou, na maioria das vezes, diferente do perfil clínico-laboratorial-epidemiológico da hipertensão essencial. [12] Dentre as causas de hipertensão secundária, podemos citar a doença parenquimatosa renal podendo cursar com glomerulopatia, pielonefrite crônica, rins policísticos e nefropatia de refluxo; causas renovasculares como aterosclerose, hiperplasia fibromuscular e poliarterite nodosa; causas endócrinas como acromegalia, hipotireoidismo, hipertireoidismo, hiperparatireoidismo, hiperaldosteronismo primário, síndrome Cushing, hiperplasia adrenal, feocromocitoma, uso de hormônios exógenos; coartação de aorta; hipertensão gestacional; causas neurológicas como aumento de pressão intra-craniana, apneia do sono, quadriplegia, porfiria aguda, disautonomia familiar; estresse agudo como cirurgia, hipoglicemia, queimadura, abstinência alcoólica, pós-parada cardíaca, perioperatório; causas exógenas como abuso de álcool, nicotina, drogas imunossupressoras, intoxicação por metais pesados; e outras causas como insuficiência aórtica, fístula arterio-venosa, tireotoxicose, doença Paget e beribéri(hipertensão sistólica). [4]

Por ser a hipertensão arterial sistêmica uma doença crônica, seu controle requer tratamento contínuo com medidas farmacológicas e não farmacológicas.[8] O controle dos valores de pressão arterial conforme as diretrizes se faz essencial para diminuir o risco de complicações, seja ele realizado através de medidas medicamentosas ou não medicamentosas. [2]

A definição de Hipertensão Arterial Sistêmica se dá quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva, porém, além dos níveis tensionais, devem ser levados em consideração para estabelecimento do diagnóstico e início de tratamento, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. [4] Para a correta avaliação do paciente hipertenso, deve-se realizar uma investigação clínica e laboratorial completa que permita o estabelecimento seguro do diagnóstico e a avaliação da função de órgãos-alvo para a devida e acertada avaliação de seu risco cardiovascular global, com o objetivo de fornecer ao doente um tratamento e acompanhamento adequados. [4] Estudos mostram que a avaliação inicial sobre a presença de fatores de risco e de lesões em órgãos-alvo, conforme preconizado nas diretrizes, não é sistematicamente seguida ou é seguida de maneira incompleta pelos profissionais médicos, incluindo os pacientes que

apresentam elevados níveis tensionais, levando a dificuldades na redução da morbimortalidade pela condição, pois essa avaliação é fundamental para definição do tratamento, e não menos importante, porque possibilita a reversão dos fatores de risco identificados e reduz a chance de complicações e agravamento da doença.[6]

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica tem como objetivo a redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular do paciente, aumentadas em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes e se faz através de duas abordagens terapêuticas: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida e o tratamento medicamentoso. [8] O tratamento não medicamento visa reduzir os níveis pressóricos para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e a 90 mmHg de pressão diastólica.[5] O tratamento não medicamentoso se baseia no controle do peso e a distribuição de gordura, predominantemente localizada no abdome, que estão associados segundo estudos com resistência à insulina e elevação da pressão arterial, sendo, por esses motivos, sendo ideal a manutenção de um índice massa corpórea menor ou igual a 25; [4] adoção de hábitos alimentares saudáveis, com restrição do consumo de sódio e quantidade reduzida de gorduras saturadas e colesterol; [5] redução da ingestão de bebidas alcoólicas que se relacionam a um aumento da prevalência de hipertensão arterial sistêmica, bem como do tabagismo que também relaciona-se a um aumento da prevalência e piora a morbidade da condição; [10]. A prática de atividade física regular também tem benefícios ao paciente hipertenso, pois reduzem os níveis de pressão arterial, e o exercício diminui consideravelmente o risco de doença arterial coronariana e de acidentes vasculares encefálicos e a mortalidade geral além de melhora no controle do peso, mas é importante salientar que a atividade física deve se basear em parâmetros de frequência e duração de pelo menos 30 minutos, intensidade moderada e por pelo menos 5 dias da semana e de forma contínua ou acumulada.[4]

O tratamento com anti-hipertensivos deve ser realizado segundo os critérios clínicos de classificação da doença em estágios e risco cardiovascular em que medidas comportamentais já não são suficientes para o adequado controle tensional.[9] Entre os fármacos mais estudados e que se mostraram benefício em reduzir eventos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais maiores estão os diuréticos, os inibidores dos canais de cálcio, os bloqueadores dos receptores de angiotensina 2 ou inibidores da enzima conversora de angiotensina, os vasodilatadores diretos e os inibidores adrenérgicos, tendo cada classe uma indicação específica, sendo utilizados em monoterapia ou em associações.[4]

São medicações que possuem baixo custo e larga experiência de emprego. Podem ser prescritos em monoterapia inicial, especialmente para pacientes com hipertensão arterial em estágio I que não responderam às medidas não-medicamentosas, porém a monoterapia inicial é ineficaz em 60% dos casos, fazendo-se necessária a implementação de associações medicamentosas.[4]

A hipertensão arterial sistêmica não controlada pode gerar vários desfechos que têm associação direta e, que sem dúvidas, contribuem muito para a morbimortalidade dessa condição crônica. Dentre esses desfechos, podemos citar várias condições, dentre elas a doença arterial coronariana, doença arterial obstrutiva periférica, complicações cérebro vasculares como o acidente vascular encefálico e o acidente isquêmico transitório e a doença renal crônica [2] Além dos fatores de risco amplamente estabelecidos pela comunidade científica que levam ao desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica já citados no corpo desta revisão, a resistência por parte de grupos populacionais a manterem acompanhamento regular de suas condições crônicas, também é epidemiologicamente relevante no contexto do desenvolvimento de complicações associadas a doença. [3]

As estratégias para sistematização do cuidado e controle da hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção primária baseiam-se, sobretudo, no rastreamento e busca ativa dos casos novos e mal controlados de hipertensão arterial sistêmica, classificando os indivíduos com base em fatores de risco importantes para hipertensão arterial sistêmica como idade, fatores nutricionais e consumo frequente de bebidas alcoólicas[3], bem como no risco cardiovascular, calculado através da escala de Framingham, promovendo assim a vinculação e acompanhamento regular destes indivíduos.[5] O cadastramento de todas as famílias da área adscrita das unidades básicas de saúde, com vinculação adequada de pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica, bem como dos usuários portadores de fatores de risco importantes para o desenvolvimento dessa condição crônica devem fazer parte de qualquer plano de cuidado para usuários portadores dessa condição de saúde.[5] Entretanto, percebe-se que, apesar do conhecimento do papel da atenção básica no cuidado aos pacientes hipertensos ser de conhecimentos de todos os profissionais de saúde e gestores de saúde, e das diretrizes vigentes serem de amplo consenso entre os especialistas da área, predomina, no Brasil, a tênue vinculação dos portadores de hipertensão arterial às unidades de saúde. Na maioria das situações, os atendimentos ocorrem de modo não sistemático ou nos serviços de emergência, identificando-se dificuldades da rede em agir baseada em critérios de risco. As equipes dificilmente estão preparadas para atuar de maneira sistemática, e geralmente organizam o atendimento por demanda espontânea em vez de recorrerem à sistematização do trabalho programático e oferecerem os serviços da atenção primária de maneira organizada. O planejamento deficiente e despreparo no monitoramento e na avaliação da efetividade das ações desenvolvidas na atenção básica ficam evidentes quando o trabalho na atenção primária é avaliado.[7]

No nosso país também é alarmante a não adesão ao tratamento, sendo um indicador de problemas na qualidade do processo de cuidado em saúde. Além disso, a adesão ao tratamento é essencial na assistência da equipe de saúde da família ao indivíduo hipertenso, pois apenas com a adesão ao tratamento pelo usuário do sistema de saúde, os profissionais poderão desenvolver intervenções clínicas e educativas que se ajustem às reais necessidades dos usuários.[8] Para poderem

atuar de maneira eficaz, os profissionais da equipe de saúde da família precisam conhecer os pacientes, bem como investigar os motivos pelos quais os hipertensos assistidos não estão seguindo o tratamento, para isso sendo necessários os esforços da equipe de saúde e da população em conjunto. [4]

Em estudo realizado na região Sul do Brasil, evidenciou-se que a não utilização das consultas médicas disponíveis na atenção básica foi maior em indivíduos do sexo masculino, cor da pele não branca e utilização exclusiva dos serviços públicos de saúde.[9] E apontou-se ainda, que aqueles que não utilizam as consultas apresentaram maiores chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso e de estarem com descontrole pressórico. Os resultados mostram que a prática assistencial é diretamente afetada por que o adequado seguimento do paciente pode prevenir o surgimento de agravos e complicações relacionados à hipertensão arterial sistêmica. O estudo também conclui que há uma necessidade de os profissionais de saúde estabelecerem estratégias para estimular a procura e utilização das consultas disponíveis na atenção básica por pessoas com hipertensão arterial sistêmica e que especial atenção seja dada aos indivíduos do sexo masculino.[9]

3. METODOLOGIA

As estratégias para sistematização do cuidado e controle da hipertensão arterial sistêmica no contexto da atenção primária baseiam-se, sobretudo, no rastreamento e busca ativa dos casos novos e mal controlados de hipertensão arterial sistêmica. O presente trabalho busca a realização de medidas como a realização de oficinas de treinamento e capacitação dos agentes comunitários de saúde para realização, por estes profissionais, de aferição de pressão arterial em suas microáreas correspondentes; promoção do cadastramento das famílias da área adscrita da UBS Mundo Novo, identificando os indivíduos portadores de HAS, incluindo os novos casos identificados, e os indivíduos portadores de fatores de risco para o desenvolvimento de HAS, estabelecimento de uma classificação de risco para o desenvolvimento de HAS, levando em conta fatores de risco importantes, sejam eles não-modificáveis como idade maior que 40 anos, portadores de diabetes mellitus e hereditariedade, ou modificáveis como tabagismo, alimentação desbalanceada, sedentarismo, obesidade e consumo frequente de bebidas alcólicas; manutenção do controle pressórico e acompanhamento laboratorial adequados de portadores de HAS e de indivíduos com alto risco para desenvolvimento de HAS conforme classificação já mencionada, na área adscrita da UBS Mundo Novo, através de consultas e/ou visitas domiciliares regulares, e ainda promoção de medidas de educação em saúde, estimulando hábitos de vida saudáveis e conscientizando a população sobre a importância do controle das morbidades crônicas.

4. PLANO OPERATIVO

O planejamento de estratégias que visem a melhorias na qualidade da assistência aos usuários hipertensos deve priorizar a informação, apoio e monitoramento constante para melhorar a adesão do usuário ao tratamento, possibilitando a realização de consultas agendadas com aprazamentos adequados para os indivíduos classificados como de risco para desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica e para os hipertensos em si, que, por sua vez, geram diminuição da prevalência de desfechos cardiovasculares, cerebrovasculares ou renais associados à hipertensão arterial e por consequência, aumentando a qualidade de vida dos pacientes. [8] A educação em saúde é fundamental na viabilização da promoção da saúde na atenção básica no Brasil.

A saúde deve ser encarada de maneira integral e multidisciplinar com participação ativa dos usuários do sistema de saúde, tornando-se usuários conscientes de sua condição e, portanto, capazes de discernir sobre o benefício de hábitos saudáveis e adesão aos tratamentos prescritos por equipe multidisciplinar. Portanto, a educação em saúde é uma ferramenta essencial no controle e tratamento dessa importante morbidade, contribuindo de maneira decisiva para a diminuição da prevalência de desfechos cardiovasculares, cerebrovasculares e renovasculares associados a hipertensão arterial sistêmica. [2] De forma detalhada, podemos elaborar a seguinte **Planilha de Intervenção**, a partir das ideias já apresentadas nesse tópico:

Situação Problema	Objetivos	Metas/ Prazos	Ações/ Estratégias	Responsáveis
Não capacitação dos ACSs para aferição de PA em residentes de sua microárea.	Capacitar os ACSs para aferição de PA.	Capacitar os ACSs em 2 meses.	Realizar oficinas de treinamento e capacitação com os agentes comunitários de saúde para realização, por estes profissionais, de aferição de pressão arterial em suas microáreas correspondentes.	Médico, enfermeira e técnica de enfermagem.
Cadastramento defasado e ineficiente de hipertensos da área adscrita da UBS.	Promover o recadastramento dos indivíduos hipertensos e portadores de fatores de risco para desenvolvimento de HAS.	Recadastrar todas os hipertensos em 6 meses.	Promover o recadastramento das famílias da área adscrita da UBS Mundo Novo, identificando os indivíduos portadores de HAS, incluindo os novos casos identificados, e os indivíduos portadores de fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.	ACSs, médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

Falta de um cadastramento específico de pessoas que possuem condições ou hábitos que se configuram como fatores de risco para o desenvolvimento de HAS.	Estabelecer uma classificação de risco para o desenvolvimento de HAS.	Estabelecer uma classificação de risco para o desenvolvimento de HAS em 3 meses.	- Estabelecer uma classificação de risco para o desenvolvimento de HAS, levando em conta fatores de risco importantes, sejam eles não-modificáveis como idade maior que 40 anos, portadores de diabetes mellitus e hereditariedade, ou modificáveis como tabagismo, alimentação desbalanceada, sedentarismo, obesidade e consumo frequente de bebidas alcoólicas.	Médico.
Acompanhamento clínico e laboratorial irregular de hipertensos e pessoas com alto risco para desenvolvimento de HAS na UBS.	Promover o acompanhamento regular de hipertensos e pessoas com alto risco para desenvolvimento de HAS na UBS.	Promover o acompanhamento regular de hipertensos e pessoas com alto risco para desenvolvimento de HAS na UBS em 3 meses.	Manter controle pressórico e acompanhamento laboratorial adequados de portadores de HAS e de indivíduos com alto risco para desenvolvimento de HAS conforme classificação já mencionada, na área adscrita da UBS Mundo Novo, através de consultas e/ou visitas domiciliares regulares conforme diretrizes clínicas.	Médico, enfermeira e técnica de enfermagem.
Não conscientização da população sobre os aspectos básicos da HAS e seus agravos.	Promover medidas de educação em saúde, estimulando hábitos de vida saudáveis e conscientizando a população sobre a importância do controle das	Promover medidas de educação em saúde em 3 meses e reduzir prevalência de HAS a longo prazo.	Promover medidas de educação em saúde, estimulando hábitos de vida saudáveis e conscientizando a população sobre a importância do controle das morbidades crônicas através de palestras e campanhas sobre o tema, bem como atividades coletivas com os pacientes na UBS, todos os dias, antes do atendimento ambulatorial.	Médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

	morbidades crônicas.			
--	-------------------------	--	--	--

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica no contexto da atenção básica é um problema que é comum no Brasil no nível de atenção básica em saúde, principalmente em áreas distantes de grandes centros metropolitanos: a ineficiência e, por vezes, inexistência de uma sistematização do cuidado no tratamento dos hipertensos e pessoas que possuem fatores de risco para o desenvolvimento da condição. Poucas são as UBSs que possuem cadastro de porcentagem suficiente de portadores de HAS em seus respectivos territórios de atuação. Dificilmente nesses casos há “screening” e busca ativa de novos casos por parte das equipes da atenção primária, bem como inexistem ou existem de maneira deficiente, medidas de promoção de saúde para esse grupo. Outro fato que faz parte dessa realidade, é o fato de que raramente os hipertensos são acompanhados com bases em diretrizes clínicas vigentes, o que contribui significativamente para a falta de sistematização do cuidado e para o alto índice de desfechos clínicos negativos por controle ineficiente da HAS. Portanto, o cuidado continuado e o fornecimento de uma assistência satisfatória ao hipertenso na rede pública, principalmente na atenção básica, ainda se configura como um desafio para profissionais de saúde e gestores. A sistematização desse cuidado e a adoção de práticas integrativas que contemplem uma visão holística do paciente hipertenso, e principalmente, que se apoie nas diretrizes clínicas vigentes sobre o tema, tornaram-se necessárias e urgentes para redução dos agravos associados à doença, cujos números soam alarmantes. Sensível a estas aspirações, este projeto de intervenção busca dar sua contribuição neste sentido e melhorar esse cenário, tão comum no interior do nordeste.

6. REFERÊNCIAS

1. LOBO LAC et al. **TENDÊNCIA TEMPORAL DA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL**. Cad. Saúde Pública 2017; 33(6):e00035316.
2. VASCONCELOS M. I. O., FARIAS Q. L. T., NASCIMENTO F. G., CAVALCANTE A. S. P., MIRA Q. L. M., QUEIROZ M. V. O. **EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA ANÁLISE DAS AÇÕES COM HIPERTENSOS**. Rev. APS. 2017 abr/jun; 20(2): 253 - 262.
3. SILVA, E.C. ET AL. **Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados em homens e mulheres residentes em municípios da Amazônia Legal**. REV BRAS EPIDEMIOL JAN-MAR 2016; 19(1): 38-51.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica – nº 15. 2006.
5. RABETTI AC, FREITAS SFT. **Eficiência de ações em hipertensão**. Rev. Saúde Pública. 2011;45(2):258-68.
6. LIMA SML et al. **DIRETRIZES CLÍNICAS E RESULTADOS NA ATENÇÃO BÁSICA À HIPERTENSÃO**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(9):2001-2011, set, 2009.
7. SOUSA LB et al. **Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil**. Arq Bras Cardiol 2006; 87: 496-503.
8. REINERS AAO, OLIVEIRA DA, SEABRA FMC, AZEVEDO RCS, SUDRÉ MRS, DUARTE SJH. **Adesão ao tratamento de hipertensos da atenção básica**. Cienc Cuid Saúde 2012 Jul/Set; 11(3):581-587.
9. BARRETO MS et al. **Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial**. Ciência & Saúde Coletiva, 23(3):795-804, 2018.

10. SARNO F, BITTENCOURT CA, OLIVEIRA AS. **Perfil de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus de unidades de Atenção Primária à Saúde.** Einstein (São Paulo). 2020;18:1-6.
11. NOBRE F, COELHO EB, LOPES PC, GELEILETE TJM. **Hipertensão arterial sistêmica primária.** Medicina (Ribeirão Preto) 2013;46(3)::256-72.
12. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. **Hipertensão arterial sistêmica secundária.** Rev Bras Hipertens vol.17(1):44-51, 2010.