



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Liban Maxy Quesada Medero

Adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família Sete de Setembro do município Santo Antonio do Sudoeste-PR: projeto de intervenção

Florianópolis, Março de 2016

Liban Maxy Quesada Medero

Adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos
atendidos na Estratégia Saúde da Família Sete de Setembro do
município Santo Antonio do Sudoeste-PR: projeto de intervenção

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

Orientador: Camila Dalbó Coradini Miranda
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Liban Maxy Quesada Medero

Adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes hipertensos atendidos na Estratégia Saúde da Família Sete de Setembro do município Santo Antonio do Sudoeste-PR: projeto de intervenção

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.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Camila Dalbó Coradini Miranda
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A não adesão ao tratamento da HAS é um desafio enfrentado pelos profissionais que atuam na Atenção Primária. Os resultados são divergentes e as críticas são relevantes em relação ao perfil de aderência ao tratamento na população hipertensa. Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Sete de Setembro, foi identificado como problema prioritário a baixa adesão ao tratamento de 143 pacientes hipertensos atendidos na ESF nos meses de Setembro/2015 a Fevereiro/2016. Sendo assim, foi elaborado um plano de intervenção que busca aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos desta unidade. Foi realizada uma revisão da literatura utilizando as bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foi feita uma leitura minuciosa das publicações, um fichamento das principais ideias e teorias pertinentes ao tema. Espera-se que, a partir da implantação do plano de ação, haja um aumento do número de pacientes aderidos ao tratamento de modo adequado e maior compressão dos profissionais de saúde sobre o manejo dos pacientes portadores de HAS em seu contexto, refletindo sobre ações e estratégias que possa minimizar esse problema.

Palavras-chave: Hipertensão, Tratamento anti-hipertensivo, Adesão ao tratamento, Controle pressórico, Atenção Primária à Saúde

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

Santo Antônio do Sudoeste é um município brasileiro do estado do Paraná. Limita com os municípios de Amperé, Bom Jesus do Sul, Pinhal de São Bento, Pranchita, Salgado Filho e com o município Argentino de San Antônio, localizado na província de Misiones. Encontra-se dividido deste pelo rio Santo Antônio, interligadas por uma ponte e respectivas aduanas. Encontra-se numa distância de 650 Km de sua capital Curitiba. A população é de 18.893 habitantes, com estimativa de 19.855 habitantes para o ano 2014, a expectativa de vida de 66,1 anos.

Os primeiros moradores a se instalarem na região, foram dom Lucas Ferreira e João Romero, oriundos da vizinha República do Paraguai, chegados em 1902, encontraram na região grande quantidade de erva-mate nativa e, como a venda desse produto era vantajosa, iniciaram a sua extração e exportação para a Argentina. O surgimento efetivo do povoado, que recebeu a denominação de Santo Antônio, deu-se somente em 1912, com a chegada de um grupo de colonos tendo à frente Afonso Arrachea. Colonizados por imigrantes vindos dos estados Rio Grande do Sul e Santa Catarina no período que compreende 1940 a 1950, teve crescimento acentuado devido aos ciclos da madeira e da suinocultura. Hoje a economia que movimenta o município é a agricultura, que vem perdendo espaço para a indústria de confecções gerando emprego e rendas a várias famílias do município.

Em 14 de Novembro do ano 1951 foi criado Santo Antônio que pela lei estadual nº 5322 de 10 de Maio de 1966 e tomou a denominação de Santo Antônio do Sudoeste. Em 1979 começou a divisão territorial constituído em 6 distritos, logo em 1995 foi dividido em 3 distritos: São Pedro Florida, Marcianapolis e Santo Antônio do Sudoeste.

A gestão atual desse município é realizada pelo Prefeito Ricardo Antônio Ortiña, na gestão da saúde encontra-se a Secretária Municipal de Saúde Janaina Aparecida Carminatti Ortinã, e como Coordenadora da Atenção Primária a Saúde, Graciela Cristina Giacobbo Nodari.

Descrição do Município

- Aspectos geográficos

- Área total de município: 326 Km²
- Altitude é de 447 metros por encima do nível do mar
- Clima subtropical e seu fuso Horário é UTC-3
 - Densidade Demográfica (hab/km²) 58

- Aspectos Socioeconómicos

Indicadores:

- Índice de desenvolvimento Humano (IDH-M) de 0,715 média
- Produto Interno Bruto (PBI) de R \$141 036,988 mil
 - PBI per capita R \$12.952,30

Principais Atividades Econômicas: A cidade tem sua economia fundamentada na agricultura e indústria de confecções gerando emprego e rendas a várias famílias do município.

Aspectos Demográficos:

A população no município é de 18.893, na faixa etária de 0 a 14 anos existe uma população de 4.952 que representa um 26% do total, entre os 15 e 19 anos existe uma população de 1.818 que representa 9,6%, entre 20 e 59 anos temos uma população de 9.771 pessoas para um 51,7%, maiores de 60 anos temos 2.352 pessoas, que representa 12% do total, existe um predomínio do sexo feminino com 9.628 mulheres e um total de 9.265 homens, deles 13.711 moram na zona urbana e 5182 nas zonas rurais.

Rede Municipal de Saúde

O município conta com os seguintes serviços de saúde disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS): possui 9 Equipes de Saúde Familiar (ESF), três oferecem atendimento na zona rural (uma delas é uma equipe móvel), e seis na zona urbana, o que resulta em uma cobertura de 100% da população. Além disso o município conta com um Núcleo de Apoio à Saúde Familiar (NASF), um Pronto Atendimento, uma Clínica de Fisioterapia conveniada com SUS, um Laboratório de Análises Clínicas, uma Clínica de Odontologia e Saúde Bucal.

O município possui um hospital particular com 47 leitos, conveniado com o SUS, com atendimento de urgências e emergências nas especialidades de ginecologia, obstetrícia, pediatria, e cirurgia geral. Oferece apoio diagnóstico, ultrassonografia com Doppler, Raios-X e eletrocardiograma.

Com esses apoios, o hospital atende boa parte da demanda, transferindo aproximadamente 216 pacientes por ano para Central Estadual de Leitos, de cidades referências, como Francisco Beltrão, Cascavel, Guarapuava, Curitiba, Pato Branco, sendo a maioria para atendimento ortopédico e traumatológico. No caso dos pacientes que fazem hemodiálises, deficientes físicos e acamados, são levados nos carros da mesma secretaria.

Os atendimentos de urgência são atendidos no plantão 24 horas o qual realiza atendimentos de rotina, para quem trabalha durante o dia, os casos de maior gravidade são encaminhados ao Hospital e Maternidade Santa Isabel e se necessário são transferidos via central de leitos, em sua maioria ao Hospital Regional do Sudoeste e ao Hospital São Francisco, todos no município de Francisco Beltrão (Secretaria Municipal de saúde, 2013)

O município conta com os serviços de atendimento Móvel e de Urgência (SAMU), para ele conta com uma ambulância de suporte básico de vida e de acordo com a gravidade

contamos através da regulação 192, com uma ambulância de suporte avançado (UTI móvel), que permanece no município próximo e presta serviço a região.

Área de abrangência da ESF Sete de Setembro

A Equipe de Saúde Familiar (ESF) Sete de Setembro oferece atendimento ao bairro Sete de Setembro. Nele encontra-se, atualmente, uma escola, um centro de idosos, uma igreja, restaurantes, e além disso conta com o serviço municipal de CAPS, CREAS e NASF.

Sua população adstrita é composta por 618 famílias, sendo um total de 2126 pessoas, delas 1188 (55,88%) mulheres e 938 (44,12%) homens. São distribuídas nas seguintes faixas etárias: 2,4% menores de 1 ano, 9,7% entre 1 e 9 anos, 21,1% de 10 a 19 anos, 51,4% 20 a 59 anos e 15,4% de 60 anos ou mais.

A UBS onde atua a ESF tem um horário de funcionamento de 08:00 às 17:00 horas. Se trabalha 8 horas diárias, que totaliza 40 horas semanais e a equipe é formada por 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 5 agentes comunitários de saúde e uma recepcionista.

Diagnóstico Situacional da área de abrangência da ESF Sete de Setembro

Por meio do diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Sete de Setembro, realizado neste ano, foram identificados os seguintes problemas: baixa escolaridade e poder aquisitivo na população; saneamento básico inadequado; tabagismo; alcoolismo; consumo inadequado de psicofármacos; baixa adesão dos hipertensos ao tratamento medicamentoso, encontrando-se elevado número deles com cifras pressóricas elevadas sem sintomas de alarma associado.

Dos 2,126 pessoas residentes na área de abrangência da equipe, 143 são hipertensos, o que corresponde a 6.73% da população de acordo com os registros da equipe, a maioria dos hipertensos é do sexo feminino, tem mais de 45 anos e não aderem ao tratamento medicamentoso, encontram-se descontrolado de sua enfermidade um porcentagem elevado de pacientes.

Analisados os dados, chegou-se à conclusão que a baixa adesão ao tratamento médico dos hipertensos é multifatorial, foi selecionada como nós críticos a falta de entendimento sobre o tratamento não medicamentoso, o uso incorreto da medicação e o pouco conhecimento sobre os riscos da não adesão ao tratamento medicamentoso, elevado número de pessoas com fatores de risco para desenvolver doenças cardiovasculares, falhas no processo e organização no trabalho no sistema de saúde do município.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA 140 x 90 mmHg). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a

mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, constituindo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo [Cardiologia \(2010\)](#).

[Dourado \(2011\)](#) esclareceram que para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no entanto para que haja êxito terapêutico, o principal desafio é a adesão do paciente ao tratamento. [Castro e Car \(2000\)](#) esclareceram que a não adesão refere-se a um comportamento não coincidente com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Assim, existem várias formas do paciente não aderir ao tratamento, como o não comparecimento às consultas médicas e o não seguimento das mudanças no estilo de vida recomendado. Quando o tratamento é mais complexo e mais longo, a baixa adesão torna-se mais frequente. [Naves \(2014\)](#) ressaltou que a adesão ocorre somente quando o paciente tem a percepção dos benefícios e resultados positivos, tornando-se suficientemente motivado a aderir-lo. Sugere assim, que o doente assuma participação em seu tratamento como agente, em contraposição a paciente, termo este associado à ideia de passividade.

O alto índice de complicações das doenças crônicas é uma das razões de altos custos para a saúde no município Santo Antônio do Sudoeste, sendo a HAS uma das quais houve um aumento na incidência nos últimos dois anos, assim como das complicações cardiovasculares e cérebro vasculares o número de óbitos devido a essas causas também é preponderante.

A falta de conhecimento da população sobre os riscos e consequências de suas condições clínicas faz com que não deem importância ao tratamento correto; Há falha da gestão pública e das equipes de saúde por não promoverem eventos e campanhas esclarecedoras, visando conscientização populacional e mudança em hábitos prejudiciais. As faltas frequentes das medicações na rede de distribuição pública também prejudica a adesão ao tratamento, submete o paciente a gastos não planejados para compra da medicação, e como muitos pacientes são extremamente pobres, permanecem aquele período todo sem medicação.

São muitas as questões que permeiam este tema, porém neste projeto de intervenção propomos a identificação dos fatores facilitadores e dificultadores da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e o desenvolvimento de ações que despertem no paciente a consciência de que é importante realizar o tratamento de forma correta.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos da ESF Sete de Setembro do Município Santo Antônio do Sudoeste.

2.2 Objetivos específicos

- Controlar adequadamente a PA mediante a supervisão do uso de medicamentos.
- Identificar os fatores que dificultam a adesão ao tratamento dos pacientes com HAS.
- Realizar ações de educação em saúde com os usuários que possuem HAS.

3 Revisão da Literatura

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) (PA 140 x 90mmHg). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos, constituindo um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo [Cardiologia \(2010\)](#).

Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), ocorrendo a maioria delas em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos [Williams \(2010\)](#).

Segundo o Ministério da Saúde, a HAS, é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE) e Infarto agudo do Miocárdio (IAM), além da doença renal crônica terminal [Grillo e Gorin \(2007\)](#). Em torno de 20% da população adulta desenvolve HAS. Mais de 90% sem causa identificável apresenta a hipertensão primária que desencadeia devido a histórico familiar, estresse, obesidade, ingestão de sódio e gorduras saturadas, uso excessivo de cafeína, álcool ou tabaco, dentro de outros. O termo hipertensão arterial secundária utiliza-se para identificar a pressão arterial alta a partir da causa identificada que leva a complicações [Paiva e Sanabria \(2008\)](#).

[Dourado \(2011\)](#) esclarece que, para evitar as complicações da hipertensão, a principal estratégia baseia-se no tratamento medicamentoso e não medicamentoso, no entanto para que haja êxito terapêutico, o principal desafio é a adesão do paciente ao tratamento. E segundo [Castro e Car \(2000\)](#) a não adesão refere-se a um comportamento não coincidente com as recomendações feitas pelos profissionais de saúde. Assim existem várias formas do paciente não aderir ao tratamento, como o não comparecimento às consultas médicas e o não seguimento das mudanças no estilo de vida recomendado. Quando o tratamento é mais complexo e mais longo, a baixa adesão torna-se mais frequente. [Naves e Silver \(2005\)](#) ressaltou que a adesão ocorre somente quando o paciente tem a percepção dos benefícios e resultado positivos, tornando-se suficientemente motivado a aderi-lo. Sugere assim, que o doente assuma participação em seu tratamento como agente, em contraposição a paciente, termo este associado à ideia de passividade.

Para que haja a redução da morbidade e mortalidade associada aos riscos cardiovasculares das pessoas com HAS, torna-se indispensável a adesão ao tratamento, cumprindo com o tratamento não farmacológicas e farmacológico indicados, reduzindo assim às cifras pressóricas às complicações associadas à doença (SAÚDE; SAÚDE, 2010).

Os altos índices de complicações das doenças crônicas é uma das razões de altos custos para a saúde no município Santo Antônio do Sudoeste, sendo a HAS uma das quais houve um aumento na incidência nos últimos dois anos, assim como das complicações cardiovasculares e cérebro vasculares o número de óbitos devido a essas causas também é preponderante.

4 Metodologia

Para elaboração deste trabalho utilizou-se a pesquisa bibliográfica, modalidade descritiva, que visou investigar, coletar e analisar criticamente os estudos já existentes, na literatura quanto à adesão ao tratamento dos pacientes portadores de HAS. Os dados foram levantados a partir de pesquisa em artigos científicos disponível nas bases de dados da saúde da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Centro Latino- Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) e PubMed, compreendendo textos publicados em inglês, espanhol e português. Utilizou-se como descritores: Hipertensão Arterial Sistêmica e estratégia saúde da família, tratamento anti-hipertensivo, prevenção, controle pressórico, atenção básica.

O projeto de intervenção para o problema da baixa adesão ao tratamento anti-hipertensivo dos pacientes assistidos pela ESF Sete de Setembro foi elaborado por meio de um plano de ação baseado no planejamento Estratégico Situacional.

Cenário do estudo

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) VIII do Bairro Sete de Setembro do Município Santo Antônio do Sudoeste PR. A instituição dispõe de uma equipe de profissionais: enfermeira, técnica de enfermagem, médico e agente de saúde comunitária que atuam na atenção à saúde da família. Nela são desenvolvidas ações próprias da atenção primária em saúde.

Sujeitos da intervenção

A população do estudo será constituída de 143 pessoas de ambos os sexos, portadores de HAS, atendidas na instituição entre os meses de Setembro/2015 a Fevereiro/2016, período da realização da intervenção.

Critérios de inclusão:

- Idade maior de 18 anos
- Capacidade intelectual e mental favorável ao estudo
- Disposição para participar espontaneamente da intervenção
- Pessoas acompanhadas pela unidade de saúde no período da intervenção
- Pessoas submetidas a tratamento anti-hipertensivo e pelo menos em dois meses para que se tivesse condição de avaliar sua adesão terapêutica.

Os critérios de exclusão serão:

- Menores de 18 anos.
- Incapacidade para responder aos formulários.
- Saída da área de abrangência, município ou estado.
- Negativa do paciente, para preencher os formulários ou, de participar na intervenção.
- Morte.

Estratégias e ações

Etapa 1

O primeiro trabalho a ser realizado será a seleção da amostra, que serão aqueles pacientes com HAS que estejam dentro os critérios de inclusão. Se fará uma avaliação dos prontuários dos pacientes já identificados como hipertensos, deles se obterão os dados antigos necessários, por enquanto serão preenchidos nele as intervenções propostas e os resultados atingidos, por ser este uma importante ferramenta na obtenção e registro dos dados clínicos e pessoais.

Etapa 2

Selecionada a amostra será aplicado um formulário junto ao participante do estudo, antes ou após a consulta com o profissional de saúde.

O formulário constará de características sócio-demográficas, (idade, sexo, cor, ocupação, escolaridade, renda familiar, religião, estado civil, número de filhos e de pessoas no domicílio) e clínicas das pessoas (tempo e forma de descoberta da doença, número e motivos das internações, história familiar); dados referentes ao cumprimento do tratamento não farmacológico e farmacológico por essas pessoas, e uma lista dos elementos que dificultam a adesão ao tratamento. Serão também obtidos os valores das medidas objetivas da PA, peso, altura e circunferência abdominal durante a consulta.

Ao mesmo tempo terão feito a divulgação inicial do projeto de intervenção através da Agente Comunitária de Saúde (ACS) durante as visitas domiciliares. A ACS será previamente capacitada para o desenvolvimento deste trabalho.

Etapa 3

Serão realizadas reuniões com todos os usuários hipertensos selecionados, juntamente com seus familiares e/ou cuidadores, no salão de festas para idosos (espaço social da comunidade), para o esclarecimento do projeto, onde serão levantados todos os benefícios da sua realização para a melhoria da qualidade de vida dos mesmos. Na oportunidade se aproveitará para divulgar o cronograma das atividades programadas a serem realizadas na UBS. Após o

preenchimento do formulário, deverão ser anexados na pasta reservada para os mesmos.

Concomitantemente serão organizados os encontros semanais com os pacientes participantes do projeto que responderam ao formulário para o desenvolvimento de ações e estratégias de facilitação da adesão ao tratamento não farmacológico e medicamentoso.

Finalmente, os resultados obtidos ao final do período de intervenção, serão comparados aos resultados iniciais e discutidos com a equipe de saúde e usuários.

Avaliação e Monitoramento

O trabalho terá duas avaliações: uma no início do projeto de intervenção e a outra no final, para verificação da evolução dos indicadores selecionados.

As ações previstas incluem:

- Mobilização dos usuários hipertensos selecionados e seus familiares para a participação na pesquisa e formação dos grupos educativos.
- Instituição de grupos para educação em saúde formados por usuários hipertensos participantes que terão encontros do grupo semanalmente em espaços sociais do Bairro Sete de Setembro do Município Santo Antônio do Sudoeste PR. Nestas atividades os pacientes serão estimulados, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Para a qualificação da prática clínica foram planejadas as ações:

- Realização de capacitação da equipe multidisciplinar da UBS para conhecimento do formulário e especificamente da ACS para aplicação do questionário e registro das ações propostas nesta pesquisa;
- Realização de capacitações para os membros da equipe multidisciplinar para as atividades educativas, com os seguintes temas: a) abordagem domiciliar dos usuários hipertensos e outras doenças crônicas; b) educação em saúde; c) noções de farmacologia.
- Durante as reuniões semanais a serem realizadas com a toda a equipe de saúde da unidade, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.
- A aplicação de questionário possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

5 Resultados Esperados

Após os meses da intervenção, esperamos que os objetivos inicialmente propostos, de aumentar a adesão ao tratamento dos usuários hipertensos da UBS VIII Bairro Sete de Setembro do Município Santo Antônio do Sudoeste PR, sejam cumpridos, e que as ações desenvolvidas tragam melhoria na adesão ao tratamento não farmacológico e medicamento dos pacientes que participarão desta intervenção.

Depois dos resultados positivos nesta intervenção as atividades realizadas ficarão como padrão no manejo dos pacientes com patologias crônicas na área de abrangência. Os profissionais da saúde estarão mais capacitados para tratar este tipo de pacientes, com novas experiências e, indiretamente, haverá qualificação da atenção prestada pela UBS VIII aos usuários hipertensos, pois o tema passará a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua para sua continuidade e aperfeiçoamento.

Referências

- CARDIOLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- CASTRO, V. D. de; CAR, M. R. Cotidiano da vida de hipertensos: Mudanças, restrições e reações. *Revista Escola Enfermagem USP*, v. 34, n. 2, p. 145–153, 2000. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- DOURADO, C. S. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa. *Acta Scientiarum*, p. 9–17, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 12 e 15.
- GRILLO, M. de F. F.; GORIN, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. *Revista Brasileira Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 49–54, 2007. Citado na página 15.
- NAVES, J. de O. S. *Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal*. 2014. Disponível em: <<http://www.unb.br/fs/far/latosensu/asstfarm/projetos/egpas4.pdf>. Acesso em: 22 Dez. 2015. Citado na página 12.
- NAVES, J. de O. S.; SILVER, L. D. . avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no distrito federal. *Rev. de Saúde Pública*, v. 39, n. 2, p. 223–230, 2005. Citado na página 15.
- PAIVA, S. G.; SANABRIA, L. M. H. Hipertensão arterial, AVC: a importância do enfermeiros nos grupos operativos. *Revista Educação Meio Ambiente Saúde*, v. 3, n. 1, p. 189–196, 2008. Citado na página 15.
- SAÚDE, O. P.-A. da; SAÚDE, O. M. da. Linhas de cuidado hipertensão arterial e diabetes. *Linhas de cuidado*, p. 14–15, 2010. Citado na página 16.
- WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 55, n. 1, p. 66–73, 2010. Citado na página 15.