



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Ormeu Almeida Campos

Ações de saúde para melhorar a qualidade de vida de
usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da
Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Bela Vista,
Guarapari-ES

Florianópolis, Março de 2023

Ormeu Almeida Campos

Ações de saúde para melhorar a qualidade de vida de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Bela Vista, Guarapari-ES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Ormeu Almeida Campos

Ações de saúde para melhorar a qualidade de vida de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) da Unidade Básica de Saúde (UBS) no bairro Bela Vista, Guarapari-ES

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A comunidade de Bela Vista, é composta por pessoas de diversas classes econômicas, tendo áreas mais remotas em que vivem um grande número de pessoas. Neste locais percebe-se que as casas tem prior estrutura com grande quantidade de pessoas por residência, sendo comum adultos, idosos, jovens e crianças compartilham cômodos. Estas regiões mais precárias tem problemas sociais e estruturais como a falta de saneamento básico, ruas sem pavimentação, ausência de áreas de lazer, baixa renda e escolaridade. Por outro lado alguns locais do território esse problemas não estão presentes, tendo melhor acesso a renda, estrutura urbana adequada, além de serem próximas a escolas, farmácia e supermercados. A partir do diagnóstico a realidade constatou-se que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais problemas na população adscrita, principalmente em relação a dificuldade de controle da pressão e adesão as recomendações do tratamento. Mediante a isso esse plano de ação tem como objetivo auxiliar no controle da HAS em usuários hipertensos para prevenção de complicações e diminuição das filas de espera nas especialidades em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guarapari/ES. O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido em três frentes de trabalho: Momento 1 - Ações educativas na UBS; Momento 2 - Grupos de hipertensos; Momento 3 - Palestras educativas. As atividades serão realizadas entre os meses de outubro e dezembro de 2020, integrando os profissionais que compoem a equipe da UBS, bem como a comunidade que constitui a população adscrita em espaços disponíveis na UBS e comunidade. Com a implementação dessas atividades espera-se diminuir consideravelmente os casos de HAS descompensados, levando uma diminuição de encaminhamentos a especialidade e melhorando a qualidade de vida da população, bem como melhorar o acompanhamento dessa população.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Controle, Hipertensão, Uso de Medicamentos

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) em que será desenvolvido este projeto de intervenção está localizada na região metropolitana de Vitória no bairro Bela Vista, município de Guarapari, Espírito Santo, que compõem a Região Sudeste do Brasil. A população do município conta com cerca de 124.000 habitantes, sendo a principal cidade turística do estado. O termo "guarapari" é de origem indígena onde "guara" e "parim" se refere a arma utilizada pelos povos indígenas locais para a caça do animal Guará, que era muito comum na região. Com o tempo passou-se a adotar o nome "Guarapari" no lugar de "Guarapirim", pois o primeiro era mais utilizado. Destaca-se a culinária da região baseadas em frutos do mar com pratos como a moqueca capixaba e a torta capixaba (IBGE, 2017).

A comunidade de Bela Vista, é composta por pessoas de diversas classes econômicas, tendo áreas mais remotas em que vivem um grande número de pessoas. Neste locais percebe-se que as casas tem prior estrutura com grande quantidade de pessoas por residência, sendo comum adultos, idosos, jovens e crianças compartilham cômodos. Estas regiões mais precárias tem problemas sociais e estruturais como a falta de saneamento básico, ruas sem pavimentação, ausência de áreas de lazer, baixa renda e escolaridade. Por outro lado alguns locais do território esse problemas não estão presentes, tendo melhor acesso a renda, estrutura urbana adequada, além de serem próximas a escolas, farmácia e supermercados.

A população acompanhada na UBS é de 10.000 usuários, com 14% crianças de 0 a 9 anos, 17% adolescentes de 10 a 19 anos, 56% adultos de 20 a 59 anos e 13% idosos 60 anos ou mais. As queixas mais frequentes na população e fazem com que a população busque os serviços de saúde são: vertigens, mialgia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), sendo as duas últimas as mais relevantes.

Os usuários com HAS descompensada apresentam uma das principais demandas da comunidade, sendo perceptível o aumento do número de hipertensos e a dificuldade dos usuários com HAS para aderir ao tratamento. Além disso, a desinformação da população usuária do sistema sobre as formas de prevenção e controle, bem como as causas e fatores de risco relacionados a HAS contribuem para a manutenção e agravamento deste contexto. Isso faz com haja agravamento dos quadros de saúde, produzindo um aumento de encaminhamentos para especialidades em outro níveis de atenção (ENGELA et al., 2018).

Mediante a isso, e pela possibilidade de ação na Atenção Primária à Saúde (APS), pode-se constatar que os usuários com HAS descompensadas, apresentam maior tendência a sofrer Síndromes Coronarianas Agudas (SCA) de maneira abrupta, sendo que os hábitos de vida, como prática de atividade física e perfil alimentar e nutricional, apresentam-se como os principais agravantes desta situação. Sendo assim, entende-se a necessidade de

atuar sobre esta problemática, promovendo um processo de educação permanente que mobilize para o desenvolvimento de ações estratégicas que propiciem uma melhor qualidade de vida dos usuários com HAS, com base nas necessidades identificadas na comunidade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Construir um plano de ação para auxiliar no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em usuários hipertensos para prevenção de complicações e diminuição das filas de espera nas especialidades em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guarapari/ES.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar do conhecimento dos pacientes sobre a HAS e seus fatores de risco.
- Criar grupos de HAS, orientação sobre as principais complicações e riscos para HAS descompensados.
- Realizar ciclo de oficinas educativas para auxiliar no controle da HAS.

3 Revisão da Literatura

No final do século 19, Mohamed descreveu a síndrome arterial hipertensiva. Em 1881, Riva-Rocci criou o primeiro esfigmomanômetro e em 1906, Korotkoff tornou prática a medida de pressão arterial. Em 1914, Volhard descreveu as síndromes de hipertensão maligna e benigna. Goldblatt, em 1934, descreveu a hipertensão renovascular e, em 1939, Page e Braun Menendez descobrem a angiotensina; Cohn, em 1955, descreveu o hiperaldosteronismo e, em 1959, ficou clara a inter-relação entre angiotensina e aldosterona. Em 1939, a “American Heart Association” e a “Society of Great Britain and Ireland” padronizaram os métodos de determinação da pressão arterial (RAMOS, 2018).

Em 1949, criou-se o “Council for High Pressure Research”, concentrando a pesquisa sofisticada em hipertensão. As pesquisas conduziram à descoberta dos receptores simpáticos específicos, dos canais de cálcio, dos canais de potássio, dos inibidores do sistema renina-angiotensina e, finalmente, estão surgindo as primeiras conquistas através da biologia molecular. No que concerne à história da terapêutica da hipertensão arterial, salienta-se que, em 1876, Ambard descobriu que os hipertensos excretavam menos cloreto pela urina, e, em 1922, Allen padronizou o tratamento da hipertensão utilizando dietas pobres em sal (RAMOS, 2018).

A partir disso, surgiram dúvidas se baixar a pressão seria benéfico ou maléfico para os pacientes hipertensos. Van Slyke demonstrou que a baixa da pressão utilizando tiocianeto de potássio não diminuía a depuração renal, uma vez que havia um mecanismo de auto-regulação da circulação a esse órgão. As drogas existentes até a década de 1940 eram realmente muito pouco efetivas no que se refere ao controle da pressão arterial, constituindo-se, fundamentalmente, da mistura, em proporções diversas, de papaverina, aminofilina e barbitúricos leves administrados por via oral (RAMOS, 2018).

Atualmente, conhecida popularmente como Pressão Alta (PA), a hipertensão arterial é a elevação dos níveis de pressão sanguínea nas artérias. A pressão arterial é considerada alta quando atinge valores acima de 120/80 mmHg. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial (PA). Considerando-se valores de pressão arterial maiores ou iguais a 140/90mmHg. Além disso, deve-se investigar as lesões de órgão-alvo (LOA) e as doenças associadas a hipertensão. Destaca-se que a PA deve ser medida por médicos ou outros profissionais capacitados em toda avaliação. Na população adulta em geral recomenda-se a medição pelo menos 1 vez a cada 2 anos para os com PA inferior a 120/80 mmHg, um vez por ano os que apresentem PA maior que 120/80 mmHg e menor que 140/90 mmHg (BORTOLOTTI, 2013).

A hipertensão tem como principais fatores de risco a idade, o sexo, a etnia, o excesso de peso corporal, a ingestão excessiva de sal, a ingestão excessiva de álcool, o

sedentarismo, os fatores socioeconômicos e genéticos. Destaca-se que é uma doença silenciosa, pois não apresenta sintomas específicos e apesar do fácil acesso a equipamentos de medição de pressão, o diagnóstico e as orientações de tratamento devem ser sempre feitos pelo médico, que é habilitado para identificar o grau da hipertensão e outros fatores associados que devem ser considerados para tratar as alterações de pressão (MALACHIAS et al., 2016).

Quando não tratada ou tratada de forma inadequada, a hipertensão pode trazer sérios riscos à saúde, afetando órgãos importantes como cérebro, coração e rim e causando doenças como insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal. Por isso, o controle dos níveis de pressão arterial e a adoção de hábitos de vida saudáveis como alimentação adequada e saudável, exercícios físicos regulares, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool, são fundamentais para sua prevenção e controle, bem como para a manutenção da saúde em geral (MALACHIAS et al., 2016).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 600 milhões de pessoas são acometidos pela hipertensão, com estimativa de crescimento global de 60% dos casos até 2025. No mundo, estima-se que cerca de 7,1 milhões de mortes anuais são causadas devido a HAS (WHO, 2011). Além dos custos humanos, esta doença é responsável pelo aumento dos custos dos sistemas de saúde e dos indivíduos, apresentando um impacto socioeconômico relevante (OMS, 2002). A hipertensão aumenta a chance de Doença Arterial Coronariana (DAC) de doenças como insuficiência cardíaca, doença vascular encefálica, insuficiência renal crônica e de óbito (MALACHIAS et al., 2016).

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), feita pela Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2013, mensurou os dados da hipertensão em todo Brasil. Nela foi identificado que 21,4% da população acima de 18 anos estão acometidos pela hipertensão, sendo que entre as mulheres, há um número maior com hipertensão (24,2%), enquanto entre os homens apenas 18,3% têm esse diagnóstico. Além disso, percebe-se que o diagnóstico de hipertensão aumenta com a idade: entre 30 e 59 anos (17,8%); entre 60 e 64 anos (44,4%); entre 65 e 74 anos (52,7%); de 75 em diante (55%) (BRASIL, 2013b). Outro dado do Brasil, de 2017, é disponibilizado pelo Sistema de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), adotando questionários autorreferidos, apontou que prevalência de hipertensão atinge aproximadamente 1 em cada 4 pessoas da população adulta (BRASIL, 2017b).

A hipertensão apresenta três aspectos centrais, a saber: prevalência, tendo 22,3% a 43,9% da população adulta e ser responsável por uma parcela relevante dos atendimentos na atenção primária; transcendência, a hipertensão é um dos principais fatores de risco do infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e outros agravos, inclusive morte, bem como sua forma silenciosa de desenvolvimento; e vulnerabilidade, de fácil tratamento e controle no âmbito da APS, sendo que 50 a 80% dos casos se resolve na atenção primária, apesar dos problemas de adesão (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Apesar de sua gravidade, sendo reconhecida como um relevante problema de saúde pública, apresenta baixo controle no Brasil ocasionando custo médico-social, principalmente por suas complicações. No contexto internacional, a média europeia de controle da HAS na AP é de 8%. Os EUA entre 1988-2008 duplicaram o percentual de controle (27,3% vs. 53,5%) e o Canadá quintuplicou entre 1992-2009 (13,2% vs. 64,6%), refletindo importantes avanços na sua detecção e tratamento⁷. O Canadá, seguido de Cuba, apresenta os melhores indicadores no tocante à prevalência (22% e 20% respectivamente da população em geral e 50% na > de 50 anos), ao diagnóstico (87% – 78%), tratamento (82% – 61%) e controle (66% – 40%) (DANTAS; RONCALLI, 2019).

Devido sua alta prevalência na população mundial e brasileira, muitas políticas públicas foram e são destinadas para a prevenção, controle e tratamento da HAS. Destaca-se que existem nessa seara planos e programas relacionados ao controle da HAS e das doenças crônicas em geral por parte do Ministério da Saúde. Destaca-se a organização da vigilância para as doenças crônicas para reconhecimento da distribuição, magnitude e tendência dessas doenças e agravos, bem como seus fatores de risco para apoiar ações de promoção da saúde. As principais políticas públicas neste contexto são: a Políticas de Promoção da Saúde, o Programa Academia da Saúde, as Ações de enfrentamento do tabagismo, o Guia de Alimentar para a População Brasileira.

Além dessas políticas, a principal ação voltada para a HAS são o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, elaborado pelo Ministério da Saúde, com articulação com outros ministérios, instituições de ensino e pesquisa e outras instituições da saúde e terceiro setor com o objetivo de promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco e fortalecer os serviços de saúde voltados para cuidados crônicos. O plano enfoca ações para quatro principais grupos de doenças: cardiovasculares, cânceres, respiratórias crônicas e diabetes, bem como seus fatores de risco em comum modificáveis como o tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade (BRASIL, 2011). Além disso, o Ministério da Saúde publicou no ano de 2013 o Caderno de Atenção Básica 37, que organiza e traz as principais orientações para cuidado das pessoas com HAS na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2013a).

A ampliação da APS e atuação com territórios definidos e população adscrita possibilitou a consolidação das ações de promoção, vigilância em saúde, prevenção e assistência e acompanhamento longitudinal dos usuários, central para qualificação do tratamento das pessoas com DCNT. A APS configura-se como o contato preferencial do usuário com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à sua saúde, de suas famílias e da população. Por isso deve ser orientada pelos princípios do primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, abordagem familiar e enfoque comunitário (BRASIL, 2017a).

Por seu contexto organizacional a APS se destaca com três funções essenciais: resolutividade, através da qual lhe cabe, a partir da sua capacidade cognitiva e intelectual, a resolução de 85% dos problemas de saúde pública da população; comunicação, pela qual responsabiliza-se pela referência e contra referência das pessoas, dos produtos e das informações geradas pelos diversos componentes da rede; e a responsabilização, que compreende a vinculação com a população adscrita a partir da organização territorial, da gestão e da responsabilidade sanitária e financeira. Todavia, mesmo com o fortalecimento da APS, as internações por agravos, que sob a ação da Atenção Primária à Saúde (APS) poderiam ser controlados, continuam ocorrendo, a exemplo da hipertensão (BRASIL, 2017a).

Para se conseguir alcançar o controle dos níveis pressóricos de usuários hipertensos é necessário um maior empenho por parte dos profissionais da APS, sob a forma de trabalho em equipe, por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, utilizando tecnologias de alta complexidade e baixa densidade. Destaca-se que operacionalizar e fazer a APS ser efetiva como eixo organizador do sistema de saúde é um desafio para todos, gestores e profissionais, em virtude das distintas formas de disputa de interesse e compreensão das formas de gerir o sistema e colocar o usuário como centro do processo de atenção à saúde (SANTOS et al., 2019).

Sabe-se que a Estratégia de Saúde da Família (ESF), através das suas ações e formas de organizar o processo de trabalho, deve realizar o acompanhamento das pessoas com hipertensão através das consultas mensais, por profissional médico ou enfermeiro, com aferição do peso, pressão arterial, orientações e prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, promovendo assim o monitoramento e avaliação da evolução do tratamento instituído.

4 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Guarapari/ES com o intuito de avaliar os estudos que os índices de controle da hipertensão arterial em nosso meio apresentaram-se de forma bastante distinta. O controle da hipertensão arterial é resultado de um sistema complexo que envolve aspectos biológicos, socioeconômicos, culturais e de estrutura sanitária. A heterogeneidade da população brasileira torna imperativa a ampliação do conhecimento do controle da hipertensão arterial e seus determinantes nas diferentes regiões brasileiras

Para o desenvolvimento das atividades propostas nos objetivos deste trabalho serão realizadas três frentes de trabalhos, integrando os profissionais que compoem a equipe da UBS, bem como a comunidade que constitui a população adscrita. Estas atividades serão realizada entre o mês de outubro a dezembro de 2020 e em espaços disponíveis na UBS e comunidade. Acompanhe a seguir a descrição de cada um desses momento

Momento 1

Serão realizadas ações educativas UBS (reunião), semanalmente, orientando os usuários sobre a hipertensao arterial e seus riscos. Essa reunião tera a participação do médico, enfemeira e equipe do NASF. faremos um café da manha educativo. Os pacientes serão avisados da reuniao pelos seus respectivos agentes de saude.

Exemplo: Para a realização das ações educativas serão construídas apresentações sobre HAS abordando os principais sinais e sintomas, mostrando a distribuição na comunidades, principais fatores de risco, formas de prevenção e manejo. Além disso, serão desenvolvidos materiais impressos com orientações sobre alimentação, atividade física e uso adequado de medicamentos, promover o acesso dos hipertensos aos serviços. Palestras nas escolas, para conscientização desde a infância. Pactuação de maiores números de exames e consultas especializadas; Capacitação dos profissionais de saúde.

Momento 2

Serão construídos grupos de hipertensos, com frequência semanal, em conjunto com médico e enfermeiro. A população alvo destes grupos serão os usuários com HAS com dificuldade de aderir o tratamento.

Momento 3

Serão realizadas palestras educativas, com frequência semanal, com participação do médico e do enfermeiro voltadas para a prevenção da HAS na comunidade. As palestras serão divulgadas através dos ACS, cartazes nas UBS. Os temas serão definidos em conjunto com o NASF, equipe multidisciplinar. Será apresentada na UBS, na sala de reunião com retroprojeter com ajuda de imagnes para ficar mais expicado e interativo

5 Resultados Esperados

Os usuários com HAS descompensada apresentam uma das principais demandas da comunidade, sendo perceptível o aumento do número de hipertensos e a dificuldade dos usuários com HAS para aderir ao tratamento. Além disso, a desinformação da população usuária do sistema sobre as formas de prevenção e controle, bem como as causas e fatores de risco relacionados a HAS contribuem para a manutenção e agravamento deste contexto. Isso faz com haja agravamento dos quadros de saúde, produzindo um aumento de encaminhamentos para especialidades em outros níveis de atenção (ENGELA et al., 2018).

Mediante a isso, com a implementação deste projeto de intervenção na comunidade, por meio dos grupos, espera-se diminuir consideravelmente os casos de HAS descompensados, levando a uma diminuição de encaminhamentos a especialidade e melhorando a qualidade de vida da população. Além disso, espera-se com a implementação e aplicação do plano operativo favorecer um melhor e mais sistematizado acompanhamento dos pacientes hipertensos na população adscrita, melhorando a qualidade de vida desse grupo populacional.

Referências

- BORTOLOTTO, L. A. *BASES FISIOPATOLOGICAS*. SAO PAULO: ATHENEU, 2013. Citado na página 13.
- BRASIL, . *PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT) NO BRASIL, 2011- 2022*. 2011. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/sites/sisapidoso.icict.fiocruz.br/files/plano_acao_dcnt_julho.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 15.
- BRASIL, . *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: Hipertensão arterial sistêmica*. 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hipertensao_arterial_sistemica_cab37.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 15.
- BRASIL, . *Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. 2013. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 14.
- BRASIL, . *Política Nacional de Atenção Básica*. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, . *VIGILÂNCIA DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CRÔNICAS POR INQUÉRITO TELEFÔNICO*. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2017_vigilancia_fatores_riscos.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 14.
- DANTAS, R. C. de O.; RONCALLI, A. G. Protocolo para indivíduos hipertensos assistidos na atenção básica em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 24, n. 1, p. 295–306, 2019. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 15.
- ENGELA, M. H. T. et al. Uso das tecnologias em saúde na atenção básica às pessoas em condições de hipertensão arterial sistêmica. *Journal of Research: Fundamental Care Online*, v. 10, n. 1, p. 75–84, 2018. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 19.
- IBGE, I. B. de Geografia e E. *Cidades:: Guarapari*. 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/guarapari/panorama>>. Acesso em: 29 Mai. 2020. Citado na página 9.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. *7ª DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL*. São Paulo: REVISTA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016. Citado na página 14.
- OMS, O. M. da S. *Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting*. 2002. Disponível em: <http://www.who.int/cardiovascular_diseases/media/en/635.pdf>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 14.
- RAMOS, O. *ASPECTOS HISTÓRICOS DA HIPERTENSÃO: Histórico do tratamento da hipertensão arterial*. 2018. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/5-4/aspectos.pdf>>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 13.

SANTOS, F. G. T. dos et al. Enfoque familiar e comunitário da atenção primária à saúde a pessoas com hipertensão arterial. *Saúde debate*, v. 43, n. 121, p. 489–502, 2019. Citado na página 16.

WHO, W. H. O. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*: 2010. 2011. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/>. Acesso em: 26 Jul. 2020. Citado na página 14.