

CRIAÇÃO DE UM CRONOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ATIVIDADES EDUCATIVAS PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

CREATION OF A MONITORING SCHEME AND EDUCATIONAL ACTIVITIES FOR IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF HYPERTENSIVE AND DIABETICS

Rayla Fernanda Veras Lima Gomes da Silva¹, Flavia Fernandes de Araújo Cardoso²

¹*Bachelor em Enfermagem pela Universidade Estadual do Piauí – UESPI. Email: raylagomes13@hotmail.com*

²*Especialização em Urgência e Emergência pelo Centro Universitário Internacional-UNINTER, Especialização em Gestão em Saúde, Especialização em Enfermagem Obstétrica pela IESM.*

RESUMO

A hipertensão arterial e o Diabetes ainda são consideradas um grande problema de saúde pública, bastante prevalente e de difícil controle. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo. Dessa forma, é de suma importância a construção de um cronograma, envolvendo todos os profissionais da estratégia e equipe do Núcleo de Apoio a saúde da Família, para uma melhor avaliação e acompanhamento e por consequência uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas portadoras da hipertensão e diabetes. O que motivou a trabalhar com esse público foi o conhecimento da realidade da Unidade Básica “Gerardo Magela”, onde é percebida a carência de um melhor atendimento ao objeto de estudo que são os hipertensos e diabéticos. Como objetivo geral tem-se de criar um cronograma de acompanhamento e atividades educativas para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos. Como ações a serem desenvolvidas são propostas: grupo de hiperdia, palestras sobre alimentação saudável e prática de atividade física, grupo contenção de dor e consultas compartilhadas com toda a equipe para acompanhamento e avaliação. Essas ações foram sugeridas devido as seguintes situações-problema: sedentarismo, alimentação inadequada e dor. Para o acompanhamento contínuo das ações planejadas e dos resultados alcançados, serão utilizados indicadores qualitativos para medir o grau de cumprimento das ações e dos resultados. Os resultados esperados são: acompanhamento satisfatório desse grupo com a melhoria da sua qualidade de vida, através das atividades a serem realizadas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Hypertension and Diabetes are still considered a major public health problem, which is very prevalent and difficult to control. According to data from the World Health Organization (WHO), cardiovascular diseases are among the leading causes of death in the world. Therefore, it is very important to build a timetable, involving all professionals of the strategy and team of the Family Health Support Center, for a better evaluation and follow-up and consequently an improvement in the quality of life of those people with hypertension and diabetes. What motivated to work with this public was the knowledge of the reality of the

Basic Unit Gerardo Magela, where it is perceived the lack of a better attendance to the object of study that are hypertensive and diabetic. As a general objective, we have to create a follow-up schedule and educational activities to improve the quality of life of hypertensive and diabetic patients. The following actions are proposed: hyperdia group, lectures on healthy eating and physical activity practice, pain containment group and shared consultations with the whole team for follow-up and evaluation. These actions were suggested due to the following situations: problem: sedentary lifestyle, inadequate feeding and pain. For continuous monitoring of planned actions and results achieved, qualitative indicators will be used to measure the degree of compliance with actions and results. The expected results are: satisfactory follow up of this group with the improvement of their quality of life, through the activities to be performed.

Key words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Quality of life.

1 – INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HÁ) e o Diabetes ainda são consideradas um grande problema de saúde pública, bastante prevalente e de difícil controle.

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica não transmissível, que afeta significante certo número de pessoas. A mais predominante é tipo II, que acomete cerca de 90 a 95% dos casos⁶. Uma doença que, se não cuidada, pode deixar várias sequelas.

A hipertensão é uma doença silenciosa, crônica caracterizada por aumento dos níveis pressóricos maior ou igual a 140x90. Uma doença crônica não transmissível quer requer uma atenção especial¹⁴.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no mundo. Sabe-se que a hipertensão arterial além de ser a corresponsável pelas causas de óbito, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares².

Estima-se que cerca de 600 milhões de pessoas, segundo a OMS, tenham hipertensão arterial e cerca de 7,1 milhões de mortes anuais em decorrência dessa doença. Vários estudos mostram um crescimento anual de 60% dos casos de doença para 2025¹⁷. No município de Oeiras-pi, no ano de 2014 a taxa de prevalência da hipertensão arterial foi de 107,6% e em 2015 de 113,2%. Percebe-se que teve um aumento significativo de 5,2%.

Em 2014 foi confirmado que a Diabetes atingiu mais de 387 milhões de pessoas no mundo todo, segundo a sociedade brasileira de diabetes, isso equivale a cerca de 8,3% da população mundial, um número alto por sinal. No Brasil ela esteve relacionada com mais de 48 mil mortes de pessoas com idade entre 20 e 60 anos, com prevalência estimada em 8,7%⁶.

De acordo com esses dados epidemiológicos, pode-se perceber que são duas patologias que requer um cuidado especial, além de um acompanhamento contínuo e eficaz, para ter uma qualidade de vida boa sem preocupações.

Qualidade de vida é uma variável de difícil definição e em algumas situações seu conceito é utilizado de maneira superficial devido ao uso indiscriminado pela mídia, proporcionando uma visão distorcida e reducionista do conceito. No decorrer dos anos vários filósofos deram seu conceito para Qualidade de Vida (QV) e posteriormente esses conceitos mudavam⁸.

O conceito de QV envolve a percepção que o indivíduo tem da sua vida considerando a cultura, os valores, os sentimentos, as expectativas e as necessidades de cada um⁷. É caracterizada como um termo subjetivo, multidimensional e dinâmico. É subjetivo devido trabalhar com a percepção do indivíduo, multidimensional pelo fato de envolver várias dimensões (saúde física, emocional, psicológica e etc.) e dinâmico, pois se modifica no processo de viver¹³.

Dessa forma, é de suma importância a construção de um cronograma, envolvendo todos os profissionais da estratégia e equipe do Núcleo de Apoio à saúde da Família, para uma melhor avaliação e acompanhamento e por consequência uma melhora na qualidade de vida dessas pessoas portadoras da hipertensão e diabetes.

O que leva a trabalhar com esse público é o conhecimento da realidade da Unidade Básica Gerardo Magela, onde é percebida a carência de um melhor atendimento ao objeto de estudo que são os hipertensos e diabéticos.

2 – Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Criar um cronograma de acompanhamento e atividades educativas para melhoria da qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos.

2.2 Objetivos Específicos

- Construir uma planilha de acompanhamento para hipertensos e diabéticos;
- Elaborar um roteiro de atividades educativas voltadas para esse público;

2 – REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

No Brasil, a HA atinge, entre 2006 e 2015, 32,5% de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para a metade das mortes por doença

cardiovascular, a prevalência no Brasil varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação²³.

A Hipertensão Arterial (HA), diante de tantas consequências que ela ocasiona, é considerada um grande problema de saúde pública. Tem um alto índice de morbimortalidade. É uma doença que vem crescendo bastante em todo o mundo e tem mais prevalência na população adulta.

A HA é uma doença caracterizada por níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg em pessoas que não estão fazendo o uso de medicação anti-hipertensiva¹¹.

A verificação da pressão arterial deve ser realizada nos dois braços, se houver alguma diferença dar preferência ao valor maior. O paciente deve estar sentado com o braço apoiado e à altura do precórdio; medir após 5 minutos de repouso; a câmara inflável deve cobrir pelo menos dois terços da circunferência do braço; desinflar o manguito lentamente e não esquecer de perguntar para o paciente se ele não está com a bexiga cheia⁴.

Tabela I: Dimensões da bolsa de borracha (manguito) para diferentes circunferências de braços em crianças e adultos.

Denominação do manguito	Circunferência do braço (cm)	Bolsa de borracha (cm)	
		Largura	Comprimento
Recém-nascido	>= 10	4	8
Criança	11 – 15	6	12
Infantil	16 - 22	9	18
Adulto pequeno	20 – 26	10	17
Adulto	27 - 34	12	23
Adulto grande	35 - 45	16	32

Fonte: Caderno de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial, 2013.

Existem variações na aferição da Pressão Arterial (PA), por exemplo: a auto medida da pressão arterial (Ampa), que é medida por outra pessoa que não seja um profissional da saúde e seja medida fora do consultório; a Hipertensão do Avental Branco (HAB) ou Hipertensão Mascarada (HM), onde recomenda-se a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA) para confirmar ou excluir o diagnóstico⁴.

Tabela II: Valores de pressão arterial no consultório, mapa, ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada.

	Consultório	Mapa Vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	<140/90	<=130/85	<=130/85	<=130/85
Hipertensão	>=140/90	>130/85	>130/85	>130/85
Hipertensão do avental branco	>=140/90	<130/85	<130/85	<130/85
Hipertensão mascarada	<140/90	>130/85	>130/85	>130/85

Fonte: Caderno de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial, 2013.

Tabela III: Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos.

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130 - 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	>=180	>=110

Fonte: Fonte: Caderno de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial, 2013.

Os principais fatores de risco para hipertensão arterial são: idade, sendo superior na faixa etária acima de 65 anos; gênero e etnia, sendo prevalente nos homens e em indivíduos de cor não branca; excesso de peso e obesidade; ingestão de sal, a ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da pressão arterial; ingestão de álcool por períodos prolongados; sedentarismo, a atividade físico reduz a incidência de HAS; os fatores socioeconômicos, sendo prevalente em indivíduos com baixa escolaridade; genética e outros fatores de risco cardiovascular.

O controle da hipertensão arterial não se restringe apenas ao tratamento medicamentoso, como também a mudanças no estilo de vida, como mudanças na alimentação, e realização regular de atividade física. O que se vê são os hipertensos fazendo o uso do medicamento de forma incorreta e maus hábitos de vida.

A HA tem como forma de prevenção as seguintes dicas: prática de exercícios físicos de 3 a 5 vezes por semana, evitar alimentos gordurosos, frituras e doces, evitar a ingestão de bebidas alcoólicas e fumo e evitar o estresse.

2.2 DIABETES MELLITUS

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 180 milhões de pessoas tem diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030 e este aumento acontecerá principalmente nas faixas etárias mais altas. A ocorrência média de diabetes no Brasil na população adulta é de 5,2% e 18,6% na população acima de 65 anos, sem diferença entre os sexos¹⁸.

O Diabetes Mellitus (DM), assim com a hipertensão arterial, é uma doença crônica não transmissível que afeta de forma intensa a vida das pessoas. O tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, riscos ambientais e comportamentais afetam de forma direta na adesão da doença²¹.

Os principais sintomas do diabetes são: polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso. Outros sintomas são: sonolência, dores generalizadas, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbras, nervosismo, indisposição para o trabalho, desânimo, turvação da visão, cansaço físico e mental⁶.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014), a DM é dividida em dois subtipos: diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2. A DM tipo 1 é encontrada em 5% a 10% em crianças e com o grau mais lento e mais progressivo em adultos. A DM tipo 2 corresponde a 90% a 95% dos casos, sendo a mais comum e é encontrada em todas as faixas etárias.

O Diabetes Mellitus tipo 1 é caracterizado pela destruição das células produtoras de insulina, podendo ser resultante tanto de processos ambientais quanto genéticos. Sem tratamento, esta condição causa hiperglicemia, cetoacidose, emagrecimento, poliúria, polidipsia, e morte precoce e como complicação a neuropatia autonômica cardiovascular^{19,10}.

O DM tipo 2 é ligada a fatores genéticos e ambientais, é uma disfunção progressiva, com evolução em longo prazo, que pode gerar dependência insulínica sem tratamento adequado. Se tratada precocemente o processo pode ser bem mais controlado¹⁰.

O diagnóstico do Diabetes está baseado na detecção da hiperglicemia. Existem quatro tipos de exames que podem ser utilizados no diagnóstico: glicemia casual, glicemia de jejum, Teste de Tolerância à Glicose com sobrecarga de 75g em 2 horas (TTG) e, em alguns casos, a Hemoglobina Glicada³.

Muitos dos casos de Diabetes são diagnosticados mesmo antes dos primeiros sintomas. São diagnosticados por acaso durante uma consulta de rotina ou até mesmo durante o acompanhamento, com alguém da família ou amigo, numa consulta. Por isso a importância da visita periódica a unidade básica de saúde do seu município.

Tabela IV: Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré clínicos.

Categoria	Glicemia de jejum	TTG: 2 horas após 75g de glicose	Glicemia casual	Hemoglobina glicada
Glicemia normal	< 110	< 140	< 200	
Glicemia alterada	>110 e < 126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e < 200		
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	200 com sintomas clássicos)	> 6,5%

Fonte: Caderno de atenção básica: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus, 2013.

O Tratamento e controle do DM não se restringe apenas a medicamentos como também é necessário um complexo ajustamento no estilo de vida, o qual envolve a incorporação de práticas terapêuticas, alterações de padrões alimentares, realização de controle glicêmico, prática de atividades físicas, manutenção da pressão arterial e acompanhamento contínuo da equipe multiprofissional da saúde, para uma melhor qualidade de vida⁶.

O Diabetes Mellitus tem como formas de prevenção dois pontos importantíssimos que é a prática de atividade física regular e controle alimentar.

2.3 QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é uma variável de difícil definição e em algumas situações seu conceito é utilizado de maneira superficial devido ao uso indiscriminado pela mídia, proporcionando uma visão distorcida e reducionista do conceito. No decorrer dos anos vários filósofos deram seu conceito para QV e posteriormente esses conceitos mudavam⁸.

O conceito de QV envolve a percepção que o indivíduo tem da sua vida considerando a cultura, os valores, os sentimentos, as expectativas e as necessidades de cada um⁸. É caracterizada como um termo subjetivo, multidimensional e dinâmico. É subjetivo devido trabalhar com a percepção do indivíduo, multidimensional pelo fato de envolver várias dimensões (saúde física, emocional, psicológica e etc.) e dinâmico, pois se modifica no processo de viver¹³.

A Qualidade de Vida é definida por muitos autores como um sinônimo de saúde, e por outros como um conceito mais abrangente, em que saúde seria um dos tópicos a serem abordados. A forma como é abordada e os aspectos adotados estão ligados aos interesses científicos e políticos de cada estudo e área de investigação, bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação²⁰.

A QV é caracterizada como um conceito multidimensional, em que vários pesquisadores têm concordado sobre a importância de incluir aspectos físicos, como a capacidade funcional, as interações sociais, o comportamento afetivo e emocional e a saúde mental e também estão de acordo com o fato de que apenas o indivíduo pode avaliar sua vida^{22, 15}.

O interesse pela avaliação da QV é recente, tanto nas práticas assistenciais quanto nas políticas públicas, nos campos de prevenção de doenças e promoção de saúde. Diante disso a qualidade de vida está diretamente associada a promoção de saúde⁵.

A QV é um forte indicador de avaliação dos atendimentos prestados pelos serviços de saúde, aliando o processo saúde-doença com a efetividade dos procedimentos utilizados para o tratamento e reabilitação²⁴. A investigação da QV representa uma tentativa de quantificar as consequências das doenças e de tratamentos, segundo a percepção subjetiva dos pacientes¹².

A qualidade de vida possui duas esferas de percepção que são a esfera objetiva e subjetiva. A esfera objetiva lida com a garantia e satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, saúde e lazer. A esfera subjetiva lida com as ações individuais perante a própria vida do sujeito, engloba desde suas opções por práticas, como a expectativa e a percepção de seus níveis de qualidade de vida¹.

Existem vários instrumentos para investigar e avaliar a QV, e podem ser divididos em genéricos e específicos. Os instrumentos genéricos são utilizados na avaliação da população em geral e são usados questionários de base populacional sem especificar enfermidades, sendo mais apropriadas a estudos epidemiológicos. Os instrumentos específicos avaliam de forma individual e específica vários aspectos da qualidade de vida, e possui a sensibilidade de medir as alterações, devido a história natural ou após determinada intervenção⁵.

2.4 CRONOGRAMA, ACOMPANHAMENTO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para que um projeto tenha um resultado positivo é necessário que haja um planejamento das ações a serem realizadas. Esse planejamento se dá através de um cronograma contendo acompanhamento e educação em saúde.

Cronograma é uma ferramenta de planejamento e controle onde são descritas as atividades a serem executadas durante um certo período para a conclusão do projeto. Tem como objetivos organizar tarefas, estabelecer prazos, auxiliar no planejamento, entre outros.

Acompanhamento significa prestar uma assistência contínua, uma ajuda, apoio e principalmente supervisão.

Educação em saúde é considerada uma prática para a transformação dos modos de vida dos indivíduos e da coletividade e, conseqüentemente, promover qualidade de vida e saúde¹⁶. É considerada também o instrumento mais viável à promoção da integralidade a começar pela atenção básica⁹.

A Educação em saúde integra um instrumento promotor da qualidade de vida aos indivíduos, família e comunidades, através da articulação de saberes e recursos intrínsecos, atingindo dimensões que ultrapassam o biológico. É espaço de construção e difusão de conhecimentos e práticas para o viver saudável, além de possibilitar mudanças de comportamento em relação a saúde⁹.

3 – PLANO OPERATIVO

- **Elaboração da Planilha de Intervenção**

Situação problema	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Ausência de acompanhamento satisfatório com os hipertensos e diabéticos	Construção de um cronograma de acompanhamento para hipertensos e diabéticos;	2 meses	Grupo de Hiperdia com avaliação da pressão arterial e glicemia capilar, peso corporal e medida da circunferência abdominal; Práticas de atividades físicas (alongamento, caminhadas, atividades com ligas e danças); Grupos Contenção de Dor para aqueles que sofrem de dores crônicas, pois o grupo tem como objetivo o alívio da dor através de fisioterapias; Consultas médica e de Enfermagem contínuas para solicitação de exames de rotina e avaliação do grupo.	Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Secretaria Municipal de Saúde.
	Elaboração de um roteiro de atividades educativas voltadas para esse público	1 mês	Palestras educativas mensais. Temas a serem abordados: Alimentação saudável; Prevenção do AVC; Importância da Prática de atividades físicas; Uso correto da medicação.	ESF, NASF e Secretaria Municipal de Saúde

4 – PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO DO PLANO

O acompanhamento será realizado na própria Unidade Básica de Saúde “Gerardo Magela”. Será realizado pela Enfermeira, toda a sua equipe, Secretaria Municipal de Saúde e o NASF.

Para o acompanhamento contínuo das ações planejadas e dos resultados alcançados, serão utilizados indicadores qualitativos para medir o grau de cumprimento das ações e dos resultados.

Um dos indicadores a serem utilizados é o monitoramento mensal da pressão arterial para os hipertensos e o monitoramento dos níveis glicêmicos para os pacientes diabéticos. Outro ponto de acompanhamento é a avaliação mensal do peso corporal, para avaliar a perda da gordura corporal e acompanhamento da circunferência abdominal.

Para um melhor monitoramento das ações que serão realizadas, serão elaboradas planilhas para uma melhor identificação e organização dos dados. Como já citado, o monitoramento será feito com periodicidade mensal e a forma de divulgação será através das planilhas e gráficos.

5 – CONCLUSÃO

O processo de implantação começará pela apresentação do projeto a toda a equipe e secretaria de saúde e reunião para organização. Logo após a aprovação de todos, dar-se-á início às ações do projeto.

Como estratégias, serão utilizadas as visitas domiciliares para o convite dos usuários, para que compareçam à unidade no dia e horário previamente marcados. As outras reuniões serão agendadas no cartão do hiperdia de cada usuário.

Quanto às dificuldades que poderão ser encontradas o não comparecimento do usuário nos grupos é um fator que pode acontecer. Além disso as desistências também é um fator que devemos ter muito cuidado para que não aconteça. Caso aconteça desistência será realizada a busca ativa do usuário.

Outra dificuldade que pode aparecer é o não seguimento das orientações dadas, mas deve-se tentar, da melhor forma possível conscientizar essas pessoas. Terá frequência para controle e um melhor acompanhamento e avaliação de cada indivíduo, e que tenha um resultado satisfatório do grupo.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, M; GUTIERREZ, G; MARQUES, R. **Qualidade de vida**. 22ed. São Paulo: Each, 2012.

2. ANDRADE, Silvânia Suely de Araújo et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, p. 297-304, 2015.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do adulto: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes mellitus. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília: Ed. 36. Ministério da Saúde, 2013.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do adulto: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Hipertensão arterial sistêmica. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA**. Brasília: Ed. 37. Ministério da Saúde, 2013.
5. CAMPOS, M; NETO, J. Qualidade de vida: um instrumento para a promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [Bahia], v.32, n.2, p.232-240, mai-ago, 2008. Disponível em <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1438/1075>>. Acesso em 10 de setembro de 2018.
6. COSTA, Jane Ruth Gadelha et al. Educação em saúde sobre atenção alimentar: uma estratégia de intervenção em enfermagem aos portadores de diabetes mellitus. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017.
7. GONÇALVES COSTA, Fabrycianne; DE LIMA COUTINHO, Maria da Penha. Representações sociais no contexto do diabetes mellitus. **Psicologia em Estudo**, v. 21, n. 1, 2016.
8. CORDEIRO, J. **Fatores associados à qualidade de vida relacionada à saúde do portador de doença renal crônica em tratamento pré-dialítico**. Tese (Doutorado). 133p. Goiânia. UFG, 2014. Disponível em <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4576/5/Tese%20%20Jacqueline%20Andr%C3%A9ia%20Bernardes%20Le%C3%A3o%20Cordeiro%20-%202014.pdf>>. Acesso em 26 de setembro de 2018.
9. DE JESUS, Samuel José Amaral. O papel da Educação em Saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. **Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia**, v. 2, n. 7, 2015.
10. GAWRYSZEWSKI; TAVARES, 2016. Internações decorrentes de Diabetes Mellitus no estado do Rio de Janeiro e o papel da estratégia de saúde da família. **Boletim Epidemiológico Paulista (BEP)**, Rio de Janeiro, v. 13, ed. 150, p. 1-10, 2016. Disponível em: ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6253. Acesso em 01 de setembro de 2018.
11. GIMENES, Camila et al. Redução da pressão arterial e circunferência abdominal e melhora da Capacidade Funcional de idosas hipertensas submetidas ao Programa de Fisioterapia Funcional. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 77-92, 2015.
12. GUEDES, K; GUEDES, H. Qualidade de vida do paciente portador de insuficiência renal crônica. **Revista Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v.5, n.1, p.48-53, jan-jun. 2012. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v21nspe/a12v21ns.pdf>>. Acesso em 15 de setembro de 2018.

13. GRASSELLI, C. et al. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, São Paulo, v.10, n.6, pag. 503-507, nov-dez. 2012. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2012/v10n6/a3185.pdf>>. Acesso em 10 de Setembro de 2018.
14. JÚNIOR, Ribeiro; GARCIA, Antônio Carlos. Estratégias para prevenir complicações e controlar a pressão arterial dos pacientes hipertensos. 2018.
15. LIRA, C; AVELAR, T; BUENO, J. Coping e qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, Londrina, v.6, n.1, pag. 82-99, jun. 2015. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/eip/article/view/21464>>. Acesso em 20 de setembro de 2018.
16. MALLMANN, Danielli Gavião et al. Educação em saúde como principal alternativa para promover a saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1763-1772, 2015.
17. MALTA, Deborah Carvalho et al. Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 51, n. suppl 1, p. -, 2017.
18. MENDES, Telma de Almeida Busch et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1233-1243, 2011.
19. OLIVEIRA, E. A. et al. Influência do Diabetes Tipo 1 na análise simbólica e complexidade da variabilidade da frequência cardíaca em jovens adultos. **Arq Bras Cardiol**, v. 111, n. 1, p. 94-101, 2018.
20. PEREIRA, E; TEIXEIRA, C; SANTOS, A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v.26, n.2, p.241-50, abr-jun. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-55092012000200007&script=sci_arttext>. Acesso em 15 de setembro de 2018.
21. PETERMANN, Xavéle Braatz et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 1, p. 49-56, 2015.
22. SANTOS, Paulo Roberto; PONTES, Lígia Regina Sansigolo Kerr. Mudança do nível de qualidade de vida em portadores de insuficiência renal crônica terminal durante seguimento de 12 meses. **Cep**, v. 60160, p. 090, 2007.
23. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016. Disponível em: www.cardiol.br. Acesso em 01 de setembro de 2018.
24. TAKEMOTO, A. et al. Avaliação da qualidade de vida em idosos submetidos ao tratamento hemodialítico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.32, n.2, pag.256-262, jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200007>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

