



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

João Carlos Zanetti Sacilotto

Abordagem Multiprofissional na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Município de Quevedos-RS

Florianópolis, Março de 2023

João Carlos Zanetti Sacilotto

Abordagem Multiprofissional na Hipertensão Arterial Sistêmica
(HAS) no Município de Quevedos-RS

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: Thays Berger Conceição
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

João Carlos Zanetti Sacilotto

Abordagem Multiprofissional na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) no Município de Quevedos-RS

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

Thays Berger Conceição
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública e contribui, direta e indiretamente, para a ocorrência da metade dos óbitos por doenças cardiovasculares em nosso país. Esta doença apresenta alta morbimortalidade e suas complicações decorrentes geram impactos consideráveis na diminuição da expectativa e da qualidade de vida. Desta forma, fez-se necessário a construção desta abordagem multiprofissional, a partir da alta demanda de casos de HAS no município de Quevedos, no Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Prestar orientações médicas na perspectiva de qualificar a atenção básica, definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de HAS e suporte médico para a tomada de decisão clínica na Unidade básica de Saúde (UBS), juntamente com a equipe multiprofissional, de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador desta enfermidade, garantindo assim, a resolutividade prevista. **Metodologia:** Inicialmente, juntamente com a equipe multiprofissional, pretende-se pactuar os termos de trabalho para esse projeto. De início os ACS serão responsáveis pelo levantamento dos usuários acometidos pela HAS. Em consultas médicas será realizada avaliação do grau de risco (baixo, médio e alto) dos indivíduos, que se necessário será acompanhado pela equipe que planejará um projeto terapêutico singular para seu caso. **Resultados:** Pretende-se prestar orientações médicas na perspectiva de qualificar a atenção básica, definindo critérios para a estratificação de risco de portadores de HAS e suporte médico para a tomada de decisão clínica na Unidade básica de Saúde (UBS), juntamente com a equipe multiprofissional, de forma a fortalecer e qualificar o cuidado ao indivíduo portador desta enfermidade, garantindo assim, a resolutividade prevista.

Palavras-chave: Educação a Distância, Hipertensão, Pré

Sumário

| | | |
|-----|------------------------------------|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | Objetivo Geral | 13 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 13 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 4 | METODOLOGIA | 17 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 21 |
| | REFERÊNCIAS | 23 |

1 Introdução

O município de Quevedos, no Rio Grande do sul (RS), emancipou-se do município mãe, Júlio de Castilhos, em 20 de março de 1992. Sua população é formada por descendentes de portugueses e de imigrantes alemães e italianos, chegados a partir do século XVIII. Possui uma população de 2.710 habitantes, e também uma população sazonal de aproximadamente 1000 habitantes, estes residindo na cidade a trabalho, pois estão sendo construídas três usinas hidroelétricas, são trabalhadores em sua grande maioria, vindo do norte e nordeste do Brasil.

A área total do município é de 543,36 km². O perfil demográfico de habitantes por sexo é de 1.447 masculino e 1.263 feminino, totalizando 2.710 habitantes. A maior parte da população concentra-se na área urbana (69%) em relação a área rural (31%).

O valor bruto da produção do município de Quevedos é de R\$ 60.152.000,00, sendo 52,88% do setor primário, 3,88% do comércio e 43,23% da indústria e serviço. A soja representou 48,09% do total do produto interno bruto (PIB), o fumo 2,66%, o milho 2,17%, o feijão 0,64% e o trigo 1,52% (QUEVEDOS, 2018).

Como vimos o cultivo de soja representa maior porção do PIB, essa prática ocorre na parte norte do município caracterizados por propriedades grandes de produção em larga escala e também exploração da pecuária de corte extensiva. Na parte Sul predominam micro e pequenos estabelecimentos rurais de cultivo familiar.

O abastecimento de água é realizado por um sistema de captação, através de 17 poços tubulares profundos, sendo 4 poços localizados na sede do município e 13 nas demais localidades. Em cada um desses poços a água é captada e armazenada em reservatórios, onde recebe o tratamento de cloração e posterior distribuição para a população, através de rede de canalização.

A rede de saneamento básico no município para coletas e tratamento de esgoto é precária. Atualmente, na zona rural, verifica-se que 60% dos esgotos são destinados a vala de infiltração (sumidouro) e 30% destinados ao tratamento primário (fossa séptica) que vertem para rede fluvial. A destinação inadequada dos dejetos somada a falta de tratamento gera problemas de mal cheiro e proliferação de vetores. Na zona urbana é utilizado o sistema de esgotamento de fossas, realizado pela prefeitura, e os dejetos são descartados em uma área aberta no horto municipal.

Referente a atenção primária à saúde (APS) o município se estrutura em uma equipe de estratégia saúde da família (ESF), constituída por um clínico geral, um médico comunitário, um enfermeiro, cinco técnicos de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde (ACS), dois odontólogos, dois auxiliares de consultório dentário, um farmacêutico, um psicólogo, uma nutricionista, uma fonoaudióloga, uma fisioterapeuta, um ginecologista, dois agentes administrativos, três auxiliares de serviços gerais e quatro motoristas. Esta

equipe atende a 100% do território do município.

As políticas e programas implantados são: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB); Política da Saúde da Criança e do Adolescente, sendo trabalhado o Programa Primeira Infância Melhor (PIM), Programa Saúde na Escola; Política da Saúde da Mulher e do Homem; Política Nacional de Saúde Mental; Política de Saúde Bucal; Política de Controle de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/AIDS; Política de Alimentação e Nutrição sendo apoiado pelo Programa Bolsa Família; Política de Educação Permanente; Política de Humanização; Política Nacional de Saúde do Trabalhador; e Política Nacional de Promoção da Saúde sendo trabalhado as doenças e vigilância dos agravos não transmissíveis (DANT) que incluem o Programa Academia de Saúde, o Programa Controle do Tabagismo e atenção a hanseníase, tuberculose, hipertensos, diabéticos. O município conta com a Rede Cegonha e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Algumas ações de atenção em saúde são realizadas de forma intersetorial, são elas: combate à dengue com mutirões de visitas e orientações; participação do desfile cívico de farroupilha com temas pertinentes a promoção da saúde; e "Saúde Perto de Você", nos deslocamos com equipe e unidade móvel odontológica, para comunidades do interior levando atendimentos e serviços à população em parceria com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).

O acesso aos serviços de saúde da ESF é extremamente organizado através de agendamentos de consultas e atendimentos de urgências, visto que somos a única ESF da cidade e não existe serviços de saúde privados. Os atendimentos agendados dos profissionais se dão até as 17h, após este horário existe um regime de plantão com um enfermeiro ou um técnico de enfermagem para atendimentos de emergência.

De acordo com os dados dos prontuários os usuários procuram o serviço de saúde para tratar principalmente, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), problemas psicológicos (ansiedade e depressão), problemas musculares e articulares, acidentes de trabalho, problemas respiratórios e problemas gastrointestinais.

Sabemos que hoje em dia a HAS acomete cerca de 35% da população brasileira de 40 anos ou mais, segundo dados do MS, no Brasil morrem por dia 388 pessoas por hipertensão. Sabemos que esta doença em 90% dos casos é de herança genética, mas também existem vários outros fatores de risco que propiciam a elevação da PA, entre eles estão o tabagismo, consumo de bebida alcoólica, obesidade, sedentarismo, estresse, consumo indiscriminado de sódio e altos níveis de colesterol. Geralmente é uma doença crônica assintomática, o que dificulta muitas vezes a descoberta na fase inicial da doença, pois seus sintomas costumam se manifestar somente quando a pressão arterial está muito elevada, podendo ocorrer dor no peito, dor de cabeça, tontura, visão embaçada, sangramento nasal, fraqueza e zumbido no ouvido.

Sendo assim a HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações de um AVC e infarto do miocárdio. No

Brasil são 17 milhões de portadores de HAS e este número está em uma escala crescente e cada vez mais precoce, estima-se que 4% das crianças e adolescentes já sejam portadores da mesma.

Vistos os prejuízos que essa doença causa, o número expressivo de pessoas acometidas no Brasil e por ser uma das principais queixas de saúde dos residentes no município de Quevedos pretendemos trabalhar a atenção e promoção da saúde das pessoas com HAS, a fim de melhorarmos a qualidade da atenção e alcançarmos o controle adequado dos níveis pressóricos de nossos usuários e melhor qualidade de vida.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Pactuar com a população alvo um plano de ação para promover a saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar levantamento, juntamente com a equipe multiprofissional, das principais demandas de saúde dos usuários com HAS.
- Avaliar o grau de risco, baixo, médio e alto, dos usuários com HAS.
- Realizar com a equipe Projeto Terapêutico Singular dos usuários com HAS.

3 Revisão da Literatura

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevados níveis pressóricos sistólico e diastólico, que acontece quando os valores das pressões máxima e mínima são iguais ou ultrapassam os 140/90mmHg. Com isso, o aumento da Pressão Arterial (PA) faz com que o coração tenha que exercer uma sobrecarga de esforço maior do que o normal para que o sangue seja distribuído corretamente pelo corpo. Essa comorbidade associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvos, como o coração, rins, vasos sanguíneos, encéfalo e também às alterações metabólicas, como aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais ([CARDIOLOGIA, 2010](#)).

A HAS é um grave problema de saúde pública no mundo. No Brasil constituem a principal causa de morbimortalidade da população, sua prevalência varia entre 22% a 44% para adultos, obtendo uma média de 32%, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos de idade ([CARDIOLOGIA, 2010](#)).

Não há uma causa única para essas doenças, mas vários fatores de risco que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. O fator idade tem relação direta e linear. Entre as pessoas idosas, a HAS é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nesta faixa etária ([BRASIL, 2007](#)). É um fator determinante de morbidade e mortalidade, mas quando adequadamente controlada, reduz significativamente as limitações funcionais e a incapacidade nos idosos, por isso é importante que não seja considerada uma consequência normal do envelhecimento.

Entre os gêneros, a prevalência é semelhante ou ligeiramente maior nos homens do que em mulheres. Revisão sistemática quantitativa que abrangeu 44 estudos em 35 países, no período de 2003 a 2008, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,2% em mulheres ([CARDIOLOGIA, 2010](#)).

A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida, porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para prever o risco individual de se desenvolver esta comorbidade. Os fatores de risco cardiovasculares frequentemente se apresentam de forma agregada, a predisposição genética e os fatores ambientais tendem a contribuir para essa combinação em famílias com estilo de vida pouco saudável ([BRANDÃO et al., 2010](#)).

Em relação a cor da pele, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas ([BRANDÃO et al., 2010](#)). Não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens (BRANDÃO et al., 2004). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, incremento de 2,4 kg/m² no Índice da Massa Corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (BRASIL, 2013).

A ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA. A população brasileira apresenta um padrão alimentar rico em sal, açúcar e gorduras. Em contrapartida, em populações com dieta pobre em sal, como índios brasileiros, não foram encontrados casos de HAS (BRASIL, 2013)

A ingestão de álcool por períodos prolongados e o sedentarismo podem estar associados a elevados níveis de PA e de mortalidade cardiovascular em geral (BRASIL, 2013). A influência do nível socioeconômico na ocorrência de HAS é complexa e difícil de ser estabelecida, no Brasil é mais prevalente entre indivíduos com menor escolaridade (BRANDÃO et al., 2010).

A mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75mmHg de forma linear, contínua e independente. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas ao aumento da PA, sendo 54% por Acidente Vascular Encefálico (AVE) e 47% por Doença Isquêmica do Coração (DIC), em sua maioria nos países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 a 69 anos de idade (BRANDÃO et al., 2010).

No Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) têm sido a principal causa de morte. Em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório. Entre 1990 a 2006, observou-se uma tendência lenta e constante de redução das taxas de mortalidade cardiovascular (CARDIOLOGIA, 2010).

Infelizmente a HAS é uma doença de difícil controle. No Brasil, 14 estudos populacionais realizados nos últimos quinze anos com 14.783 indivíduos (PA menor de 140/90mmHg) revelaram baixos níveis de controle da PA (19,6%) (PEREIRA et al., 2009).

Deve-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos fatores de risco, também os níveis tensionais, o risco cardiovascular global, a presença de lesões nos órgãos-alvos e as comorbidades associadas.

Sabemos que a HAS é uma enfermidade multisistêmica e multifatorial que necessita que a pessoa se adapte à cronicidade da doença para controle e reversão. As mudanças que devem ocorrer são a redução do peso corporal, a dieta hipossódica e balanceada, o aumento da ingestão de frutas e verduras, a redução de bebidas alcoólicas, a realização de exercícios físicos, a cessação/atenuação do tabagismo e a redução da gordura saturada, estes hábitos podem trazer inúmeros benefícios e até chegar a dispensar a terapia farmacológica (HARBON, 2002). Assim a promoção à saúde é fundamental para controle deste agravo e as ações direcionadas à educação em saúde podem fomentar uma melhora na qualidade de vida.

4 Metodologia

O levantamento de dados foi realizado através de uma conversa com toda a equipe multiprofissional, incluindo, médicos clínicos, enfermeira, nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga, técnicas de enfermagem, assistente social e também ACS. Foi acordado em consenso geral de toda a equipe, que iremos trabalhar com uma ficha investigativa, esta será repassada as ACS, que irão preencher com os nossos usuários durante as visitas domiciliares.

Ficha Investigativa

*Nome do usuário: _____

*Data de Nascimento: ____/____/_____*Dia da coleta de dados:
____/____/____

*Sexo: () masculino () feminino

* Condição Socioeconômica: () muito baixa () baixa () média () alta

*Grau de escolaridade: _____

*HISTÓRICO:

() tabagista;

() sedentário;

() hipertenso

() obesidade (peso: _____ altura: _____)

() histórico familiar de evento cardiovascular (parentesco): _____

() Dificuldade respiratória

() sintomas de depressão / ansiedade / pânico: Quais: _____

() etilista, qual o consumo de álcool: _____

*DOENÇAS ASSOCIADAS:

() DM

() AVC

() IAM

() AIT

() HEV

() nefropatia

() aneurisma de aorta abdominal

() estenose de carótida sintomática

() outras / Quais: _____

*MEDICACÕES EM USO: _____

Descrição de sua alimentação habitual diária: _____

Os dados obtidos através da ficha investigativa serão repassados para a equipe, que irá avaliar o grau de risco para HAS. Quando o grau estará em nível médio e alto, o paciente

será chamado para uma avaliação na unidade básica de saúde (UBS), através de uma consulta médica.

Primeiramente irá passar no acolhimento para realizar a verificação dos sinais vitais (medição da PA, FC) e também verificação da qualidade da sua alimentação e atividades de vida diárias (AVDs). Após isso, será encaminhado a consulta com o médico clínico geral. O objetivo desta consulta, inclui identificar outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), avaliar presença de lesões em órgãos-alvos (LOA) e considerar a hipótese de hipertensão secundária ou outra situação clínica para encaminhamento à consulta em outro nível de atenção. Também será de fundamental importância, investigar a sua história (anamnese), realizar exames físicos e exames laboratoriais, que contribuirão para o diagnóstico, a avaliação de risco para DCV e a decisão terapêutica.

Quando houver a necessidade de outra forma de intervenção, geralmente nos casos de risco alto, entraremos com um tratamento multiprofissional, incluindo o medicamentoso, a reeducação alimentar e também a verificação da melhor forma de atividade física para cada caso, sendo estas respectivamente, orientadas por uma nutricionista e por um fisioterapeuta de nossa UBS.

A consulta com o médico, será realizada uma vez no mês, ao final de cada mês, realizaremos uma reunião com nossa equipe para reavaliação dos casos graves, verificando os resultados obtidos e analisando se há necessidade de alterações no tipo de intervenção do tratamento realizado.

O acompanhamento de indivíduos com HAS deve ser realizado prioritariamente na UBS, feito por profissionais de saúde que atuam de forma integrada e multiprofissional, através de abordagem da avaliação de risco cardiovascular, medidas preventivas primárias, tratamento dos casos diagnosticados, incentivando a continuidade do acompanhamento por meio de consultas periódicas, atividades educativas que promovam o autocuidado, entre outros, sendo fundamental o registro das informações no prontuário eletrônico.

Iremos utilizar para realizar a estratificação, o escore de Framingham, podendo ser realizado pelo médico ou enfermeira da UBS para que sejam definidos os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade do acompanhamento das pessoas com HAS pela equipe. Será realizada a coleta de informações sobre os fatores de risco prévios que influenciam na estratificação:

Não há necessidade de calcular o escore, se o usuário apresentar um fator de risco baixo/intermediário, pois ele é considerado como baixo RCV. Se apresentar ao menos um fator de alto risco cardiovascular (RCV), também não há necessidade de calcular o escore, pois esse paciente já é considerado como alto risco. O cálculo será realizado quando o usuário apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário. A partir disso, se estabelece uma pontuação e com estes números, obtém-se o risco percentual de evento cardiovascular em dez anos para homens e mulheres.

Escore de Framingham

| BAIXO RISCO/INTERMEDIÁRIO | ALTO RISCO |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> *tabagismo *hipertensão *obesidade *sedentarismo *sexo masculino *história familiar de evento cardiovascular prematuro (homens <55 anos e mulheres <65 anos) *idade >65 anos | <ul style="list-style-type: none"> *acidente vascular cerebral (AVC) prévio *infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio *lesão periférica – lesão de órgão-alvo (LOA) *ataque isquêmico transitório (AIT) *hipertrofia de ventrículo esquerdo (HVE) *nefropatia *retinopatia *aneurisma de aorta abdominal *estenose de carótida sintomática *diabetes mellitus |

| RISCO | CLASSIFICAÇÃO E CONDUTA | PARÂMETRO DE PERÍODO |
|---------------|--|----------------------|
| BAIXO | Quando existir menos de 10% de chances de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe poderá ser anual após orientá-los sobre estilo de vida saudável. | 40% dos hipertensos |
| INTERMEDIÁRIO | Quando existir 10% a 20% de chances de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe para risco intermediário poderá ser semestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e se desejo da pessoa, encaminhamento para ações coletivas de educação em saúde. | 35% dos hipertensos |
| ALTO | Quando houver mais de 20% de chances de um evento cardiovascular ocorrer em dez anos ou houver presença de lesão de órgãos-alvo, tais como IAM, AVC/AIT, hipertrofia ventricular esquerda, retinopatia e nefropatia. O seguimento dos indivíduos com PA limítrofe de alto risco poderá ser trimestral após orientações sobre estilo de vida saudável e, se disponível na UBS ou comunidade e, se desejo da pessoa, encaminhamento para ações de educação em saúde coletivas. | 25% dos hipertensos |

5 Resultados Esperados

Nossos resultados esperados são, além da promoção da saúde dos nossos usuários, da população em geral, também a melhora dos casos atendidos em nossa UBS. Sabemos que um dos desafios para as equipes da atenção básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e com isso manter o acompanhamento regular dessas pessoas, motivando-as à adesão ao tratamento proposto (medicamentoso e não medicamentoso), esse será nosso desafio, mas creio que com a ajuda e empenho de todos da equipe multiprofissional, iremos obter sucesso nesta caminhada. Assim buscamos além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pela equipe, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular cerebral (AVC), problemas renais, entre outras afecções.

Outro resultado que esperamos alcançar é a redução de casos hipertensivos agudos e também casos cronicados, já possuindo lesões em órgãos-alvos, levando a doenças cardiovasculares e até mesmo ao óbito. Sendo assim, com estas medidas, nossos usuários conseguirão uma boa manutenção de sua qualidade de vida, além da promoção de sua saúde, conseguindo até mesmo um aumento de sua expectativa de vida.

Referências

- BRANDÃO, A. A. et al. Blood pressure and overweight in adolescence and their association with insulin resistance and metabolic syndrome. *J Hypertens.*, v. 22, n. 1, p. 1–5, 2004. Citado na página 15.
- BRANDÃO, A. A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.*, v. 32, n. 1, p. 1–4, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da S. *Caderno de Atenção Básica, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Cadernos de Atenção Básica, Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, Hipertensão Arterial Sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. Sociedade Brasileira de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 17, n. 1, p. 1–69, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- HARBRON, E. Medical and complementary. *Nurs Times*, v. 98, p. 32–34, 2002. Citado na página 16.
- PEREIRA, M. et al. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. *J Hypertens.*, v. 27, n. 5, p. 963–975, 2009. Citado na página 16.
- QUEVEDOS, S. M. da Saúde de. *Plano Municipal de saúde: Gestão 2018 a 2021*. Quevedos: Secretaria Municipal, 2018. Citado na página 9.