

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

GUIBERGUE ALYSSON DE ALMEIDA CARLOS

**TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MARECHAL
DEODORO, ALAGOAS: proposta de intervenção para aumentar
a adesão ao tratamento**

MACEIÓ / ALAGOAS

2018

GUIBERGUE ALYSSON DE ALMEIDA CARLOS

TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MARECHAL DEODORO, ALAGOAS: proposta de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

MACEIÓ/ ALAGOAS

2018

GUIBERGUE ALYSSON DE ALMEIDA CARLOS

**TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA, MARECHAL
DEODORO, ALAGOAS: proposta de intervenção para aumentar
a adesão ao tratamento**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - orientadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de junho de 2018.

RESUMO

A Unidade de Saúde da Equipe do José Dias tem uma comunidade com cerca de 3.735 habitantes e se localiza na periferia de Marechal Deodoro. O diagnóstico situacional apontou os problemas prevalentes da comunidade e a equipe priorizou a pouca eficácia e baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na referida Unidade de Saúde. Este trabalho objetivou criar um plano de intervenção com vistas à prevenção de complicações e melhoraria da adesão ao tratamento da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos pela equipe José Dias, no município de Marechal Deodoro. O plano seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional e, para sustentação do plano de intervenção, foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* utilizando os descritores: hipertensão, Diabetes Mellitus, atenção primária à saúde. Espera-se que as ações propostas atinjam os objetivos propostos, que os pacientes portadores de hipertensão e diabetes aprendam sobre essas doenças, suas complicações e a importância de seguir o tratamento recomendado, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Busca-se, dessa forma, que os pacientes tenham melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus . Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Health Unit of Jose Dias has community of about 3,735 inhabitants and located in the urban area of the municipality of Marechal Deodoro. The situational diagnosis pointed to the most prevalent problems in the community and the team prioritized the low efficacy and low adherence to the treatment of Hypertension and Diabetes Mellitus in our Health Unit. This work aimed to create an intervention plan with a view to the prevention of complications and improvement of adherence to the treatment of hypertension and Diabetes Mellitus in patients attended by the team José Dias, in the municipality of Marechal Deodoro. The plan followed the steps of Strategic Situational Planning and a bibliographic research was done in Scientific Electronic Library Online with the descriptors: hypertension, Diabetes Mellitus , primary health care. We hope, that the proposed actions will reach their target, that is, patients with hypertension and diabetes learn about these diseases, their complications and the importance of following the recommended treatment, be it pharmacological or non-pharmacological. In this way, patients will have better quality of life.

.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus . Primary health care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Breves informações sobre o município de Marechal Deodoro	8
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	8
1.3 A Equipe de Saúde da Família José Dias, seu território e sua população	8
1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	10
1.5 Priorizações dos problemas (segundo passo)	10
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
REFERENCIAS	23

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Marechal Deodoro

Marechal Deodoro é uma cidade que no censo de 2010 tinha 45.977 habitantes e estimativa para 2017 de 52.260 habitantes (IBGE, 2016). Localiza-se na região nordeste e está 28 km distante da capital do Estado de Alagoas. O município teve um crescimento importante nas últimas décadas em função da instalação de algumas indústrias em seu distrito industrial. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, de um desenvolvimento social (IBGE, 2016).

Marechal Deodoro tem como principais fontes de renda e geração de empregos as indústrias da Cadeia Produtiva da Química e do Plástico implantadas em seu distrito industrial, usina sucroalcooleira, varejo, artesanato, pesca e o turismo. Como tradição na área cultural, a cidade movimentou a região com o seu festival de música e suas festas religiosas (IBGE, 2016).

1.2O Sistema Municipal de Saúde

Na área da saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar. Conta com um Centro de Especialidades, um hospital com atendimento de 24h e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Há poucos anos o município adotou a estratégia de saúde da família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 16 equipes. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado, é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

1.3A Equipe de Saúde da Família José Dias, seu território e sua população

José Dias é uma comunidade com cerca de 3.735 habitantes, localizada na periferia de Marechal Deodoro. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho nas empresas do distrito industrial e usina de cana-de-açúcar, do artesanato, do turismo, da pesca, da prestação de serviços e da economia informal. É grande o número de desempregados e subempregados e aposentados (MARECHAL DEODORO, 2017).

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre menores de 14 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. Existem outras iniciativas de trabalho na comunidade. Esses trabalhos estão bastante dispersos e desintegrados e, em sua maioria, voltados para crianças, adolescentes e mães. A população conserva hábitos e costumes próprios da população nordestina e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas (MARECHAL DEODORO, 2017).

Na UBS José Dias trabalham uma Equipe de Saúde da Família e uma Equipe de Saúde Bucal.

A Unidade de Saúde da Equipe do José Dias está situada na rua principal do bairro. É um imóvel próprio, construído para ser uma Unidade de Saúde, mas no momento abriga duas unidades. A estrutura é precária. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não

existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização no atendimento.

As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na área destinada à recepção. Houve, porém, momentos em que as reuniões aconteciam no salão da igreja Matriz, que fica um pouco distante da Unidade de Saúde.

1.4 Problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as doenças que mais prevalecem no atendimento nesta UBS, superando as doenças respiratórias e ortopédicas. Merecem uma atenção especial na prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de suas complicações.

1.5 Priorizações dos problemas (segundo passo)

A descrição do problema de Saúde escolhido está relacionado à pouca eficácia e baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em nossa Unidade de Saúde. Muitos pacientes procuram a unidade para um controle sintomático do problema de saúde, os que retornam para um acompanhamento contínuo do tratamento não conseguem atingir a meta determinada para cada caso.

As práticas educativas ainda são limitadas, e a pouca qualificação da equipe no acolhimento acaba promovendo o afastamento dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

O problema de saúde considerado prioritário pela equipe de saúde da nossa unidade, neste caso a HAS, pode ser explicado devido a um aumento da demanda espontânea que procura atendimento de urgência nas crises hipertensivas sem retorno para o acompanhamento e controle da hipertensão arterial.

O controle oportuno das condições crônicas de saúde exige a construção de um vínculo a longo prazo entre equipe de saúde e usuários, possibilitando um apoio integral na capacitação do autocuidado e mudança de estilo de vida em hábitos saudáveis (VIDIGAL, 2012).

A não realização de atividades de promoção à saúde e a utilização dos medicamentos anti-hipertensivos de forma inadequada pelos pacientes, foram constatadas durante a consulta dos grupos de HIPERDIA e nas visitas domiciliares, evidenciando a deficiência do tratamento.

3 OBJETIVO

Criar um plano de intervenção com vistas à prevenção de complicações e melhoraria da adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos pela equipe José Dias, no município de Marechal Deodoro.

.

4 METODOLOGIA

Para implantação e implementação das ações previstas no plano de intervenção, seguiu-se as seguintes etapas para sua elaboração:

Primeiro, foi feito o diagnóstico situacional, da nossa área de abrangência, com nomeação dos principais problemas de saúde detectados e posterior discussão com os membros da equipe para selecionar aquele considerado prioritário, com base no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo, para sustentação do plano de intervenção, foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), com os descritores: hipertensão, Diabetes Mellitus , atenção primária à saúde.

Também foram pesquisados os Programas do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Cardiologia e Diabetes.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de pressão arterial Sistólica maior ou igual 140 mmHg e /ou de Diastólica maior ou igual 90 mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial se classifica em dois tipos: primária que tem causa desconhecida, e secundária com causa orgânica desencadeadora da elevação dos valores pressóricos, geralmente doenças renais e endócrinas como principais causas. A causa primária equivale a praticamente de 95% dos casos de hipertensão arterial e a secundária a 5% (FERREIRA; AYDOS, 2010).

A HAS, além de ser um problema de saúde pública no Brasil e no mundo e de se associar diretamente com o envelhecimento, ela apresenta outros fatores de risco como o excesso de peso e obesidade, inatividade física e no aspecto biológico, a genética (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Destaca-se, ainda, que a hipertensão contribui, direta ou indiretamente, para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV) e complicações cardíacas e renais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A 7ª Diretriz de Hipertensão afirma que as doenças cardiovasculares :

[...] são ainda responsáveis por alta frequência de internações, com custos socioeconômicos elevados. Dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) apontam significativa redução da tendência de internação por HA, de 98,1/100.000 habitantes em 2000 para 44,2/100.000 habitantes em 2013 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 1).

De acordo com o Ministério da Saúde, depois do diagnóstico de HAS, médico deve fazer avaliação clínica do paciente e solicitar exame laboratorial e estratificação de riscos a fim de iniciar o tratamento adequado. O tratamento adequado abrange contar com uma equipe multiprofissional tendo em vista que a hipertensão é uma

síndrome multifatorial. Com o tratamento busca-se reduzir a morbimortalidade cardiovascular e o paciente ter melhor qualidade de vida (BRASIL, 2013).

O controle da PA está relacionado, dentre outras variáveis, à prática regular de atividades físicas. Tal hábito, quando estabelecido na infância, apresenta maiores chances de perdurar na vida adulta. Mas, ainda há poucos estudos sobre a prevalência de sedentarismo em crianças e adolescentes (FREITAS, 2012, p. 431).

Quanto ao Diabetes Mellitus, trata-se de distúrbio metabólico que se caracteriza por hiperglicemia persistente, onde existe uma deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambas condições gerando complicações a longo prazo. As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes apresentam que o número de pessoas com diabetes aumentou devido ao crescimento e envelhecimento da população, da grande urbanização e do aumento de pessoas com sobrepeso, obesidade e sedentarismo, além da maior sobrevivência de pacientes com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva são sintomas clássicos de hiperglicemia e, aproximadamente um terço apresenta-se com cetoacidose diabética (ADA, 2012).

No Brasil, pode-se afirmar que existe impacto a partir da implantação do Programa de Saúde da Família em relação à “melhoria do controle da hipertensão arterial, mas os fatores de risco associados permaneceram acima dos níveis atualmente recomendados, necessitando controle adequado”. O controle e prevenção da HAS é, portanto, um desafio, mesmo após a implantação da ESF que aumentou significativamente, a abordagem dessa doença, sendo que a diminuição dos fatores de risco ainda precisa ser trabalhado de modo interdisciplinar (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007, 368).

Pesquisa de Campbell et al. (2003) mostrou que houve aumento substancial nas prescrições de medicamentos anti-hipertensivos no Canadá entre 1996 e 2001, principalmente nos 3 anos após a introdução de um programa nacional de educação sobre hipertensão. Buscaram, por meio dessa pesquisa, incentivar todos os

programas nacionais para atualizar, de forma regular, as recomendações ligadas à implementação multidisciplinar para aumentar o uso de terapia medicamentosa anti-hipertensiva. Para mudar as práticas de atendimento é fundamental uma intervenção com práticas educativas permanentes e sistematizadas entre os profissionais de saúde.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema (terceiro passo)

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm condições de acolher adequadamente uma consulta de demanda espontânea e organizar o acompanhamento de um usuário em sua condição crônica.

A maior parte das agudizações das doenças crônicas pode ser mais bem manejada na UBS: o profissional/a equipe conhece o usuário, seus problemas de saúde, as medicações prescritas, sua história, seu contexto. Esse episódio pode servir de alerta para a possibilidade de tratamento não adequado ou não utilização das medicações prescritas (BRASIL, 2014, p. 41).

Assim, nossa unidade e nossa equipe têm condições de acolher e tratar apropriadamente os usuários com HAS e DM.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Na nossa área de abrangência, ESF José Dias, detectamos alta incidência de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes. Vimos, ainda, que há baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso indicado.

Portanto, o plano de ações proposto poderá auxiliar na diminuição desse problema a partir de implementação de estratégias socio-educativas, de busca ativa de casos para o aumento de adesão ao tratamento e, com isso, diminuir os casos de complicações da HAS e DM.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para a elaboração do plano de intervenção, foram elencados os nós críticos. Esses são definidos como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar a questão principal e transformá-la (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram identificados os seguintes nós críticos:

- Tratamentos não farmacológicos irregulares.
- Falta de informação dos pacientes sobre as complicações agudas e crônicas da HAS e DM.
- Inadequada infraestrutura para atividades recreativas e de lazer.

6.4 Desenho de Operações (sexto passo)

As operações relacionadas aos nós críticos estão apresentadas nos Quadros 1, 2 e 3.

Quadro 1 – Operações para o “nó crítico 1” relacionado ao problema “pouca eficácia e baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Dias, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas.

Nó crítico 1	Tratamentos não farmacológicos irregulares
Operções	Realizar grupos educativos com os pacientes hipertensos e diabéticos; Incentivar práticas de exercício regular e monitoramento pelos profissionais de saúde.
Projeto	<i>Cuidando-me</i>
Resultados esperados	Pacientes com perda de peso, praticando exercícios físicos, dietas mais saudáveis, redução de níveis glicêmicos e pressóricos e melhor qualidade de vida. Caminhadas programadas.
Produtos esperados	Grupos educativos em atividade; pacientes com independência nas atitudes de mudança do estilo de vida; decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle e na prevenção de complicações agudas e crônicas.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da unidade. Locais para a prática de atividade Física. Cognitivo: discussões sobre HAS e DM em grupos educativos com os pacientes; discussões e trocas de experiências com profissionais de nutrição e educação física. Financeiro: aquisição de folhetos informativos Político: mobilização dos profissionais e pacientes
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade de espaço para a prática de atividade Física. Financeiro: conseguir aquisição de recursos para aquisição de materiais educativos.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de educação em grupos e envolvimento de nutricionistas e educadores físicos.
Prazo	6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde, Nutricionistas, Educadores Físicos

Quadro 2 – Operações para o “nó crítico 2” relacionado ao problema “pouca eficácia e baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Dias, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 2	Falta de informação dos pacientes sobre as complicações agudas e crônicas da HAS e DM.
Projeto	<i>Aprendi muito</i>
Operação (operações)	Mostrar a importância do acompanhamento regular e adesão ao tratamento. Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a doença e suas complicações a curto e longo prazo.
Resultados esperados	Pacientes portadores de HAS e DM com menos complicações Pacientes mais informados sobre sua doença.
Produtos esperados	Grupos de pacientes e familiares discutindo sobre HAS, DM e suas complicações; pacientes seguindo o tratamento. Equipe de Saúde e cuidadores participando de grupos operativos para o desenvolvimento de atividades educativas.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da unidade para realização dos grupos; Cognitivo: palestras informativas dos profissionais de saúde da unidade. Financeiro: folhetos informativos.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade de espaço para os grupos. Financeiro: conseguir aquisição de recursos para aquisição de materiais educativos.
Ações estratégicas	Apresentar projeto de educação em grupos e envolvimento de nutricionistas e educadores físicos.
Prazo	Início em dois meses e tempo indeterminado.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeira,

Quadro 3 – Operações para o “nó crítico 3” relacionado ao problema “pouca eficácia e baixa adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Jose Dias, do município Marechal Deodoro, estado de Alagoas

Nó crítico 3	Inadequada infraestrutura para atividades recreativas e de lazer
Operações	Conseguir espaço físico para grupos de lazer como participação em oficinas de recortes de revistas, jornais sobre HAS, DM, e fatores de risco. Discutir sobre as medicações e alimentos divulgados em revistas ou outros meios de comunicação.
Projeto	<i>Brincando e aprendendo</i>
Resultados esperados	Pacientes com discussões e troca de informações a partir da ludicidade e aprendendo brincando.
Produtos esperados	Grupos de discussão com base no lazer e recreação
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico da unidade. Cognitivo: discussões sobre HAS e DM a partir de gravuras e ou vídeos. Financeiro: aquisição de revistas, jornais, vídeos, etc.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade de espaço para os grupos Financeiro: conseguir aquisição de recursos para aquisição de materiais educativos.
Ações estratégicas	Sensibilizar pacientes e familiares para participação nos grupos.
Prazo	Início em dois meses e término em um ano ou quando se fizer necessário
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médico, enfermeira, Agentes Comunitários de Saúde,

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do número de usuários com diagnóstico de HAS e DM em tratamento e que não consegue alcançar resultados positivos com o tratamento ou desistem deste tem gerado grande preocupação para a equipe de saúde. Tal fato evidencia o aumento na perda da qualidade de vida desses pacientes, uma vez que limita suas atividades laborais e de lazer, além dos impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias, quando apresentam complicações.

Assim, torna-se necessário criar ações que possibilitem ao paciente aprender, conscientizar-se e aderir ao tratamento terapêutico, tanto farmacológico quanto não farmacológico. Todas as ações programadas acontecem junto com a equipe para uma intervenção condizente com a realidade da área adscrita.

Desta forma, a proposta de intervenção visa melhorar o controle da HAS e DM e suas complicações, diminuindo a incidência dessas afecções na população da área de abrangência. Por meio do aumento do conhecimento dos pacientes a respeito de suas doenças e do ajuste do tratamento de acordo com a realidade de cada um, espera-se melhorar a qualidade de vida destes, dos seus familiares e cuidadores.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in diabetes – 2018. **Diabetes Care**. v. 41 (Supplement 1): S1-S2, 2018. Disponível em: www.care.diabetesjournals.org

ARAÚJO, J. C.; GUIMARÃES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 3, p. 368-374, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

CAMPBELL, Norman R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **Journal of Hypertension** v. 21, n. 8, p. 1591-1597, 2003

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

FERREIRA, Joel Saraiva; AYDOS, Ricardo Dutra. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010

FREITAS, D. et al. Fatores de risco para hipertensão arterial entre estudantes do ensino médio. **Acta Paul Enferm.** v.25, n. 3, p. 430-4, 2012

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016 Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>

MARECHAL DEODORO. Secretaria Municipal de Saúde. 2017. Disponível em: www.marechaldeodoro.al.gov.br/

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - Sociedade Brasileira de Diabetes. 2013-2014 **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 103, n.3, p.1 - 51, 2016.

VIDIGAL, E. N. **Estratégia para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos em um Centro de Saúde de Belo Horizonte** - relato de experiência. 2012. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Atenção

Básica em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.