

CENTRO UNIVERSITÁRIO BRASILEIRO - UNIBRA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

IVANICE VIDAL DOS SANTOS SILVA ALBUQUERQUE
TAMIRES REGINA SANTANA DA SILVA

**O impacto da educação em saúde na adesão ao tratamento das
Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes: hipertensão
arterial e diabetes mellitus**

RECIFE/2025

**IVANICE VIDAL DOS SANTOS SILVA ALBUQUERQUE
TAMIREZ REGINA SANTANA DA SILVA**

**O impacto da educação em saúde na adesão ao tratamento das
Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes: hipertensão
arterial e diabetes mellitus**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à Disciplina TCC II do
Curso de Bacharelado em Enfermagem
do Centro Universitário Brasileiro -
UNIBRA, como parte dos requisitos
para conclusão do curso.

Orientador(a): Dr^a Cicera Maria dos
Santos Gomes

RECIFE
2025

**IVANICE VIDAL DOS SANTOS SILVA ALBUQUERQUE
TAMIRES REGINA SANTANA DA SILVA**

**O impacto da educação em saúde na adesão ao tratamento das
Doenças Crônicas não Transmissíveis mais prevalentes: hipertensão
arterial e diabetes mellitus**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Disciplina TCC II do Curso de Enfermagem
do Centro Universitário Brasileiro - UNIBRA, como parte dos requisitos para conclusão do curso.

Examinadores:

Dr^a Cicera Maria dos Santos Gomes

Examinador 1 – Titulação

Examinador 2 - Titulação

Nota: _____

Data: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder saúde e disposição para seguir adiante em cada desafio desta jornada acadêmica, guiando meus passos.

A mim mesma, pelo esforço, dedicação e coragem de persistir, mesmo diante das dificuldades. Que este trabalho seja também o reconhecimento da minha determinação e resiliência.

Ao meu querido esposo, minha gratidão eterna pelo apoio constante e incentivo em todos os momentos, que fez cada obstáculo se tornar mais leve e cada conquista ainda mais especial.

Ivanice Vidal dos Santos Silva Albuquerque

A Deus, por me dar forças nos momentos de dificuldade e iluminar meus passos nesta caminhada. Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim, me apoiaram com amor incondicional e foram minha base em todos os momentos. E a minha filha, que é a minha maior inspiração e motivo para nunca desistir.

Tamires Regina Santana da Silva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Prevalência de hipertensão arterial (adultos).....	12
Tabela 2 - Exames para o diagnóstico de Diabetes Mellitus.....	13

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo explorar através de uma revisão de literatura como a educação em saúde pode ser crucial na adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e o seu impacto na prevenção e promoção da saúde. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, realizada por meio de buscas em bases de dados científicas nacionais e internacionais, com foco em publicações recentes e relevantes sobre o tema. Foram utilizadas as seguintes bases de dados: BVS, LILACS e SCIELO. Os resultados evidenciam que a atuação do enfermeiro, enquanto educador em saúde, é essencial para o fortalecimento do autocuidado, a melhora da adesão ao tratamento e a prevenção de complicações decorrentes das doenças crônicas. As intervenções educativas, tanto individuais quanto coletivas, mostraram-se eficazes para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, além de favorecerem a mudança de hábitos e o empoderamento dos pacientes no manejo de sua condição. Conclui-se que a educação em saúde, mediada pelo enfermeiro, constitui uma ferramenta indispensável para a promoção da saúde, contribuindo para a qualidade de vida e para a redução da morbimortalidade associada às doenças crônicas.

Palavras-Chaves: Educação em Saúde. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Tratamento

ABSTRACT

This study aims to explore, through a literature review, how health education can be crucial in adherence to treatment for chronic non-communicable diseases and its impact on prevention and health promotion. It is a narrative literature review, conducted through searches in national and international scientific databases, focusing on recent and relevant publications on the subject. The following databases were used: BVS, LILACS, and SCIELO. The results show that the nurse's role as a health educator is essential for strengthening self-care, improving adherence to treatment, and preventing complications arising from chronic diseases. Educational interventions, both individual and collective, proved effective in controlling blood pressure and glucose levels, as well as promoting changes in habits and empowering patients in managing their condition. It is concluded that health education, mediated by nurses, constitutes an indispensable tool for health promotion, contributing to quality of life and reducing morbidity and mortality associated with chronic diseases.

Keywords: Health Education. Chronic Noncommunicable Diseases. Treatment

SUMÁRIO

1. Introdução.....	7
2.Materiais e métodos.....	8
3.Resultados esperados.....	10
3.1 <i>Impactos epidemiológicos e sociais das DCNTs.....</i>	<i>10</i>
3.2 <i>Hipertensão Arterial Sistêmica.....</i>	<i>11</i>
3.3 <i>Diabetes Mellitus.....</i>	<i>13</i>
3.4 <i>Educação em Saúde como Estratégia de Enfermagem.....</i>	<i>14</i>
3.5 <i>Papel da Enfermagem na Educação em Saúde na Adesão Terapêutica de Pacientes com Hipertensão e Diabetes.....</i>	<i>15</i>
4 Conclusões.....	16
Referências.....	17

1. Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma doença crônica é definida como uma condição de longa duração, que evolui lentamente e, em geral, não tem cura definitiva, mas pode ser controlada por meio de tratamento e mudanças no estilo de vida.¹ As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) caracterizam-se por um curso clínico prolongado, frequentemente associado a limitações funcionais, incapacidades e alterações orgânicas que exigem mudanças significativas no modo de vida. Devido a isso, demandam cuidados contínuos, que vão desde ações de promoção da saúde até a adoção de práticas voltadas para um estilo de vida mais saudável. Entre os principais fatores relacionados ao seu desenvolvimento estão a idade, o histórico familiar, a predisposição genética, o sexo biológico, além de hábitos como alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool.²

As DCNTs representam atualmente a principal causa de morbimortalidade no mundo. Segundo a OMS, essas enfermidades, incluindo doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas e diabetes, foram responsáveis por aproximadamente 43 milhões de óbitos em 2021, o que corresponde a cerca de 74% de todas as mortes globais. Dentre esses óbitos, cerca de 18 milhões ocorreram de forma prematura, antes dos 70 anos de idade, com maior concentração em países de baixa e média renda.^{3,4}

No Brasil, as DCNT também se configuram como o maior problema de saúde pública, respondendo por mais de 700 mil mortes anuais. Estimativas apontam que, em 2019, cerca de 734 mil óbitos tiveram como causa principal as DCNT, correspondendo a mais da metade de todas as mortes no país.^{5,6} Ainda que as taxas padronizadas de mortalidade apresentem discreta redução em alguns grupos de doenças devido ao avanço terapêutico e às políticas de prevenção, o número absoluto de pessoas acometidas vem crescendo. Esse fenômeno ocorre em razão do envelhecimento populacional e do aumento expressivo de fatores de risco como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada e consumo de álcool.^{7,8} Entre as DCNTs mais prevalentes no país, destacam-se a hipertensão arterial que acomete cerca de 30% dos adultos, seguida da Diabetes Mellitus e Obesidade.⁹

No estado de Pernambuco, a situação acompanha o cenário nacional. As doenças do aparelho circulatório constituem a principal causa de morte, seguidas pelas neoplasias malignas. Relatórios da Secretaria Estadual de Saúde e dados do DATASUS indicam que, embora as taxas padronizadas de mortalidade por DCNT apresentem discreta redução ao longo da última década, o número absoluto de óbitos cresce em decorrência do envelhecimento populacional e do avanço dos fatores de risco locais.^{8,10}

Com o objetivo de enfrentar o crescente impacto das DCNTs e reduzir tanto a mortalidade quanto a prevalência de seus principais fatores de risco modificáveis, tais como tabagismo, o consumo excessivo de álcool, a inatividade física e os hábitos alimentares inadequados, o Ministério da Saúde lançou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNTs no Brasil 2011-2022. Essa iniciativa visa orientar o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas eficazes, integradas e sustentáveis, fundamentadas em evidências científicas, voltadas à prevenção e ao controle de enfermidades como acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), hipertensão arterial (HA), câncer, diabetes mellitus e doença renal crônica.¹¹

Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus se destacam entre as DCNTs pela elevada prevalência, impacto sobre a morbimortalidade, e pelos custos socioeconômicos elevados que impõem. Essas doenças demandam atenção contínua, acompanhamento clínico, intervenções educativas e promoção de estilos de vida saudáveis, além de ações sistemáticas de cuidado de enfermagem para prevenção de complicações e melhora da qualidade de vida dos pacientes.¹²

O plano está estruturado em cinco eixos centrais: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde e cuidado integral. Entre as ações de destaque inseridas nesse contexto, ressaltam-se programas e estratégias como a Academia da Saúde, o Farmácia Popular, a expansão da Atenção Básica e da Estratégia de Saúde da Família (ESF), além da criação da Rede de Urgência e Emergência e das Redes de Atenção às DCNTs. Tais iniciativas representam avanços relevantes na organização dos serviços e na resposta do sistema de saúde às demandas crescentes relacionadas às doenças crônicas no país.¹³

Além disso, a educação em saúde tem se consolidado como um componente essencial na prevenção das DCNT, ao possibilitar a difusão de conhecimentos baseados em evidências científicas, estimular práticas de vida mais saudáveis e ampliar a autonomia das pessoas no cuidado com a própria saúde. Quando planejadas de forma adequada e alinhadas às especificidades socioculturais da

população, as ações educativas têm potencial para gerar mudanças sustentáveis nos comportamentos, contribuindo de maneira significativa para a diminuição dos fatores de risco associados às DCNTs.¹⁴

Através da educação em saúde, é possível obter um diagnóstico precoce, prevenção primária e redução dos casos, tratamento adequado, melhoria da qualidade de vida e redução dos custos para o sistema de saúde. A falta da educação em saúde pode levar ao abandono ou a automedicação inadequada, visto que a maior parte dos pacientes não entendem a gravidade da doença e a importância do tratamento.^{14,15} Dessa forma, a conscientização da população é essencial para reduzir a incidência e os impactos destas doenças.¹⁶

A Organização Mundial da Saúde destaca que intervenções educativas bem estruturadas podem reduzir significativamente a incidência e a mortalidade relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis. Ações como programas de incentivo à atividade física, campanhas de alimentação equilibrada, estratégias de cessação do tabagismo, controle do consumo de álcool e medidas de manejo do estresse são componentes fundamentais desse processo educativo.¹⁷

Nesse cenário, o profissional de enfermagem assume relevância central, uma vez que está diretamente inserido no cuidado integral e contínuo, especialmente na atenção primária à saúde. O enfermeiro atua como educador, mediador e facilitador, promovendo orientações individualizadas e coletivas, estimulando a autonomia do paciente e da comunidade no autocuidado e contribuindo para a adoção de hábitos de vida mais saudáveis. Diante desse panorama, cabe ao cuidado de enfermagem um papel essencial: promover intervenções de prevenção e controle, educar pacientes sobre autocuidado, monitorar fatores de risco, favorecer adesão ao tratamento e articular o cuidado de forma contínua.¹⁸

Além disso, sua proximidade com a população permite identificar barreiras culturais, socioeconômicas e ambientais, favorecendo a implementação de estratégias educativas culturalmente sensíveis e adaptadas às necessidades de diferentes grupos populacionais. Portanto, a educação em saúde, quando conduzida de forma contínua, intersetorial e apoiada por profissionais capacitados, não apenas fortalece a prevenção e o manejo das doenças crônicas, mas também promove a equidade em saúde, oferecendo às populações em situação de vulnerabilidade maior acesso a conhecimentos e recursos essenciais para a melhoria da qualidade de vida.¹⁹

A hipertensão arterial vem sendo um importante fator de risco para doenças cardiovasculares, renais e cerebrovasculares e uma grande preocupação para a saúde pública. Trata-se de uma condição clínica caracterizada por níveis persistentemente elevados de pressão arterial. Critérios atuais determinam que valores de pressão sistólica entre 120 e 129 mmHg já são considerados pré-hipertensão, sendo os valores normais abaixo de 120 mmHg e hipertensão acima de 129 mmHg.²⁰ Por sua vez, o Diabetes Mellitus é um grupo de distúrbios metabólicos caracterizados por hiperglicemia persistente que leva a complicações vasculares e neurológicas, afetando múltiplos sistemas do organismo.²¹ Ambas representam doenças crônicas de elevada importância clínica e demandam cuidados e tratamento individualizados, sendo os profissionais de enfermagem essenciais nesse contexto²¹.

Diante do exposto, o objetivo do trabalho é explorar através de uma revisão de literatura como a educação em saúde pode ser crucial na adesão ao tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e o seu impacto na prevenção e promoção da saúde.

2. Material e Métodos

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura sobre a educação em saúde na adesão ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes e seu impacto na prevenção e promoção da saúde. Seguiram-se as etapas metodológicas para a realização da revisão narrativa, a saber: definição do tema, da questão de estudo, e dos descritores; foram estabelecidos os critérios de inclusão e exclusão; definição da questão norteadora com levantamento das informações extraídas das referências selecionadas, bem como, a avaliação dos mesmos; incorporação dos resultados para apresentação da síntese do estudo.

A busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que incluiu, as bases de dados: *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além das bases como Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e Pubmed como estratégia de busca foram utilizados os descritores em saúde (DeCS): “Educação em saúde”, “Doenças crônicas não transmissíveis”, “Tratamento”. Para a busca utilizou-se

o operador booleano AND em ambas as bases de dados, conforme estratégia de busca descrita no **Quadro 1**.

Quadro 1 – Estratégia de busca
Frame 1 – search strategy

Base de Dados	Estratégia de Busca
LILACS	(Health education) AND (non-communicable chronic diseases) AND (treatment)
MEDLINE	(Health education) AND (non-communicable chronic diseases) AND (treatment)
SCIELO	(Health education) AND (non-communicable chronic diseases) AND (treatment)

Fonte: autoria própria (2025)
Source: Own authorship (2025)

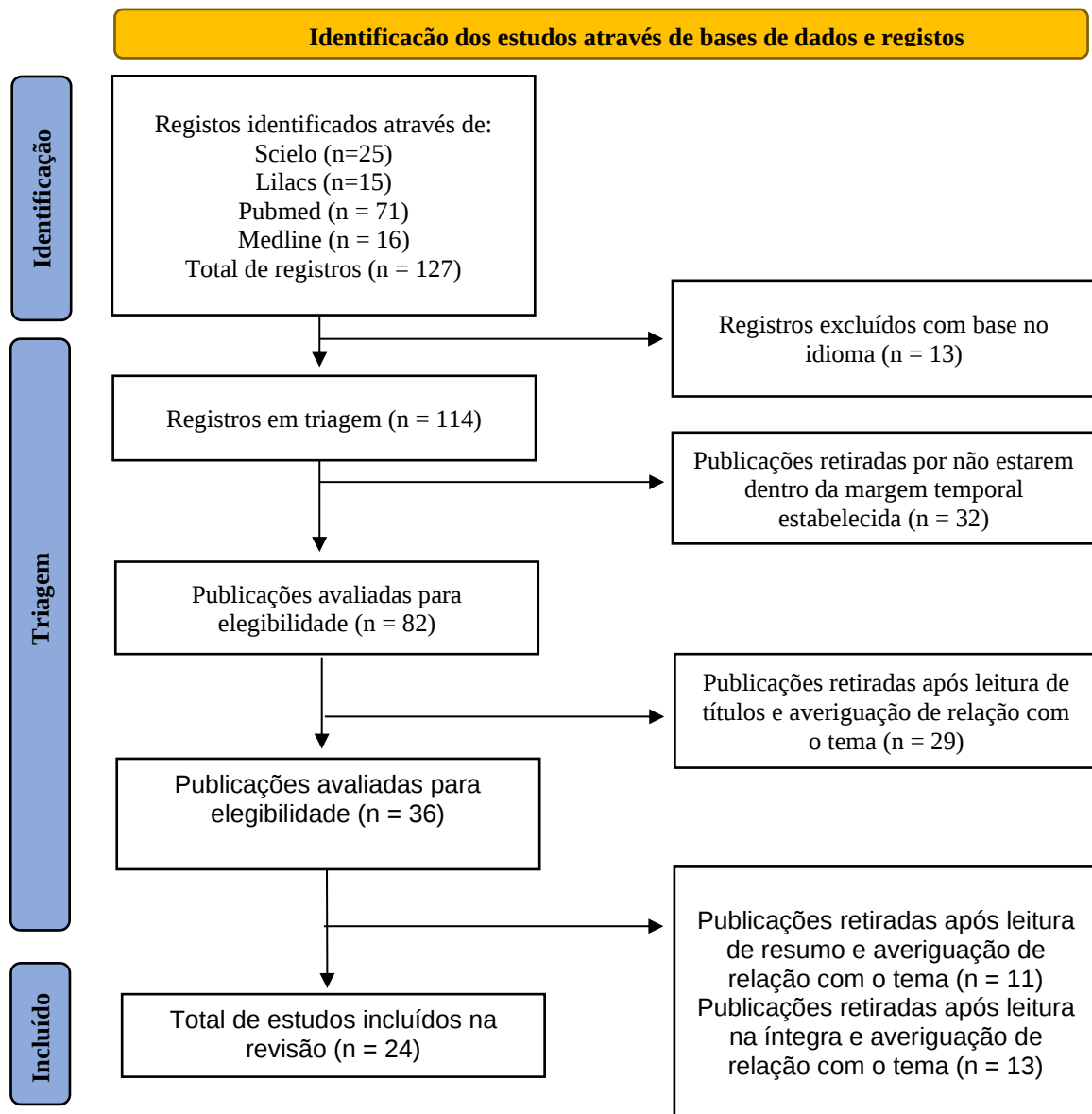
A coleta de dados foi realizada entre os meses de Março a Outubro de 2025. Em seguida, foram estabelecidos os critérios de inclusão e de exclusão. Incluíram-se artigos publicados entre 2015 a 2025 nos idiomas português e inglês das referidas bases. Excluíram-se os artigos encontrados em duplicidade, capítulo de livro, resumo, textos de acesso indisponível. Após a eliminação dos artigos pelos critérios de exclusão, os estudos selecionados foram avaliados levando em consideração os títulos e os resumos, visando identificar aqueles que respondiam aos objetivos da pesquisa.

Após a etapa de seleção dos periódicos e a definição dos artigos elegíveis, foi elaborado o fluxograma, que sintetiza de forma organizada o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos estudos.

As buscas resultaram em 127 estudos, entre os quais 08 obedeceram aos critérios de elegibilidades e foram incluídos nos resultados deste estudo. A figura 1 ilustra a estratégia de busca e seleção dos textos.

Figura 1 - Fluxograma de busca dos trabalhos, baseado no PRISMA.

Figure 1 - Flowchart of the search for studies, based on PRISMA.



Fonte: Autoria própria (2025).

3. Resultados e Discussão

3.1 Impactos epidemiológicos e sociais das DCNTs

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são responsáveis por uma carga epidemiológica e social significativa no Brasil, impondo desafios expressivos ao sistema de saúde, à economia e à qualidade de vida da população. Essas doenças, especialmente hipertensão arterial e diabetes mellitus, respondem por cerca de 70–75% dos óbitos no Brasil. Nas capitais brasileiras, segundo o VIGITEL, a prevalência de hipertensão arterial é de aproximadamente 25,2% dos adultos, enquanto a de diabetes mellitus é de cerca de 8,2%. Estes números se mantêm estáveis nas últimas décadas, ao passo que fatores de risco como obesidade, sedentarismo e má alimentação têm crescido.⁹

Além disso, em estudos populacionais mais amplos, cerca de 45% dos participantes relataram ter ao menos uma DCNT, com hipertensão arterial sistêmica como a mais prevalente (aproximadamente 30%), seguida por diabetes (aproximadamente 13%) entre adultos.²²

No que diz respeito à mortalidade prematura (faixa etária de 30 a 69 anos), observa-se uma tendência de queda no Brasil: entre 2000 e 2019, a taxa de mortalidade prematura por DCNTs caiu de 52,2 para 43,7 mortes por 100.000 habitantes. No entanto, apesar dessa redução relativa, o número absoluto de mortes permanece elevado, e as DCNTs continuam sendo a principal causa de óbito e incapacidade.²³

Do ponto de vista social e econômico, os impactos das DCNTs vão além do sistema de saúde. Segundo relatório da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) em 2025, as DCNTs e transtornos de saúde mental poderão gerar perdas de produtividade e gastos em saúde da ordem de trilhões de dólares na América do Sul entre 2020 e 2050, sendo o Brasil um dos países mais afetados. Essas perdas incluem absenteísmo, redução da produtividade durante o trabalho, aposentadorias precoces, e aumento dos custos diretos com tratamento, internações e complicações associadas.²⁴

Às famílias dos portadores de DCNTs, cabe também arcar com encargos financeiros, perda de renda, sobrecarga emocional e limitações nas atividades cotidianas. A incapacidade funcional, internações frequentes, complicações como doenças cardiovasculares, pé diabético, nefropatias e retinopatias provocam redução da qualidade de vida e aumentam a dependência de serviços de saúde. Por exemplo, pacientes que sofreram acidente vascular encefálico (AVE) frequentemente apresentam sequelas relacionadas à mobilidade, paralisia, parábolas na linguagem, disfagia e outras que demandam cuidados contínuos.²⁵

Pacientes que sofreram infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca e arritmias a problemas cognitivos e psicológicos. As neoplasias, por sua vez, trazem sequelas que podem gerar distúrbios emocionais como depressão, além de amputações e o tratamento é demasiadamente debilitante.

3.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

3.2.1 Aspectos Gerais e Prevalência

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), popularmente conhecida como pressão alta, figura entre as doenças crônicas não transmissíveis de maior impacto em saúde pública. Trata-se de um dos fatores de risco mais relevantes para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Essa condição é definida pela manutenção de valores pressóricos elevados de forma contínua, segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). A HAS é um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e morte prematura em todo o mundo²⁶.

Nas últimas décadas, a incidência de HAS vem crescendo de forma expressiva, resultado de múltiplos fatores como o envelhecimento da população, a inatividade física, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso corporal e estresse persistente. Somam-se a esses elementos as transformações decorrentes da urbanização e da globalização, que modificaram o modo de vida e intensificaram a exposição a condições que favorecem o aumento da pressão arterial²⁷.

Estima-se que aproximadamente 1,28 bilhão de adultos entre 30 e 79 anos apresentem hipertensão, sendo que a maioria dos casos está em países de baixa e média renda; além disso, quase metade das pessoas com hipertensão desconhece sua condição e apenas uma parcela reduzida apresenta controle adequado da pressão arterial. Esses dados ressaltam a urgência de intervenções populacionais e individuais capazes de prevenir e controlar a pressão arterial elevada²⁸. A tabela 1 traz a prevalência da HAS no contexto global, nacional e no estado de Pernambuco. É possível observar que, em Pernambuco, a prevalência da HAS supera as estimativas nacionais e globais.

Tabela 1 - Prevalência de hipertensão arterial (adultos)
Table 1 – Prevalence of high blood pressure (adults)

Local	Prevalência (%)
Mundo ²⁹	~31–33%
Brasil ³⁰	23.9%
Pernambuco ³¹	32.6%

Fonte: autoria própria (2025)
Source: Own authorship (2025)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição crônica multifatorial e grande problema de saúde pública. A sua importância em saúde pública decorre da alta prevalência, do caráter frequentemente assintomático e das consequências a longo prazo quando não controlada, como acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e doença renal crônica. Campanhas globais e relatórios internacionais ressaltam que uma parcela substancial de indivíduos hipertensos permanece sem diagnóstico ou sem controle adequados, evidenciando lacunas na detecção, acesso e adesão terapêutica²⁹.

Fatores de risco para o desenvolvimento da HAS podem ser divididos em não modificáveis e modificáveis. Entre os não modificáveis destacam-se idade avançada, histórico familiar de hipertensão e predisposição genética; já os fatores modificáveis incluem excesso de peso e obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de sódio, ingestão nociva de álcool, tabagismo, dieta pobre (rica em alimentos ultraprocessados e baixa em frutas e vegetais), presença de dislipidemia e diabetes mellitus. Ademais, determinantes sociais e ambientais, como baixo nível socioeconômico, menor escolaridade, estresse crônico e acesso limitado a cuidados de saúde, também contribuem para maior risco populacional e pior prognóstico da HA. Estudos e revisões enfatizam que intervenções sobre os fatores modificáveis reduzem de forma consistente a pressão arterial e o risco de eventos cardiovasculares³².

Do ponto de vista fisiopatológico, a HAS resulta da interação entre mecanismos hemodinâmicos e neuro-hormonais, incluindo aumento da resistência vascular periférica, disfunção endotelial, ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e desequilíbrios entre sistemas simpático e parassimpático. A presença de obesidade e resistência insulínica, por exemplo, amplifica respostas inflamatórias e oxidativas que favorecem a hipertensão sustentada. Essas vias explicam por que a HAS frequentemente coexiste com outras comorbidades metabólicas e por que o controle multifatorial (modificação de estilo de vida juntamente com tratamento farmacológico quando indicado) é necessário para redução do risco³³.

As complicações da hipertensão estão entre as principais causas de incapacidade e morte evitáveis. Destacam-se: doença arterial coronariana e infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral isquêmico e hemorrágico, doença renal crônica progressiva e retinopatia hipertensiva com risco de perda visual. Além disso, a hipertensão aumenta o risco de doença arterial periférica e contribui para maior gravidade e pior prognóstico em condições agudas, por exemplo, síndrome coronariana aguda. O impacto sobre o sistema renal também é expressivo: a HAS é tanto causa quanto consequência da doença renal crônica, acelerando a progressão para lesão renal terminal quando não tratada adequadamente²⁹.

3.2.2 Tratamento

O tratamento da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é essencial para reduzir a morbimortalidade cardiovascular e prevenir complicações como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca e doença renal crônica. A abordagem terapêutica envolve a modificação do estilo de vida e o uso de medicamentos anti-hipertensivos, sendo a escolha do tratamento individualizada conforme o risco cardiovascular global, presença de comorbidades e resposta clínica do paciente³⁴.

As medidas não farmacológicas constituem a base do tratamento e devem ser recomendadas a todos os pacientes, independentemente do uso de medicamentos. Entre elas destacam-se a redução do

consumo de sódio (menor que 2 g de sódio/dia), adoção de dieta equilibrada, com aumento da ingestão de frutas, verduras e fibras, e redução de gorduras saturadas e ultraprocessados. Além disso, o controle do peso corporal, a prática regular de atividade física aeróbica (150 minutos semanais de intensidade moderada), a cessação do tabagismo, a moderação no consumo de álcool e o controle do estresse são fortemente recomendados. Estudos mostram que essas intervenções podem reduzir em até 10 mmHg a pressão arterial sistólica, dependendo da adesão e do perfil do paciente^{35,36}.

3.3 Diabetes Mellitus

3.2.2 Classificação e critérios diagnósticos

O Diabetes Mellitus (DM) é uma condição metabólica caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue (hiperglicemia), resultante da deficiência na produção de insulina ou da ineficiência dessa substância em desempenhar suas funções corretamente. Trata-se de um distúrbio crônico que afeta o metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Reconhecido como um grave problema de saúde pública global, o DM apresenta projeções alarmantes, estima-se que, até 2035, aproximadamente 470 milhões de pessoas serão diagnosticadas com a doença. A situação se agrava diante do fato de que mais da metade dos portadores desconhece seu estado crônico, o que favorece o aumento das taxas de morbimortalidade devido à ausência de diagnóstico e tratamento adequados^{37,38}.

Essa condição pode levar a complicações micro e macrovasculares, comprometendo diversos órgãos e sistemas do corpo humano, como rins, olhos, nervos e sistema cardiovascular. Existem dois principais tipos de DM: o tipo 1, que surge devido a um processo autoimune ou de causa desconhecida (idiopática), responsável pela destruição das células beta do pâncreas, produtoras de insulina, resultando em sua deficiência e consequente hiperglicemia; e o tipo 2, caracterizado pela resistência à ação da insulina ou pela redução na sua produção. Além dos tipos principais, existe o Diabetes Mellitus gestacional (DMG), definido como qualquer grau de intolerância à glicose diagnosticado pela primeira vez durante a gestação. Esse tipo está relacionado a alterações hormonais e metabólicas próprias da gravidez, podendo aumentar o risco de complicações maternas e fetais e de desenvolvimento posterior de DM2^{39,40}.

O diabetes tipo 1, também conhecido como diabetes mellitus insulino-dependente (DMID), resulta da ausência total de produção de insulina. Representa cerca de 5 a 10% dos casos de DM e, embora seja mais comum em pessoas com menos de 30 anos, pode manifestar-se em qualquer idade. Essa condição decorre da destruição das células beta pancreáticas, geralmente provocada por um processo autoimune, denominado tipo 1A, ou mais raramente, por causas desconhecidas, classificadas como tipo 1B (idiopático). Já o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é a forma mais comum da doença, representando cerca de 90 a 95% dos casos. É caracterizado por uma resistência periférica à insulina associada, em maior ou menor grau, à disfunção das células beta pancreáticas. O DM2 está fortemente associado a fatores genéticos e ambientais, como obesidade, sedentarismo e alimentação inadequada^{41,42}.

A correta identificação do tipo de diabetes é essencial para o manejo clínico adequado e para a adoção de estratégias terapêuticas específicas, tendo em vista que cada tipo possui mecanismos fisiopatológicos distintos e respostas diferentes ao tratamento. O diagnóstico do DM é estabelecido pela detecção de níveis de glicose que excedam os limiares estabelecidos. A Organização Mundial da Saúde (OMS)⁴³, em conjunto com a *American Diabetes Association* (ADA)⁴⁰ e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)⁴², preconiza a utilização de um ou mais dos exames listados na tabela 2.

Tabela 2 – Exames para o diagnóstico de Diabetes Mellitus
Table 2 – Tests for the diagnosis of Diabetes Mellitus

Exame	Critério
Hemoglobina Glicada (HbA1c)	Valor de 6,5% ou superior. Reflete a média dos níveis de glicose no sangue nos últimos 2 a 3 meses.

Glicemia de Jejum (GJ)	Valor de 126 mg/dL ou superior. O jejum deve ser de, no mínimo, 8 horas.
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG)	Valor de 200 mg/dL ou superior 2 horas após a ingestão de uma solução contendo 75 g de glicose anidra
Glicemia Casual (Aleatória)	Valor de 200 mg/dL ou superior em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria (aumento da frequência urinária), polidipsia (sede excessiva) e perda de peso inexplicada.

Fonte: autoria própria (2025)
Source: Own authorship (2025)

Para confirmar o diagnóstico, é recomendada a repetição de qualquer um dos testes em um dia subsequente, preferencialmente utilizando o mesmo método. A única exceção é o diagnóstico feito a partir de uma glicemia casual 200 mg/dL na presença de sintomas inequívocos de descompensação metabólica, o que dispensa a repetição^{42,44}.

3.2.2 Tratamento

O tratamento do Diabetes Mellitus (DM) tem como objetivo principal manter os níveis glicêmicos o mais próximo possível dos valores normais, a fim de prevenir complicações agudas e crônicas associadas à doença. O manejo terapêutico envolve uma abordagem multifatorial, que inclui mudanças no estilo de vida, terapia medicamentosa e educação em saúde^{42,44}.

Nos casos de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), o tratamento baseia-se na administração exógena de insulina, uma vez que há destruição autoimune das células beta pancreáticas, responsáveis pela sua produção. O regime de insulinoterapia deve buscar mimetizar o padrão fisiológico de secreção do hormônio, utilizando esquemas de múltiplas doses diárias (MDI) ou bombas de infusão contínua de insulina. A monitorização frequente da glicemia capilar e o uso de sistemas de monitoramento contínuo da glicose são estratégias recomendadas para otimizar o controle glicêmico e reduzir o risco de hipoglicemias^{40,45}.

Para o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), a base do tratamento é a mudança do estilo de vida, incluindo alimentação saudável, prática regular de atividade física, controle do peso corporal e abandono do tabagismo. Quando essas medidas não são suficientes para alcançar o controle glicêmico adequado, inicia-se a terapia farmacológica. O fármaco de primeira escolha é a metformina, devido à sua eficácia, segurança e baixo custo. Em casos onde há contraindicação ou falha terapêutica, podem ser associados outros agentes, como agonistas do receptor de GLP-1, inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (SGLT2), inibidores da DPP-4, sulfonilureias e insulina basal, conforme o perfil clínico e metabólico do paciente^{42,46}.

Os agonistas do GLP-1, como a semaglutida e a tirzepatida, e os inibidores de SGLT2, como o dapagliflozina (Forxiga), têm ganhado destaque nas diretrizes mais recentes, não apenas pelo controle glicêmico, mas também por seus benefícios cardiovasculares e renais, especialmente em pacientes com doença cardiovascular estabelecida ou risco aumentado^{46,47}.

3.4 Educação em Saúde como Estratégia de Enfermagem

A educação em saúde emerge como uma das estratégias centrais da prática de enfermagem, tanto para promoção de saúde quanto para prevenção de doenças e para o fortalecimento da autonomia dos usuários. Nesse cenário, o enfermeiro assume o papel de agente educativo, orientando, estimulando e qualificando o processo saúde-doença no cotidiano individual, familiar e comunitário. A educação em

saúde não se limita à transmissão de informações, mas implica em interação, diálogo, adaptação às realidades socioculturais dos sujeitos e estímulo a comportamentos mais saudáveis⁴⁸.

Ela se define por um conjunto sistemático de ações que visam informar, conscientizar, motivar e capacitar indivíduos ou grupos para que desenvolvam melhores condições de vida, compreendam seu processo de saúde-doença e participem ativamente da recuperação ou manutenção de sua saúde. Estudos recentes apontam que, para além da mera atividade informativa, a educação em saúde desempenha papel estratégico para a participação cidadã e para o enfrentamento de determinantes sociais da saúde. A enfermagem, em particular, ocupa posição privilegiada nesse processo dada sua interface direta com usuários e comunidades, além de sua formação voltada ao cuidado integral⁴⁹.

Para que a educação em saúde seja efetiva, a enfermagem deve desenvolver competências específicas: comunicação clara, domínio pedagógico, adaptação ao contexto sociocultural, empatia, habilidades de ensino e avaliação da aprendizagem. Estudos recentes identificam que grande parte dos enfermeiros sente-se despreparada para ministrar atividades educativas de forma sistemática, sendo necessário reforçar a formação em pedagogia da saúde. Além disso, barreiras organizacionais, como carga de trabalho elevada, falta de tempo e recursos, impactam negativamente a realização dessas estratégias educativas no cotidiano da atenção. Na prática, a educação em saúde é operacionalizada mediante planejamento, execução e avaliação de atividades educativas individualizadas ou em grupo, utilizando linguagem acessível, recursos visuais ou tecnológicos, adaptados à realidade dos usuários⁵⁰.

3.5 Papel da Enfermagem na Educação em Saúde na Adesão Terapêutica de Pacientes com Hipertensão e Diabetes

A educação em saúde desempenha papel central no cuidado de enfermagem, não apenas como transmissão de informações, mas como estratégia para promover autonomia, autocuidado e adesão terapêutica de pessoas com doenças crônicas, como HAS e DM. O enfermeiro, enquanto profissional de interface direta com o paciente, assume funções de educador, facilitador, motivador e monitor, que contribuem para o sucesso terapêutico^{51,52}.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, possui o dever de prestar assistência em todos os níveis de atenção ao paciente diabético, desde os cuidados básicos até os de maior complexidade, assegurando um acompanhamento sistematizado que previna o surgimento de complicações associadas à doença. Esses aspectos são intrínsecos à prática da enfermagem como atividade social, voltada à promoção da saúde por meio de ações fundamentais que abrangem desde orientações básicas, como o correto uso da insulina, até intervenções mais complexas, envolvendo a prevenção de complicações e amputações, sempre com foco no bem-estar e na qualidade de vida do paciente³⁹.

A adesão terapêutica refere-se ao grau com que o paciente segue o plano de tratamento prescrito, incluindo medicação, dieta, atividade física e autovigilância. Em condições crônicas como HA e DM, a baixa adesão compromete o controle da glicemia, da pressão arterial e acarreta maior risco de complicações. A educação em saúde, quando bem estruturada, impacta positivamente na adesão, ao promover conhecimentos sobre a doença, reforçar motivação, desenvolver habilidades de autocuidado e facilitar o envolvimento do paciente nas decisões sobre o tratamento⁵³.

Estudos realizados verificaram que intervenções educativas intensivas sob condução de enfermagem foram associadas a melhorias significativas na adesão terapêutica, auto-eficácia, empoderamento do paciente e controle clínico (redução da HbA1c no DM, e da pressão arterial na HAS)^{54,55}. No contexto dessas doenças, o enfermeiro assume múltiplas responsabilidades: realização de avaliação educativa, identificando lacunas de conhecimento, barreiras à adesão e fatores psicossociais; planejamento e execução de programas de educação individual ou em grupo, com linguagem acessível e foco nas necessidades reais do paciente; uso de estratégias educativas variadas, como aconselhamento presencial, educação em grupo, telemonitoramento, lembretes eletrônicos, apps de saúde, com o objetivo de reforçar o tratamento e promover a continuidade; Monitoramento e acompanhamento dos resultados; e cuidado envolvendo família e comunidade⁵⁶.

Dessa forma, investir na educação em saúde conduzida por enfermagem representa uma abordagem eficaz e sustentável para o cuidado de doenças crônicas, ampliando a esfera de atuação da enfermagem para além do cuidado assistencial convencional, integrando promoção, prevenção, tratamento e continuidade do cuidado.

4. Conclusão

A partir da análise dos estudos, conclui-se que a educação em saúde é uma estratégia fundamental da prática de enfermagem, promovendo o desenvolvimento do autocuidado e fortalecendo a adesão terapêutica em pacientes com doenças crônicas, especialmente aqueles com hipertensão e diabetes mellitus. O enfermeiro, como profissional que atua na linha de frente do cuidado, exerce papel crucial na orientação, acompanhamento e motivação dos pacientes, favorecendo a compreensão da doença, o uso correto da medicação e a adoção de hábitos de vida saudáveis.

Observou-se que intervenções educativas planejadas e sistematizadas, quando conduzidas pela enfermagem, geram impactos positivos tanto nos indicadores clínicos quanto na qualidade de vida dos indivíduos acometidos por doenças crônicas. Dessa forma, reforça-se a necessidade de valorização da educação em saúde como prática contínua e integrada às ações assistenciais, fortalecendo o vínculo entre profissional e paciente e contribuindo para a efetividade das políticas públicas de promoção e prevenção em saúde.

5. Referências

1. OMS. Organização Mundial da Saúde. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. Acesso em: 10 out. 2025.
2. Silva Beatriz, Silva Erlani, Santos Letícia. Impactos da Interdisciplinaridade na Abordagem a Pacientes com Doenças Crônicas na Atenção Primária. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*. 2025;7(1):1818-1832.
3. World Health Organization. Noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2022. Geneva: WHO; 2022.
5. Malta DC, Duncan BB, Barros MBA, Katikireddi SV, Souza FM, Silva AG, et al. Noncommunicable diseases and the COVID-19 pandemic: a Brazilian perspective. *Rev Bras Epidemiol*. 2021;24:e210004.
6. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2020;396(10258):1204-22.
7. Malta DC, Oliveira TP, Santos MAS, Andrade SSCA, Silva MMA. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. *Epidemiol Serv Saude*. 2016;25(2):373-90.
8. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
9. IEPS, Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Fatores de risco para doenças crônicas apresentam piora em meio à pandemia e ao atraso de dados do Vigitel, alerta Nota Técnica do IEPS. 2022. Disponível em: https://ieps.org.br/fatores-de-risco-para-doencas-cronicas-apresentam-piora-em-meio-a-pandemia-e-ao-atraso-de-dados-do-vigitel-alerta-nota-tecnica-do-ieps/?utm_source=chatgpt.com.
10. Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Boletim de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Pernambuco. Recife: SES-PE; 2023. Available from: <http://portal.saude.pe.gov.br>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Brasília: MS; 2024. Available from: <http://datasus.saude.gov.br>
12. Giovanini FS, De Oliveira BL, Ribeiro R de CHM, Paschoal VD, Pompeo DA, Werneck AL. Caderneta do diabético e do hipertenso: adaptação da caderneta de saúde da pessoa idosa para a

assistência de enfermagem na atenção secundária. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*. 2021;10(1):145–55.

13. Simões TC, Meira KC, Santos J dos, Câmara DCP. Prevalências de doenças crônicas e acesso aos serviços de saúde no Brasil: evidências de três inquéritos domiciliares. *Ciênc saúde coletiva*. 2021;26(9):3991–4006.

14. Silva DSM da, Assumpção D de, Francisco PMSB, Yassuda MS, Neri AL, Borim FSA. Doenças crônicas não transmissíveis considerando determinantes sociodemográficos em coorte de idosos. *Rev bras geriatr gerontol*. 2022;25(5):e210204.

15. Villela Polliana, Romão Rafael, Menezes Ana, et al. Impacto de Estratégias de Educação em Saúde na Prevenção de Doenças Crônicas. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciência e Educação - REASE*. 2025; 11(3): 2675-3375

16. Matheus Reis de Freitas, Talita Santos Nogueira, Victoria Caroline Silveira Ramos. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de diabetes mellitus tipo 2. São Paulo: Universidade Paulista; 2024.

17. Gonçalves Romário, Carvalho Matheus, Fernandes Thauani. Educação em saúde como estratégia de prevenção e promoção de saúde de uma unidade básica de saúde. *Brazilian Journal of health Review*. 2020; 3(3): 5811-5817

18. Lino D do N, Pontes HCF, Bloch FV, Lima C da R, Aquino FHT de, Moraes RF da S, et al. A importância da educação em saúde para a prevenção de doenças crônicas. *PBPC*. 29º de julho de 2024;3(2):500-9. Disponível em: <https://periodicosbrasil.emnuvens.com.br/revista/article/view/102>

19. Brandão, T. L., Lima, I. S., Sarto, J. F., de Carvalho Mello, G. V., de Moura, A. C. N., de Carvalho Cavalcante, R. L., da Silva, J. A. Saúde pública como pilar fundamental para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. 2024.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Hipertensão. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/h/hipertensao>.

21. SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Manejo da terapia antidiabética no DM2 – Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Ed. 2025.

22. Mesenburg MA, Hallal PC, Menezes AMB, Barros AJD, Horta BL, Barros FC, Hartwig FP, Jacques N, Silveira MFD. Chronic non-communicable diseases and COVID-19: EPICOID-19 Brazil results. *Rev Saude Publica*. 2021 Jun 2;55:38. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003673.

23. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório da OPAS mostra que as DCNTs continuam sendo a principal causa de morte e incapacidade nas Américas e alerta os países para que preparem os sistemas de saúde para uma população que envelhece rapidamente. *Paho.org*. 2024

24. Fernandes BSDA, Spezani MMT, Bosco LC, Souza BQPT, Viviani GH, Cunha LSLD, Souza ASS. Chronic noncommunicable diseases and absenteeism from work: National Survey of Health, 2019. *Rev Bras Epidemiol*. 2024 Dec 16;27:e240061.
25. Oliveira-Kumakura ARS, Batista LMOS, Spagnol GS, Valler L. Functionality and quality of life in Brazilian patients 6 months post-stroke. *Front Neurol*. 2023 Apr 20;14:1020587. doi: 10.3389/fneur.2023.1020587.
26. WHO. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization, 2021.
27. WHO. World Health Organization. Hypertension. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Acesso em: 5 fev. 2025.
28. Charchar FJ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2024;42(1):23-49.
29. WHO. World Health Organization. Global report on hypertension: the race against a silent killer. Geneva: WHO; 2023.
30. Malta DC, Bernal RTI, Ribeiro EG, Moreira AD, Felisbino-Mendes MS, Velásquez-Meléndez JG. Arterial hypertension and associated factors: National Health Survey, 2019. *Rev Saude Publica*. 2023 Jan 6;56:122.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2024.
32. Meher M, Pradhan S, Pradhan SR. Risk Factors Associated With Hypertension in Young Adults: A Systematic Review. *Cureus*. 2023;15(4):e37467.
33. Burnier M, Damianaki A. Hypertension as cardiovascular risk factor in chronic kidney disease. *Circulation research*. 2023;132(8):1050–63.
34. Barroso WKS, Malachias MVB, Whelton PK, et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. *Arq Bras Cardiol*. 2021;116(3):516–658.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: MS; 2023.
36. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. Guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults. *Hypertension*. 2018;71(6):e13–e115.
37. Marques MB, Coutinho JFV, Martins MC, Lopes MV de O, Maia JC, Silva MJ da. Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. *Rev esc enferm USP*. 2019;53:e03517.

38. Lauterte P, Silva DMVG da, Salci MA, Heidemann ITSB, Romanoski PJ. Protocolo de enfermagem para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus na atenção primária. *Rev Enferm UFSM*. 2020;10:e72.
39. Carvalho JEO de, Andrade RV de. A importância do enfermeiro na atenção básica no cuidar do paciente diabético. *REASE*. 2024;10(5):4608-24.
40. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2024;47(Suppl. 1):S14–S31
41. Gross A, et al. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes mellitus tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2016;52(2):250-9.
42. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023–2024. São Paulo: Clannad; 2023.
43. World Health Organization. Classification of Diabetes Mellitus. Geneva: WHO; 2023.
44. Miranda PA, Malachias MVB, Simões JA, et al. 2023 UPDATE: Luso-Brazilian evidence-based guideline for the management of antidiabetic therapy in type 2 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2023;15(1):160.
45. Battelino T, Bergenstal RM, Dovc K, Klonoff DC. Advances in Glucose Monitoring and Automated Insulin Delivery: 2023 Update. *Diabetes Care*. 2023;46(6):1135–1145.
46. Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, Gabbay RA, Green J, Maruthur NM, et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2023: A Consensus Report. *Diabetologia*. 2023;66(4):601–634.
47. Wiviott SD, Raz I, Bonaca MP, et al. Dapagliflozin and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2019;380(4):347–357.
48. Suleman D, Iqbal F, Niciza J. Exploring the strategies to enhance nurse competence in health education for disease prevention. *BMC Nurs*. 2025;24:828.
49. Pereira FG, Caetano JA, Moreira JF, Ataíde MB. Health education practices in the training of nursing undergraduates. *Cogitare Enferm*. 2023;28:e39767.
50. Wang G, Wang S, Liu K, Tang S, Qi Y, Chen Q. Interventions to improve patient health education competence among nursing personnel: a scoping review protocol. *BMJ Open*. 2024 Dec 7;14(12):e087015.
51. Cunha JB da, Silva LNM da, Reis T do N, Rocha FF da, Gonçalves MJF, Toledo N das N. Consulta de enfermagem para pessoas com diabetes: protocolo de revisão integrativa. *CLCS*. 2025;18(5):e17592.

52. Amaral-Moreira Mota B, Moura-Lanza F, Nogueira-Cortez D. Efetividade da consulta de enfermagem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Revista de Salud Pública*. 2019;21(3):1–9.
53. Falcão LM, Guedes MVC, Borges JWP, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control: a systematic review with meta-analysis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31:e3930.
54. Martins Falcão L, Cavalcante Guedes MV, Pereira Borges JW, Silva GRF. Educational intervention performed by nurses for blood pressure control in people with arterial hypertension: systematic review with meta-analysis. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2023;31:e3930.
55. Dailah HG. The influence of nurse-led interventions on disease management in patients with diabetes mellitus: a narrative review. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(3):352.
56. Li R, Xu W, Yang P, Tan L, Ling Z, Gan X. The nursing effect of individualized management on patients with diabetes mellitus type 2 and hypertension. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2022;13:846419