

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DO NÚMERO DE HIPERTENSOS  
E DIABÉTICOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA UBS MIGUEL PEREIRA NETO  
MUNICÍPIO DE ALEGRETE – PI**

*Jannaína Antônia de Alencar Castro<sup>1</sup>; Fabiana de Moura Souza<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Enfermeira. Especializanda em Saúde da Família e Comunidade – Universidade Federal do Piauí (UFPI). Correspondência: nainarossy0709@gmail.com

<sup>2</sup> Biomédica. Tutora do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - Universidade Federal do Piauí (UFPI). Especialista em Análises Clínicas - Faculdade Internacional Signorelli (FISIG), Mestre em Farmacologia - Universidade Federal do Piauí (UFPI), Doutoranda em Biotecnologia dos Recursos Naturais pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

**RESUMO**

O presente trabalho foi fruto de um projeto de intervenção que teve como intuito ampliar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial associado ao diabetes mellitus na área de abrangência da UBS Miguel Pereira Neto no município de Alegrete do Piauí–PI e teve como objetivo ampliar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial associado ao diabetes mellitus. A hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Assim este trabalho justifica pela necessidade de estabelecer estratégias de cuidado através do plano operativo. Esperou-se como resultado o aumento da adesão dos pacientes portadores de HAS e DM às atividades educativas, o combate ao sedentarismo e prática de bons hábitos alimentares e conseqüente redução a redução da morbimortalidade devido a complicações cardiovasculares.

**Descritores:** Hipertensão Arterial. Pacientes. Estratégia. Morbimortalidade.

**INTERVENTION PROJECT FOR REDUCING NUMBER OF HYPERTENSIVE AND  
DIABETICS IN THE AREA OF OCCURRENCE UBS MIGUEL PEREIRA NETO  
MUNICIPALITY OF ALEGRETE DO PIAUÍ – PI**

**ABSTRACT**

The present work was the result of an intervention project that aimed to expand the actions of prevention and control of hypertension associated with diabetes mellitus in the area covered by the UBS Miguel Pereira Neto in the city of Alegrete do Piauí-PI and aimed to expand the actions of prevention and control of hypertension associated with diabetes mellitus. Hypertension is one of the most important risk factors for the development of cardiovascular, cerebrovascular and renal diseases. Thus, this work justifies the need to establish care strategies through the operational plan. As a result, the increase in the adherence of patients with hypertension and DM to educational activities, the fight against sedentarism and the practice of good eating habits, and consequent reduction in the reduction of morbidity and mortality due to cardiovascular complications were expected.

**Keywords:** Hypertension. Patients. Strategy. Morbimortality

## INTRODUÇÃO

O município de Alegrete do Piauí encontra-se situado na Mesorregião do Sudeste piauiense, Microrregião: Alto Médio Canindé e Território do Vale do Rio Guaribas. Possui uma população de 4912 habitantes, uma área territorial de 243,732 km<sup>2</sup> e uma Densidade demográfica 18,23 hab/km<sup>2</sup>.

Alegrete do Piauí tem uma rede prestadora de serviços que oferta procedimentos de baixa complexidade, que são aqueles que fazem parte da atenção básica à saúde, promovendo a equidade, universalidade e integralidade através da prevenção de agravos e a promoção da assistência à saúde que compreende 03 (três Unidades Básicas de Saúde (UBS)), sendo 01 (uma) na zona rural e 02 (dois) Unidade Básica de saúde na sede e 01 (uma) Laboratório de Prótese dentária na sede.

Atualmente contamos com 03 equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal, 02 na sede e 01 na zona rural, fazendo cobertura de 100% de toda a população, possui 3 equipes de saúde bucal, 1 NASF II e 1 Academia de Saúde. Com Consultas agendadas (Cuidado Continuado, atendimento a grupos), bem como demanda espontânea.

Em relação aos indicadores de saúde, a taxa de nascidos vivos a taxa é 12,41 nascidos vivos por mil habitantes, a taxa de mortalidade geral é de 5,7 óbitos por mil habitantes e, a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 16,38 para 1.000 nascidos vivos, a taxas de mortalidade neonatal precoce e pós – neonatal estão zeradas nos anos 2015 e 2016. Em 2017 a taxa de mortalidade neonatal precoce e pós – neonatal foi de 16,66%. No indicador razão de morte materna não houve registros nos anos de 2017, essa mesma ausência de registro foi observada nas taxas de incidência de HIV, Hepatite B e C. O município apresenta alto índice de cesarianas, uma vez que no ano de 2017 em torno de 75% dos partos realizados foram cesáreos.

Um problema de saúde que merece destaque no município é o número elevado de hipertensos e diabéticos. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), são as doenças crônicas não transmissíveis com maior incidência constituindo dessa forma um problema de saúde de grande magnitude (1)

O interesse no tema se deu através das visitas as Estratégias de Saúde da Família deste município, onde foi observado que os cuidados prestados aos hipertensos e diabéticos demandavam maior atenção por parte dos profissionais. Portanto, o presente estudo tem a finalidade de contribuir na qualidade e na promoção do acompanhamento desses indivíduos.

Assim o presente trabalho trata-se de um projeto de intervenção que tem como intuito ampliar as ações de prevenção e controle da hipertensão arterial associado ao diabetes mellitus na área de abrangência da UBS Miguel Pereira Neto.

## **REVISÃO DE LITERATURA**

### **Doenças crônicas não degenerativas**

Conforme Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, consideram-se doenças crônicas as que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura (2). Normalmente são multicausais incluindo hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e a fatores fisiológicos. Normalmente, faltam padrões regulares ou previsíveis para as condições crônicas (3).

As doenças crônicas de maior impacto mundial são as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas. Elas possuem fatores de risco em comum como o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável, o álcool e a obesidade. (1).

O ônus das doenças crônicas não transmissíveis continua aumentando no mundo, enfrentá-las e combatê-las constitui um dos principais e maiores desafios para a saúde no século XXI. (4).

As doenças crônicas não transmissíveis produzem elevados custos para os sistemas de saúde e da previdência social devido à mortalidade e invalidez precoces e, sobretudo para a sociedade, famílias e indivíduos que possuem essas doenças. (BRASIL, 2006). As doenças mais prevalentes foram hipertensão arterial (21,4%; IC95% 20,8 – 22,0) seguidas pela depressão (7,6%) e o diabetes mellitus (6,2%), (5).

O DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida a diálise (6)

### **Hipertensão Arterial Sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Que repercute em às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo

(coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (7).

No Brasil, a hipertensão arterial é responsável por cerca de 40% das mortes por acidente vascular cerebral (AVC) e 25% das mortes por doença arterial coronariana (8).

A pressão alta é um problema grave e acomete mais de 20% da população adulta piauiense, sendo a maioria homens 21,9% e cerca de 20,4% mulheres, de acordo com a última atualização da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas (9).

Além do diagnóstico precoce, o acompanhamento efetivo dos casos pelas equipes da AB é fundamental, pois o controle da pressão arterial (PA) reduz complicações cardiovasculares e desfechos como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, problemas renais, entre outros (10).

As sequelas atribuídas à falta de controle adequado dos níveis pressóricos incluem, além dos agravos cardiovasculares e renais, a ocorrência de morte prematura, uma vez que a mortalidade por doença cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da PA de forma linear, contínua e independente (7).

O diagnóstico da HAS consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90 mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três.

Na suspeita de Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), sugerida pelas medidas da Ampa, recomenda-se a realização de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (Mapa) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA), para confirmar ou excluir o diagnóstico (7).

A MRPA é feita por aparelhos validados que empregam o método oscilométrico. Afere a pressão por dezenas de vezes nas 24 horas, registrando o comportamento da pressão arterial durante o período do sono. A MRPA é feita, preferencialmente, por manômetros digitais pela própria pessoa ou familiares. Recomendam-se três medidas pela manhã, antes do desjejum e da tomada de medicamento, e três à noite, antes do jantar, durante cinco dias, ou duas medidas em cada sessão durante sete dias (11).

Barreto, Reiner e Marcon (2014) pontuam que um grande desafio é o não conhecimento da HAS, que pode estar relacionado ao fato de que a doença não

manifesta sintomas ou desconforto físico, o portador não se comprometa com as condutas necessárias para seu controle. Em geral, só se percebe doente, quando qualquer alteração na qualidade de vida o impeça em suas atividades rotineiras e cotidianas. Com isso, a adesão ao tratamento pode estar comprometida (12)

Como consequência do aumento da pressão arterial sistêmica é maior risco de complicações como: insuficiente cardíaca, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, morte súbita, aneurisma, insuficiência renal crônica, AVC isquêmico e hemorrágico (13).

O cuidado da pessoa com hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos controlados conforme as características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos (1).

Um dos desafios para as equipes da Atenção Básica é iniciar o tratamento dos casos diagnosticados e manter o acompanhamento regular dessas pessoas motivando-as à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso

### **Diabetes Mellitus**

Estima-se que atualmente cerca de 387 milhões de pessoas possuam diabetes, e pressupõe-se que até 2035 esse número alcance 471 milhões de pessoas. Por se tratar de uma Doença Crônica Não-Transmissível (DCNT), um pequeno aumento em sua incidência é capaz de trazer grandes implicações na saúde da população, presumindo-se que está em curso uma epidemia de Diabetes Mellitus (14).

O Diabetes Mellitus (DM) tem como sintomas mais comuns a poliúria, polidipsia, polifagia, cansaço, perda de peso, tontura, náusea, e alterações na visão, esses são sintomas resultantes da disfunção metabólica (15).

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (3).

A prevalência de DM tem crescido e estima-se que o Brasil passe da 8ª posição, com prevalência de 4,6% em 2000, para a 6ª posição, com 11,3% em 2030. Acredita-se que o principal motivo para esse aumento seja a mudança no estilo de vida e nos

hábitos alimentares. As complicações do DM causam alta morbimortalidade e representam altos gastos, onerando o sistema de saúde (16).

Estratégias de prevenção primária já se demonstraram efetivas na redução significativa da incidência do diabetes e conseqüentemente de suas complicações micro e macrovasculares. Considerando que o DM permanece assintomático por um longo tempo antes de seu diagnóstico e a alta prevalência de complicações microvasculares na época do diagnóstico, a detecção e o diagnóstico precoce do diabetes permitiria a instituição de terapia precoce com redução das complicações relacionadas à enfermidade. O acesso efetivo ao sistema de saúde, garantia de qualidade do tratamento, educação e adesão dos portadores de DM reduziriam a carga do diabetes (17).

O DM tipo 1 (antigamente conhecida como diabetes insulino dependente juvenil ou de início na infância) é uma patologia de origem autoimune, caracterizada por hiperglicemia resultante da destruição total ou parcial das células beta das ilhotas de Langherans do pâncreas, responsáveis pela produção de insulina. A falta de insulina no organismo pode causar cetoacidose e essa pode ser uma das primeiras manifestações da doença em crianças e adolescentes (18).

O tratamento do (DM) tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (3).

### **Hipertensão Arterial Sistêmica associada ao Diabetes Mellitus**

A hipertensão arterial sistêmica e o DM compõem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde e são os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, dos quais cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede pública básica (1).

Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos (4).

Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias na rede de atenção básica e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta (1)

O tratamento do DM e HAS inclui as seguintes estratégias: educação, modificações dos hábitos de vida e, se necessário, medicamentos. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida (manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, suspensão do hábito de fumar, baixo consumo de gorduras e de bebidas alcoólicas), (19). Não deve ser apenas uma transmissão de conteúdos referentes a patologia e ao tratamento, mas sim que se promova a adaptação dos clientes ao tratamento da hipertensão arterial. Dourado (2013) reafirma que a tentativa de desenvolver e estimular a mudança de hábito com transformação da maneira de viver do paciente, para um melhor controle da doença (20).

Apesar de todos os conhecimentos e evidências da importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão arterial, os níveis de controle da doença ainda é um grande desafio para os profissionais da área da saúde. O controle pouco satisfatório dos níveis tensionais, na maioria das vezes, está relacionado à baixa adesão ao tratamento e vários são os fatores que interferem nesse processo (21).

O acompanhamento dos hipertensos e diabéticos deve ser mensal feito pelo enfermeiro e/ou médico, sendo que, na consulta deve ter sempre como foco principal os fatores de risco que influenciam o controle da hipertensão e diabetes, ou seja, as mudanças no estilo de vida do paciente, incentivo a atividade física, a redução do peso corporal e o abandono do tabagismo e na prevenção de complicações com a manutenção de níveis pressóricos e glicêmicos normais e controle de fatores de risco

### **Hipertensão associado ao Diabetes na atenção básica**

Na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e de atingir o acompanhamento e o tratamento adequados na atenção básica, diversas estratégias e ações vêm sendo elaboradas e adotadas no Ministério da Saúde. Dentre essas ações, merece destaque o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao DM (22).

O Programa HIPERDIA foi criado pela Portaria nº 371/GM de 4 de março de 2002 e destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema

Único de Saúde (SUS). Tem por objetivo cadastrar e acompanhar todos os pacientes hipertensos e diabéticos a fim de que através do cuidado especial consigamos fazer um controle das doenças e garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes. As ações do Programa são o cadastramento dos pacientes e manutenção do Cadastro Nacional atualizado; garantia de acesso ao tratamento clínico aos portadores destas doenças na rede básica de saúde; participação nos processos de capacitação dos profissionais da rede básica para o acompanhamento clínico destas doenças; implantação de outras ações de promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis voltados para a melhoria do controle clínico destas doenças e guarda, gerenciamento e dispensação dos medicamentos recebidos e vinculado ao Programa.(23).

É necessário melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, e precisa de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente. As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de HiperDia, são uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumenta a adesão e eficácia do tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes (24).

## PLANO OPERATIVO

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES / ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Aumento do número de hipertensos associado ao diabetes.	➤ Sensibilizar os portadores de hipertensão associado ao diabetes sobre a importância da adesão ao tratamento e à participação de atividades educativas/preventivas.	Aumentar o conhecimento dos usuários com hipertensão relacionada ao diabetes, sobre os riscos das doenças / 2 meses	Realização de Campanhas anuais para sensibilizar e incentivar bons hábitos alimentares e a prática de atividades físicas.  Distribuir material informativo nas consultas de acompanhamento.  Realizar visitas domiciliares para os pacientes cadastrados com hipertensão e diabetes para conversar sobre a importância das	Equipe ESF, NASF, ACS

			atividades educativas e preventivas.	
Falta de ações de prevenção e detecção da HAS e DM.	Organizar medidas de prevenção e detecção de HAS e DM.	Aumentar as ações de prevenção e detecção da HAS e DM.  /6 meses	Incluir no planejamento anual uma semana voltada para avaliação da pressão arterial e glicemia de usuários da UBS.  Direcionar para a realização de exames adicionais os usuários de acordo com a classificação de risco.  Realizar palestra para comunidade para mostrar os riscos da doença.	Equipe ESF
Pouca assiduidade ao acompanhamento mensal	Realizar o fortalecimento de vínculos de confiança entre profissional e usuário, para melhorar a assiduidade ao acompanhamento mensal.	Aumentar a adesão dos pacientes ao acompanhamento da doença.	Realização de capacitação dos profissionais através da Educação Permanente em Saúde.	Enfermeira  Secretário de Saúde

## PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O plano será executado pela Equipe Multiprofissional que compreende a ESF e NASF e SMS. Para realização de atividades educativas pela serão utilizando os diversos ambientes do Município tais como a UBS, Academia da Saúde, Quadra Poliesportiva ou vias públicas, dependência da necessidade.

As intervenções terão um acompanhamento contínuo das ações planejadas e para avaliar o grau de cumprimento das ações serão usados indicadores quantitativos, sendo as unidades de referência para análise que serão em porcentagem ou valor absoluto. A análise dos dados será realizada de forma contínua e conforme previsto no cronograma.

Os indicadores terão uma periodicidade da coleta mensal, mas os resultados deverão ser divulgados a cada período 03 (três) meses. Os resultados serão interpretados, monitorados e avaliados no intuito de avaliar a qualidade das ações das equipes de saúde no atendimento dos portadores de HAS associado ao DM tipo II.

A análise dos resultados dos indicadores será feita pela coordenadora da Equipe de Saúde da Família com periodicidade mensal e a divulgação dos resultados serão feitas a cada 2 meses.

## **CONCLUSÃO**

O presente trabalho permitirá conhecer a realidade da área de abrangência, diagnosticar casos de hipertensão e diabetes, além de melhorar a assistência dos portadores dessas doenças crônicas, assistidos na área de abrangência da UBS Miguel Pereira Neto, conseqüentemente o programa HIPERDIA será fortalecido. Como perspectiva espera-se adicionar as atividades já desenvolvidas outras atividades de prevenção e controle da doença no cronograma das atividades da UBS.

Os maiores gargalos a serem enfrentados são: a assiduidade dos pacientes ao tratamento, a prevenção aos agravos advindos de quadros descompensados e a redução da morbimortalidade, através da diminuição dos fatores de risco.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002
2. \_\_\_\_\_ **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Diabetes Mellitus. (cadernos de atenção básica, n. 36). Brasília, 2014;
3. \_\_\_\_\_ **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e associação com autoavaliação de saúde:** Pesquisa Nacional de Saúde, 2013

4. Hu G, Sarti C, Jousilahti P, Peltonen M, Qiao Q, Antikainen R, et al. **The impact of history of hypertension and type 2 diabetes at baseline on the incidence of stroke and stroke mortality.** Stroke. 2005; 36(12):2538-2543.
5. IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Rio de Janeiro: IBGE; 2014;
6. \_\_\_\_\_. **Cadernos de Atenção primária: Rastreamento.** Brasília: DF, 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento\\_caderno\\_atencao\\_primaria\\_n29.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rastreamento_caderno_atencao_primaria_n29.pdf)>. Acesso em: 07 nov 2018;
7. SOARES, J. P. G. & DELL'AGLIO, D. D. **Relações entre qualidade de vida e DM tipo 1 na adolescência.** 2016 Unisinos – doi: 10.4013/ctc.2016.92.02. Contextos Clínicos, 9(2), Julho- Dezembro 2016;
8. ALVES JUNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: Experiência da rede Hiperdia em Minas Gerais,** Brasília, 2011);
9. Turato ER. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico- -qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
10. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Hipertensão arterial sistêmica. (cadernos de atenção básica, n. 37). Brasília, 2013;
11. OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Melhora dos cuidados crônicos através das redes de atenção a saúde.** Washington, 2012.
12. Barreto MS, Reiner AAO, Marcon SS. **Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, maio-jun. 2014;22(3):484-90;
13. PARATI, G. et al. European Society of Hypertension practice guidelines for home blood pressure monitoring. **Journal of human hypertension**, London, v. 24, n. 12, p. 779-785, dec. 2010.
14. MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária: O imperativo da consolidação da estratégia de saúde da família.** Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. 512 p. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf). Acesso em 05 out 2018;
15. CRISOSTOMO, I. S.; SOUZA, J. S.; MANTOVANI, J. T. & CASTRO, G. F. P. **A insulino terapia e a Atenção Farmacêutica aos portadores de DM tipo 1.** Revista Transformar. Itaperuna-RJ/10ª Edição, 1/2017;
16. \_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Diabetes Mellitus. (cadernos de atenção básica, n. 36). Brasília, 2013;
17. \_\_\_\_\_. **7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Vol. 107, Nº 3. Rio de Janeiro, 2016;

- 18.SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais.** The Lancet, London, 9 maio 2011;
- 19.NOBRE, F. *et. al*; **Hipertensão arterial sistêmica primária.** Medicina, Ribeirão Preto, v. 46, n. 3, p. 256-72, Sept. 2013.
- 20.DOURADO, E. ET AL. **Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial.** Ciências e Saúde Coletiva, v.18, n.6, 2013;
- 21.TOSCANO, C.M. **As campanhas nacionais para detecção da doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.** Programa de Pós-Graduação de Medicina, UFRGS. Revista de Ciência & Saúde Coletiva., 9(4):885-895. Ano 2004
- 22.MILECH, A., et al. Diretrizes da **sociedade brasileira de diabetes 2015-2016: DIRETRIZES SBD | 2015-2016.** 2016 ed. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2016. 348 p.;
- 23.Brasil. MS. Portaria nº 371/GM, de 04 de março de 2002. **Dispõe sobre o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** DOU nº 44, Brasília (DF) 2002; 06 mar. Seção 1, p.88.
- 22.Organização Mundial da Saúde (OMS). **Atlas Global de Prevenção e Controle de Doenças Cardiovasculares.** Mendis, 2011;
24. ALVES, Bruna Araújo; CALIXTO, Amanda Aparecida Teixeira Ferreira. **Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista.** Curso de Enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP, 2012;