



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Rebeca Maiolino Pedro

Controle do tratamento de Hipertensão Arterial  
Sistêmica e Diabetes Mellitus na Unidade Básica de  
Saúde do Rio Bonito, em Itajaí - SC.

Florianópolis, Abril de 2017



Rebeca Maiolino Pedro

Controle do tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde do Rio Bonito, em  
Itajaí - SC.

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: Sheila Rubia Lindner  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017



Rebeca Maiolino Pedro

Controle do tratamento de Hipertensão Arterial Sistêmica e  
Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde do Rio Bonito, em  
Itajaí - SC.

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 Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Sheila Rubia Lindner**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017



# Resumo

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral. Além disso, a natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam a HA e o DM doenças onerosas tanto para os indivíduos afetados quanto para o sistema de saúde. A prevenção e o tratamento da HA e do DM envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida. **Objetivo:** aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não-farmacológico da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. **Metodologia:** Serão implantadas atividades educativas que promovam a conscientização e mudança no estilo de vida dos pacientes da área 045 da comunidade do Rio Bonito. Serão criados grupos de educação e saúde, aulas explicativas, rodas de discussões, atividades em grupo para trocas de experiências, atividades recreativas, como caminhadas, jogos e gincanas, utilizando materiais educativos, que promovam melhora da comunicação e facilitem o aprendizado, como cartazes, folders, fotografias, livros e apresentações no computador. **Resultados Esperados:** Essas ferramentas incentivarão esses pacientes a refletir sobre seu estilo de vida e nos possíveis agravos que podem ser ocasionados por tais patologias e pela falta de tratamento. E dessa forma, promoverão mudanças no seu conhecimento, no modo de pensar e nos hábitos cotidianos, evitando complicações, através de medidas preventivas. Possibilitará aos pacientes um melhor conhecimento de suas doenças, com melhor controle, através de uma melhor adesão terapêutica, mudanças em seus estilos de vida, diminuição de complicações e prevenção de agravos, aumentando a aproximação dos usuários aos profissionais de saúde, e conseqüentemente, facilitando o seu acesso ao sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Hipertensão, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	13
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	13
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	13
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	15
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	19
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	23



# 1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio Bonito, em Itajaí, Santa Catarina situa-se no Bairro de São Vicente que, segundo dados do IBGE, é o segundo bairro mais populoso de Itajaí. Este bairro possui 01 UBS, 02 Escolas Municipais, 01 Escola Estadual, 03 Centros de Educação Infantis, 01NEC e 01 Centro de Múltiplo Uso e 01 única Academia Popular, cujo acesso não é bom para toda população, por não se encontrar centralizada no bairro. Não há espaços de lazer na localidade do Rio Bonito. Nesta comunidade, o movimento social que se destaca é o Centro de Múltiplo Uso que atende diariamente cerca de 50 idosos tendo grande adesão por parte da comunidade e realiza dezenas de atividades com grande envolvimento popular. Desde pintura, bordados, carteados, jogos de bocha, passeios, até mesmo o badalado Baile da Terceira Idade. O bairro contava com uma associação de moradores, porém assim como o Conselho local de Saúde, a associação também foi extinta. A comunidade tem como liderança social e política duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que se engajam em movimentos políticos e sociais para tentar modificar a situação da comunidade.

A Unidade Básica do Rio Bonito conta com 05 equipes de ESF, sendo a equipe do qual atuo, a mais nova, sendo criada há aproximadamente 2 anos, devido ao aumento significativo da população. A mesma atende à área 0045, uma área de grande vulnerabilidade, uma vez que se trata de reduto de traficantes e, por conseguinte, usuários de droga de todas as idades, inclusive gestantes. Uma parte da população que aqui se encontra mora em áreas invadidas. A construção do perfil epidemiológico da comunidade do Rio Bonito tem sido prejudicada devido a falha da rede de internet, o que vem dificultando o cadastramento de dados dos pacientes, e o cruzamento destes. Mas, devido ao caderno mensal em que as ACS anotam os dados epidemiológicos de cada microárea, de acordo com os indicadores, conseguimos traçar melhor este perfil da nossa área.

Trabalhamos com agenda programada para o atendimento à população, acolhimento à demanda imediata, atividades educativas com grupos específicos e ofertamos referência aos demais profissionais da rede, em casos especiais. Acredito que todas essas ações contribuam para fortalecer o vínculo entre profissionais da saúde e a comunidade, estabelecendo uma relação de mútua confiança. Isso facilita nosso trabalho e diminui consideravelmente a resistência em aderir ao tratamento. A área do qual trabalho não conta com equipe de Saúde Bucal. Existem duas equipes de Saúde Bucal (fora da ESF) que trabalha 60 horas mensais que atendem as quatro áreas da UBS que não possuem equipe de saúde bucal próprias. Buscando a melhoria da qualidade da atenção prestada, passamos a realizar além da agenda clínica, atividades educativas e de prevenção, bem como objetivamos agendar 100% das nossas gestantes para uma avaliação odontológica e manter sete ou mais consultas durante o pré-natal, garantindo às pacientes um pré-natal seguro e efici-

ente. São realizadas visitas domiciliares ao recém-nascidos pela enfermagem e equipe de saúde bucal, que atua em outra área, na mesma UBS que fornecem orientações de higiene bucal e amamentação. Atualmente nossa programação para o atendimento da demanda é insuficiente, pois temos uma demanda reprimida devido ao excedente de população, onde a oferta é menor do que a procura.

Segundo os dados do SIAB de 2012, moram na localidade do Rio Bonito 13.463 pessoas sendo 6.497 homens e 6.966 mulheres e a maioria na faixa dos 20 aos 39 anos. Das doenças “referidas” as de maior incidência são: hipertensão com 5,54%; diabetes 1,78 % ; 0,48% com alguma deficiência ; 0,27% alcoolismo e 0,10 % epilepsia. Quanto aos dados relativos ao Saneamento Básico: 98,89 % das casas tem fossa séptica; 1% filtra a água em seu destino final e 0,11% cloram a água em seu destino final. O abastecimento público de água chega em 99,84% das casas por meio da SEMASA, 100% do lixo é coletado pela prefeitura e 99,34% dispõe de rede pública de energia por meio da CELESC. Em relação ao tipo de moradia 79,48% são casa de material, 19,84% madeira e 0,11 % material de sucata. Das 3786 famílias cadastradas 4,52% tem plano de saúde; 2,22% fazem parte do programa bolsa família e 1,08 do CAD - único. São alfabetizadas 98% das pessoas com mais de 15 anos.

Quanto a equipe 0045, no mês de junho de 2016 o total da população é de 4.082 pessoas. Destes 2.221 tinham mais de 15 anos e 952 eram mulheres na faixa etária de 10 a 59 anos. Neste mesmo período, foram cadastradas 42 gestantes. Contamos ainda com 189 hipertensos e 67 diabéticos no território. E, dentre a população infantil, foram contabilizados 97 crianças menores de 2 anos acompanhadas, 49 menores de 1 ano e 15 menores. A evolução da saúde materno-infantil dentro da UBS é feita através das consultas de puericultura com médicos da ESF ou pediatras, uma vez que os profissionais enfermeiros fazem o acompanhamento de pesagem e mensuração, periodicamente, nas creches, já que não dispomos de salas e consultórios em número suficiente, impossibilitando os mesmo de fazerem consultas de puericultura. A Prevalência de Hipertensos e Diabéticos é de 53,06%% e a de Diabéticos é de 18,80%, respectivamente. O acompanhamento de pessoas com HAS, DM, TB e HAN são feitos mediante as visitas domiciliares dos ACS que atualizam as Fichas – B dos referidos pacientes.

Outro dado que julgo relevante é o alto índice de gestantes com menos de 15 anos e o grande número de usuários de crack de todas as faixas etárias, inclusive idosos e gestantes. Também dispomos de prostíbulos, onde alguns profissionais referem manter relações sem uso de preservativo à pedido do cliente, bem como alguns casos de TB não tratados por resistência e dificuldades de acesso aos mesmos. Alguns tiveram alta por abandono do tratamento. Também temos uma grande população canina de rua, animais não vacinados e não castrados, sendo um potencial risco para casos de mordedura e possível transmissão de doenças. Presença de escorpião amarelo, potencialmente venenoso, cujas ações já se iniciaram para o controle dos mesmos através de capacitações com à Zoonoses e os ACS.

Outra característica da comunidade é a falta de interesse/entendimento nas ações de promoção e prevenção. Sendo assim, atividades de educação e saúde e medidas preventivas são muito importantes para a população do Rio Bonito. Muitas vezes, devido ao grande número de usuários da UBS, uma vez que esta é a maior em número de equipes do município de Itajaí, e ao acelerado crescimento da população, o modelo preventivo de saúde acaba perdendo espaço para o assistencialismo. Há uma grande procura à unidade para consultas de emergência.

Quanto a morbidade hospitalar e mortalidade na ESF 045, no ano de 2015, foi necessário fazer um levantamento mensal para se ter noção da totalidade. As cinco principais causas de mortes dos residentes foram: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, aparelho respiratório e outras causas. As cinco principais causas de internações dos idosos foram: doenças isquêmicas do coração, doenças cerebrovasculares, câncer de pulmão, diabetes e pneumonia. Do ponto de vista epidemiológico cito o grande número de cães de rua, não vacinados e não castrados, prostíbulo (onde ainda se pratica o sexo sem camisinha) com profissionais do sexo portadores de TBMR que ganham alta por abandono de tratamento, uma parcela considerável da população de fumantes, usuários de droga, pacientes de saúde mental, grande consumo de psicotrópicos e uma área com presença de escorpiões amarelos, de interesse epidemiológico, potencialmente venenoso. Saliento a dificuldade em acessar os dados devido a falta de internet eficiente no município. Portanto, as ações desenvolvidas pelas ESF devem ser embasadas no reconhecimento da realidade da comunidade, o que requer uma intervenção específica que deve ser pautada e ordenada por prioridades.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na comunidade do Rio Bonito, em Itajaí, Santa Catarina.

### 2.2 Objetivos Específicos

Conscientizar a população sobre a importância do tratamento regular de DM e HAS;  
Promover a mudança do estilo de vida destes pacientes;  
Contribuir com a redução das complicações de HAS e DM.





### 3 Revisão da Literatura

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, com alto grau de limitação e incapacidade, além de serem responsáveis por impactos econômicos para famílias e comunidades, e para a sociedade geral (WHO, 2011) (SCHIMIDT et al., 2011) (WHO, 2013).

Em 2008, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou cerca de 36 milhões de mortes globais (63%) por DCNT, com destaque para as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica.<sup>4</sup> Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda.<sup>5,6</sup> Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% das pessoas contam menos de 60 anos de idade, enquanto nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011).

No Brasil, assim como em outros países, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude, sendo responsáveis por 72% das mortes, com destaque para os quatro grupos de causas de morte enfocados pela OMS: cardiovasculares; câncer; respiratórias crônicas; e diabetes (DUNCAN et al., 2011). As DCNT são responsáveis por grande custo econômico, repartido entre o sistema de saúde, a sociedade e as famílias. Conforme a OMS, essas doenças criam um círculo vicioso com a pobreza, impactando negativamente sobre o desenvolvim macroeconômico dos países, especialmente daqueles de média e baixa renda (ABEGUNDE et al., 2007).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, frequentemente associada a alterações funcionais e/ ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (WILLIAMS, 2010).

A hipertensão arterial é uma síndrome multifatorial cuja prevalência no Brasil atinge de 22 a 44% da população adulta (BRASIL, 2001). A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. 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 (BRASIL, 2001).

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS

em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (DUNCAN et al., 2011).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (DIABETES, 2003). 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). Apesar de apresentar uma redução significativa nos últimos anos, as DCVs têm sido a principal causa de morte no Brasil. Entre os anos de 1996 e 2007, a mortalidade por doença cardíaca isquêmica e cerebrovascular diminuiu 26% e 32%, respectivamente. No entanto, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes atribuíveis a doenças cardiovasculares em 2007 (SCHIMIDT et al., 2011).

O diabetes mellitus (DM) trata-se de um grupo de doenças metabólicas caracterizada por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina, ou ambos. A hiperglicemia crônica do diabetes está associada a danos a longo prazo, disfunção e insuficiência de diferentes órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (LESSA, 2006).

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam. No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%. Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (IDF, 2014). Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral (SCHIMIDT et al., 2011).

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional (WHO, 2011).

A Sociedade Brasileira de Diabetes aponta que o tratamento e o controle do diabetes consistem, principalmente, na aplicação de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e uso adequado de medicação (BRASIL, 2015).

---

Além disso, a natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam a HA e o DM doenças onerosas tanto para os indivíduos afetados quanto para o sistema de saúde. A prevenção e o tratamento da HA e do DM envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida.

A abordagem da hipertensão arterial e do diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (JR. et al., 2002). Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. O primeiro passo é a aquisição do conhecimento. Em seguida, se dá a implementação efetiva e das mudanças que devem ser promovidas por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada paciente, e de ações coletivas de modo a ampliar o campo de ação e apresentar a melhor relação custo-benefício, podendo, assim, ser mantidas a longo prazo (GRUENINGER, 1995) (GRUENINGER; GODSTEIN.; DUFFY, 1989). O trabalho da equipe multiprofissional contribuirá para oferecer à comunidade e ao paciente uma visão mais ampla do problema, dando-lhes conhecimento e motivação para vencer o desafio e adotar atitudes de mudanças de hábitos de vida e adesão real ao tratamento proposto (SCHOLES; VAUGHAN, 2002)

É de suma importância conduzir corretamente o tratamento e convencer o paciente sobre a necessidade da adesão e do controle da doença. Esse é um passo importante para redução do impacto social, dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade, sistemas de saúde e previdenciário (LESSA, 2001).



## 4 Metodologia

A intervenção será realizada na ESF 045, da UBS Rio Bonito, localizada na cidade de Itajaí – SC, com uma população de abrangência estimada de 4082 habitantes em sua maioria em idade produtiva, alfabetizados, com baixas condições socioeconômicas e culturais. Sendo 4,63% dessa população hipertensos e 1,64% diabéticos, de ambos os sexos.

O Programa de Controle de Diabetes e Hipertensão desenvolvido na unidade básica de saúde tem como objetivos reconhecer e cadastrar pacientes acometidos por hipertensão arterial e diabetes, avaliações clínicas e laboratoriais periódicas, seguimento ambulatorial com visitas de técnicos de enfermagem e enfermeiros, distribuição de medicamentos e realização de grupos de educação em saúde.

Serão adotados como critérios para inclusão na pesquisa: ser paciente de ambos os sexos, estar com diagnóstico médico, ser cadastrado no Programa de controle de hipertensão e diabetes, comparecer de maneira espontânea, sem exclusão de idade.

A intervenção será realizada através de três etapas:

- Capacitação da equipe de saúde da família com próprio profissional médico da equipe e nutricionista.
- O planejamento das atividades acontecerá durante reuniões de equipe, uma vez ao mês, objetivando a divulgação na comunidade e estimular a participação nos grupos através de convites entregues pessoalmente pelos integrantes da equipe aos pacientes com esses agravos.
- Serão realizados grupos de educação em saúde, em horários matutinos e vespertinos visando para obter uma boa adesão. Através de aulas explicativas de hipertensão e diabetes, roda de discussões, atividades em grupo para expor suas próprias experiências e troca de conhecimentos, jogos educativos sobre as patologias em questão.

Durante a execução das atividades em grupos, serão abordados os seguintes temas: HAS e DM conceito, incidência e prevalência, fatores de risco, possíveis consequências; atividade física; uso de álcool e tabaco; orientações nutricionais; tratamento medicamentoso e não medicamentoso; prevenção; troca de experiências pessoais.

Para realização da intervenção será utilizado: convites personalizados para cada encontro, folders, cartazes, apresentações em power point, retroprojetor, sala de reuniões e perguntas de verdadeiro e falso.



## 5 Resultados Esperados

Ao final do estudo, espera-se uma maior capacitação da equipe de apoio (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) quanto à abordagem de hipertensão e diabetes, maior aproximação dos profissionais de saúde da ESF 045 à comunidade, a conscientização e maior adesão dos pacientes ao uso correto da medicação, realização de mudanças no estilo de vida dos pacientes acometidos pelas enfermidades apontadas na pesquisa, promovendo assim, maior qualidade de vida a população atendida pela ESF 045 da UBS Rio Bonito.





## Referências

- ABEGUNDE, D. O. et al. *The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries*. 2007. Disponível em: <[http://www.who.int/choice/publications/p\\_2007\\_Chronic\\_disease\\_burden\\_Lancet.pdf](http://www.who.int/choice/publications/p_2007_Chronic_disease_burden_Lancet.pdf)>. Acesso em: 13 Dez. 2016. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Caderno de Atenção Básica 7: Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Citado na página 16.
- DIABETES, S. B. de. *Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus do tipo 2*. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2003. Citado na página 16.
- DUNCAN, B. B. et al. *Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde: Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- GRUENINGER, U. *Arterial hypertension: lessons from patient education*. 1995. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7494753>>. Acesso em: 03 Jan. 2017. Citado na página 17.
- GRUENINGER, U.; GODSTEIN., M.; DUFFY, F. *Patient education in hypertension: five essential steps*. 1989. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2760720>>. Acesso em: 03 Jan. 2017. Citado na página 17.
- JR., D. M. et al. *Hipertensão arterial: abordagem geral*. 2002. Projeto Diretrizes. Disponível em: <[http://diretrizes.amb.org.br/\\_BibliotecaAntiga/hipertensao-arterial-abordagem-geral.pdf](http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/hipertensao-arterial-abordagem-geral.pdf)>. Acesso em: 06 Dez. 2016. Citado na página 17.
- LESSA, I. Não adesão ao tratamento da hipertensão: consequências socioeconômicas para o indivíduo e a sociedade. *Lemos Editorial*, p. 89–105, 2001. Citado na página 17.
- LESSA Ínes. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 39–46, 2006. Citado na página 16.
- SCHIMIDT, M. I. et al. *Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges*. Published online: Lancet, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SCHOLES, J.; VAUGHAN, B. Cross-boundary working: Implications for the multiprofessional team. *Journal of Clinical Nursing*, v. 11, n. 3, p. 399–408, 2002. Citado na página 17.
- WHO, W. H. O. *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- WHO, W. H. O. *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*. Geneva: World Health Organization, 2013. Citado na página 15.

WILLIAMS, B. The year in hypertension. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 55, n. 1, p. 66–73, 2010. Citado 2 vezes nas páginas [15](#) e [16](#).