

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Anna Gabriela Nery Silva Ramos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA COABH 1 EM POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

Belo Horizonte

2020

Anna Gabriela Nery Silva Ramos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COABH
1 EM POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Sonia Faria Mendes Braga

Belo Horizonte

2020

Anna Gabriela Nery Silva Ramos

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELITUS NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COABH
1 EM POÇOS DE CALDAS, MINAS GERAIS.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professora Sonia Faria Mendes Braga

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Profa. Dra. Sonia Faria Mendes Braga – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de março de 2020

Dedicatória

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O controle das doenças crônicas não transmissíveis é um processo complexo que depende de inúmeros fatores tanto de tratamento quanto comportamentais, os quais devem ser realizados em conjunto. Logo, é de tamanha importância investigar estratégias dentro e fora da unidade básica de saúde para o acompanhamento e tratamento dos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, visto que, possuem um alto impacto na qualidade de vida do paciente e nos custos dos serviços de saúde. Assim, o objetivo deste trabalho foi elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria no diagnóstico destas doenças. Foi realizado o diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para levantar os problemas de saúde existentes na comunidade e realizada pesquisa bibliográfica sobre o tema para dar sustentação teórica ao projeto e, posterior elaboração do plano de ação, de acordo com os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que as ações propostas sejam capazes de melhorar o trabalho da equipe quanto a participação dos usuários no desenvolvimento da proposta.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde. Estratégia Saúde da Família. Doenças Crônicas Não Transmissíveis, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Control of chronic noncommunicable diseases is a complex process that depends on a number of treatment and behavioral factors that must be performed together. Therefore, it is of such importance to investigate strategies inside and outside the basic health unit for the monitoring and treatment of patients with chronic noncommunicable diseases, as they have a high impact on the patient's quality of life and health care costs. Thus, the objective of this work was to elaborate an intervention proposal to improve the diagnosis of these diseases. The situational diagnosis was performed by the rapid estimation method to raise the health problems in the community and a bibliographic research on the theme was carried out to provide theoretical support to the project and subsequent elaboration of the plan, according to the steps of the Situational Strategic Planning. The proposed actions are expected to be able to improve the team's work on user participation in proposal development.

Keywords: Primary Health Care. Family Health Strategy. Chronic Noncommunicable Diseases, Diabetes Mellitus, Arterial Hypertension.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde COHAB I, Unidade Básica de Saúde Regional Sul, município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	18
Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	29
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	31
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado Minas Gerais	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAPA	Medida Ambulatorial de Pressão Arterial
MRPA	Medida Residencial de Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
TM	Tratamento Medicamentoso
TNM	Tratamento Não Medicamentoso
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município	11
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 Aspectos da comunidade COHAB I	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde Regional Sul	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família COHAB I da UBS Regional Sul	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe COHAB I	15
1.7 O dia a dia da equipe COHAB I	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 METODOLOGIA	21
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	22
5.1 Transição Demográfica e Epidemiológica	22
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica	22
5.3 Diabetes Mellitus	24
6 PLANO DE AÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Poços de Caldas é uma cidade localizada na região sudeste de Minas Gerais a cerca de 461 km de distância da capital Belo Horizonte. Possui uma população estimada de 167.397, mostrando um grande crescimento desde o ano de 2010 quando a população era de 152.435 habitantes. Esse crescimento pode ser atribuído ao desenvolvimento econômico e da infraestrutura da cidade, com respectivo desenvolvimento social. (IBGE, 2019).

A cidade movimenta sua economia através da do turismo e da indústria. Existe a pesquisa de minérios no subsolo, extração de bauxita e outros minerais, produção de iogurtes e derivados lácteos e chocolate, com as empresas Danone e Ferrero. Poços de Caldas, possui ainda, diversos hospitais e universidades de referência, como PUC-MG, Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG) e UNIFENAS (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

Em relação ao turismo a cidade possui diversas atrações que atraem turistas, durante todo o ano, sendo uma das grandes fontes de renda da cidade. Dentre os pontos turísticos podem ser citados as Termas Antônio Carlos, Calendário Floral, Palace Hotel, Véu das Noivas, Cascata das Antas, Cristo Redentor, Praça dos Macacos, dentre outros. A cidade possui também uma feira de artesanatos, a Feira de Artesanato de Poços de Caldas (FEARPO), e também artesão que trabalham vidro fundido aos moldes do artesão italianos que trabalham com murano (PMPC, 2017).

A educação na cidade é de boa qualidade, com um índice de alfabetização de 95%. Poços de Caldas conta com 66 escolas de Ensino Inicial, 49 de Ensino Fundamental e 16 de Ensino Médio (PMPC, 2017). O transporte na cidade é realizado por vias de ligações primárias, secundárias e vias de acesso aéreo. O aeroporto que fornece acesso por vias aéreas, foi inaugurado no ano de 1937 com o nome de Embaixador Walter Moreira Salles, que atende a região Sul de Minas Gerais e a região Leste do estado de São Paulo. No perímetro urbano existe 54 linhas de ônibus, que atendem todos os bairros da cidade. Possui também uma linha

ferroviária, porém realiza apenas o transporte de carga (bauxita) entre Minas Gerais e São Paulo (PMPC, 2017).

Dessa maneira, pode-se dizer que Poços de Caldas é um município bem desenvolvido, com bons indicadores de saúde e educação, além de uma boa rede de comunicação e transporte. Poços de Caldas se destaca, nesse sentido, em relação as cidades de Minas Gerais e até mesmo do Brasil, sendo considerada uma das melhores cidades para se viver.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Poços de Caldas conta com uma rede de saúde administrada pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e se divide nos três níveis de atenção, primário, secundário e terciário. Também possui laboratórios de análises clínicas, assistência farmacêutica e farmácias, e vigilância em Saúde.

Dentro da atenção primária existem 35 postos de saúde e 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Divididos entre essas unidades existem 43 Equipes de Saúde da Família (eSF) que atendem toda a região de Poços de Caldas, inclusive a Zona Rural (6 equipes cobrem essa região). A atenção primária ainda possui 4 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dois consultórios volantes de Odontologia (PMPC, 2013).

Na atenção secundária há as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e o Hospital Municipal Margarita Moralles (UPA Zona Sul), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Hospital Zona Leste e Policlínica Central, onde são realizados atendimentos com especialistas (ginecologia, neurologia, ortopedia, coloproctologia), e outros centros de diagnóstico que prestam serviço para o Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade, sendo referência em saúde na região Sul de Minas e do Leste Paulista. Possui o centro de referências para IST/AIDS, serviços de apoio a Saúde Mental (CAPS II e CAPS AD) e o Serviço Materno Infantil, onde são realizados os atendimentos de gestantes de alto risco e orientação as puérperas. (PMPC, 2013).

O atendimento terciário é compostos por hospitais conveniados ao SUS da cidade, sendo eles: Hospital Santa Casa de Misericórdia/UNIFENAS, Hospital Pedro Sanches, Hospital do Coração Santa Lúcia, Hospital Unimed, Hospital Poços de Caldas, Clínica São Luiz, Hospital São Domingos, Hospital Regional do

Câncer, Hemominas (Banco de Sangue), DIMEN - Medicina Nuclear, Clínica Memorial de Radioterapia, Instituto Regional de Neurologia, Instituto Donato de Oftalmologia, UNACON/CACON – Oncologia, ONCOGEN - Centro de Oncologia (PMPC, 2013).

1.3 Aspectos Gerais da comunidade COHAB I

O projeto de implantação conjunto habitacional por política estatal de habitação popular tinha a finalidade de garantir moradia digna ao percentual considerável de novos moradores. Em 1981, a entrega para a população de 1553 “casas populares” simboliza o nascimento do primeiro bairro da zona sul, com o objetivo de oferecer moradia a população da cidade em crescimento bem como para os trabalhadores das indústrias de mineração (ALENCAR; RIBEIRO, 2019). Esse primeiro bairro é responsável pelo crescimento posterior da região, que hoje abriga aproximadamente 20% da população municipal (PMPC, 2017)

A Zona Sul de Poços de Caldas é composta por cerca de 33.000 mil habitantes, distribuídos nos bairros Conjunto Habitacional, Parque das Nações, São Sebastião, Jardim Kennedy, Parque Olímpico e Jardim Paraíso. A origem do local é de aproximadamente 38 anos, com a chegada de famílias de baixa situação socioeconômica, que foram construindo suas casas e assentando se na região (PMPC, 2017).

Como um bairro de periferia, a Zona Sul é caracterizada por uma população de baixa renda e baixa escolaridade. Existem diversos problemas estruturais na região como buracos na rua, problemas com a coleta de esgoto, calçadas com diversos desníveis, pessoas que moram em casas improvisadas e sem acesso a luz ou água tratada.

A Unidade Básica onde o projeto de intervenção é proposto é uma unidade tripla, ou seja, abriga três equipes de saúde da família. A equipe do COHAB I abrange os bairros conjunto habitacional (COHAB I) e parque das nações. As áreas foram divididas em seis micros áreas, sendo que cada agente comunitário em saúde é responsável por uma delas, conforme descritas abaixo:

- Micro 1: 203 famílias e 580 pessoas

- Micro 2: 206 famílias e 619 pessoas
- Micro 3: 265 famílias e 637 pessoas
- Micro 4: 233 famílias e 680 pessoas
- Micro 5: 188 famílias e 517 pessoas
- Micro 6: 208 famílias e 602 pessoas

1.4 A Unidade Básica de Saúde Regional Sul

A Unidade Básica de Saúde Regional Sul abrange 3 bairros, o Conjunto Habitacional, São Sebastião e Parque das Nações. Como uma unidade tripla ela possui três Equipes de Saúde da Família que dividem o espaço do prédio. A unidade foi inaugurada no ano de 2013 no endereço Avenida Antônio Marinoni, 125, de maneira central à área de abrangência. A Unidade foi criada para reduzir o influxo de pacientes para o Hospital Municipal Margarita Morales, a UPA que atende a região Sul como um todo.

O espaço da Unidade é grande e bem conservado, entretanto, devido ao grande número de equipes e de pacientes em horários de pico existe tumulto, o que dificulta o trabalho. Isso ocorre principalmente na recepção dos pacientes, visto que a área destinada para a recepção é muito pequena para receber as demandas de pacientes de três equipes.

A unidade possui quatro consultórios médicos, duas salas de enfermagem, sala de curativo, sala de coleta, sala de vacina, farmácia, sala dos agentes comunitários, sala de reunião, arquivo, cozinha e uma boa área exterior onde podem ser realizadas atividades em grupo, como ginástica e yoga.

De maneira geral, a população tem apreço pela unidade e suas equipes. A unidade está bem equipada, entretanto, ocorrem com frequência escassez de materiais (medicações, luvas, gazes, etc), e a ausência desses materiais gera tensões entre os usuários, a equipe e o gestor municipal.

1.5 A Equipe de Saúde da Família COHAB I da Unidade Básica de Saúde Regional Sul

A equipe de saúde COHAB é composta por 14 funcionários, divididos em um médico, seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, dois auxiliares de limpeza, um auxiliar administrativo. Dessa forma cada microárea possui um Agente Comunitário de Saúde.

A equipe também conta com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família). Essa equipe do NASF é composta por farmacêuticos, fisioterapeutas, psicólogos, educadores físicos e assistentes sociais. Os profissionais são responsáveis por realizar atendimentos individuais e grupos, tanto de prevenção como de proteção em saúde. O acesso ao NASF é feito por demanda da equipe, através de encaminhamentos e também por iniciativa própria dos profissionais (grupos). O NASF também realiza matriciamentos com a equipe, com o objetivo de trabalhar questões complexas de alguns pacientes selecionados, buscando uma abordagem multidisciplinar.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe COHAB I

A unidade de Saúde COHAB I funciona das 7:00 as 17:00 horas, nesse período são realizadas as atividades pelos diversos profissionais formadores da equipe. As atividades são realizadas de acordo com escalas definidas durante as reuniões de equipe. Cada profissional possui suas funções específicas e também aquelas que são compartilhadas por todos.

Os profissionais administrativos têm a função de controle de agenda e recepção dos pacientes. O atendimento dos pacientes podem ser por consultadas programadas (agendadas) ou então por demandas espontâneas (situações agudas). Após passar pela recepção, os casos de demanda espontânea são julgados pela equipe de enfermagem, se for um caso urgente e que pode ser resolvido na unidade o paciente é passado em consulta médica. Caso seja um caso mais grave ou que a unidade não possua os equipamentos necessários para atender a demanda o paciente é encaminhado para a UPA.

Durante a semana são realizados grupos de atividade física, ginástica, yoga, gestantes e de hipertensão e diabetes (HIPERDIA). Esses grupos são gerenciados

pelo NASF com o apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que estimulam a participação dos usuários da área de abrangência. Na unidade também são realizados curativos, vacinas, distribuição de medicamentos, consultas de puericultura.

1.7 O dia a dia da equipe COHAB I

No dia a dia da equipe são realizadas as ações dos diversos profissionais que trabalham. Assim, durante a semana são realizadas consultas médicas e de enfermagem, que podem ser programadas ou demanda espontânea. Também são realizadas consultas de pré-natal de baixo risco e puericultura. A cada 15 dias realizamos, também, visitas domiciliares para aqueles pacientes que não conseguem ir à unidade.

A enfermagem realiza consultas de enfermagem, avaliação e procedimentos de curativos, aplicação de vacinas, coleta de exames citopatológicos preventivos (Papanicolaou). O NASF também realiza atendimento individuais, realizados principalmente pelo psicólogo e fisioterapeuta, além de visitas domiciliares. A equipe de odontologia atende durante toda a semana de acordo com agenda própria.

Os ACS's organizam-se para realizar visitas para o acompanhamento em saúde da população de sua microárea, acompanhar os grupos de atividade e também para digitar a produtividade. Essa digitação é organizada em escala, pois não existem computadores suficientes para todos.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Após análises de estimativa rápida realizada com a equipe foram identificados vários problemas no território e da comunidade da UBS COHAB I da zona Sul do município Poços de Caldas. Entre eles destacam-se:

- ✓ Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento medicamentoso, maus hábitos alimentares com alto consumo de sal, alimentos gordurosos e pacientes expostos a estresse;

- ✓ Aumento do sedentarismo, sobrepeso e obesidade. Muitas vezes pela falta de diagnóstico correto e orientação
- ✓ Aumento do uso de bebidas alcoólicas;
- ✓ Tabagismo crônico;
- ✓ Uso descontrolado de benzodiazepínicos,

Foram levantados outros problemas, mas esses foram destacados como os mais prevalentes. Foram analisadas também as causas e as consequências de tais problemas. Cada um possui a sua particularidade.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Após a identificação dos problemas, fizemos uma discussão desse diagnóstico com todos os membros da equipe COHAB I, acatando-se várias sugestões em relação à lista de problemas levantados. Neste mesmo processo, junto com a equipe, se estabeleceu uma ordem de prioridade para os problemas identificados.

O quadro 1 apresenta os problemas levantados bem como sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento e a priorização. De acordo com a classificação em cada coluna foi selecionado o problema com maior necessidade de atuação. Não só a importância, mas também foi observado qual a capacidade de enfrentamento da equipe em relação ao problema.

Dessa maneira, o tema que escolhemos para ser abordado é a Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus. Esse tema foi escolhido devido ao alto impacto na qualidade de vida dos pacientes, bem como risco de morbi/mortalidade, alto custo com o tratamento das complicações dessas doenças, além de possuir uma capacidade de enfrentamento boa por parte da equipe.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde COHAB I, Unidade Básica de Saúde Regional Sul, município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alto Índice de HAS e Diabetes	Alta	7	Parcial	1
Aumento do Sedentarismo	Alta	6	Parcial	2
Tabagismo	Alta	6	Parcial	3
Aumento do uso de álcool	Média	5	Parcial	5
Uso descontrolado de benzodiazepínicos	Média	6	Parcial	4

Fonte: autoria própria 2019

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são um problema grave na saúde pública do Brasil. Estima-se que, em 2018, cerca de 25% da população brasileira tenha diagnóstico de HAS. A faixa etária mais afetada por essa doença são aqueles acima de 65 anos, com cerca de 61% da população nessa idade com o diagnóstico (CASTILHO, 2019).

Já o Diabetes possui números menores, cerca de 8,9% da população brasileira possui diagnóstico. Entretanto os gastos com essa doença são muito maiores, podendo chegar a 800 reais por mês para cada paciente, com um custo para os cofres públicos de até 123 bilhões de reais (ABDALLA, 2018).

Este cenário também é observado na população adscrita da área da equipe COHAB I. Existem diversos usuários que possuem o diagnóstico dessas doenças crônicas, um levantamento mostra que há 337 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados, representando o 14.74% da população, deles 110 são idosos sendo o 32.64%. Em relação ao diabetes existem 119 pessoas com nessa doença, representando 5,20% da população, deles 78 são idosos correspondendo a 65.54%.

Assim esse projeto, ao buscar alterar essa realidade, tem um impacto significativo não só na qualidade de vida de seus usuários como também nos gastos públicos com a doença. Outro fator importante é que a própria equipe entendeu esse tema como um problema que deve ser solucionado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o acompanhamento por parte da equipe de saúde da família COHAB I, buscando prevenir as complicações da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nos usuários da ESF Regional Sul, na cidade de Poços de Caldas Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Identificar paciente com fatores de risco para HAS e DM, bem como aqueles com risco para complicações dessas doenças;
2. Avaliar o conhecimento do usuário em relação ao tema e suas atitudes frente ao diagnóstico;
3. Melhorar o conhecimento e sensibilizar a equipe sobre o tema, estabelecendo protocolos de tratamento, através de processos de educação continuada.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional, foi realizado o diagnóstico situacional no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família COHAB I, por meio do método da estimativa rápida onde foram identificados os problemas mais relevantes que afetam a população (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L., 2017).

Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2018, publicações e reportagens disponibilizadas pelo Estado e Ministério da Saúde e livros científicos.

Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores: Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Transição Demográfica e Epidemiológica

A Transição Demográfica é um fenômeno caracterizado pela mudança da faixa etária predominante em um país, processo muito associado ao envelhecimento populacional. A Transição Demográfica vem acompanhada de um outro fenômeno conhecido como Transição Epidemiológica, onde ocorre uma alteração no perfil de morbimortalidade de uma população, ou seja, as doenças crônico-degenerativas passam a ter um impacto maior do que aquelas infectocontagiosas. Não apenas isso, como também os idosos passam a ter uma parcela maior na mortalidade (OLIVEIRA, 2015).

Assim existe uma maior carga das doenças típicas do envelhecimento, que podem ser divididas em seis grandes grupos, as doenças do sistema circulatório, neoplasias, doenças do aparelho digestório, doenças do aparelho respiratório, alterações metabólicas e nutricionais e doenças do sistema nervoso. Essas doenças, devido ao padrão crônico, precisam ser prevenidas e um acompanhamento constante, o que exige uma alteração das redes de assistência em saúde, saindo de uma abordagem curativa. (OLIVEIRA, A.S., ROSSI, E.C., 2019).

A partir desse cenário fica evidente a necessidade de se trabalhar ações de educação em saúde para que, junto a população, exista uma mudança de comportamento.

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial é uma patologia caracterizada pela manutenção de níveis pressóricos iguais ou superiores a 140 mmHg na sístole cardíaca e de 90 mmHg na diástole. Essa doença pode ser agravada por outros fatores de risco como dislipidemias, diabetes mellitus e intolerância à glicose e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

O diagnóstico é realizado quando, em duas medições diferentes, a pressão arterial (PA) do paciente está acima de 140/90. Essas aferições devem seguir o seguinte critério. Quando paciente tem uma pressão superior a 140/90, em uma primeira consulta, porém possui um risco cardiovascular baixo, deve-se realizar

medições por MAPA (um aparelho que é utilizado pelo paciente e monitora a PA por 24 horas) ou MRPA (aferições realizadas pelo paciente em casa). Caso a PA permaneça acima de 140/90 nessas novas medições, o paciente é diagnosticado. A MRPA é importante para diferenciar HAS da Síndrome do Avental Branco, onde o paciente tem uma elevação da PA por estar em ambiente médico ou ambulatorial (SBC, 2016).

O tratamento pode ser dividido em duas partes principais, o tratamento não medicamentoso (TNM) é baseado, basicamente, na mudança de hábitos de vida e comportamentais, evitando aqueles que são prejudiciais à saúde, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, alcoolismo, estresse e dietas ricas em sódio. A mudança de comportamento ameniza os sintomas da HAS e facilita o controle por meio de medicação, além de reduzir o risco de complicação (SBC, 2016).

O tratamento medicamentoso (TM) tem o objetivo de alterar a fisiologia do corpo de forma a reduzir a PA. Assim os medicamentos são divididos em classes de acordo com o mecanismo de ação e podem ser ministrados sozinhos ou em associação. As classes são, diuréticos, beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da enzima conversora de angiotensina e bloqueadores dos receptores AT1 da angiotensina II (SBC, 2016).

Como dito anteriormente o tratamento para HAS tem o objetivo de manter os níveis pressóricos normais para evitar o desenvolvimento de complicações. As principais complicações relacionadas a HAS são as chamadas lesões em órgãos alvo, podendo ser citadas o infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica e o acidente vascular encefálico. Essas complicações aumentam em muitos as taxas de mortalidade, além de ter um importante impacto na qualidade de vida do paciente (SBC, 2016).

Estima-se que no Brasil a HAS atinja cerca de 36 milhões de adultos, e até 60% dos idosos. A HAS contribui direta ou indiretamente para até 50% das mortes por doenças cardiovasculares. A perda estimada de produtividade de trabalho de 4,18 bilhões de dólares entre 2006 a 2015 (SCALA; MAGALHÃES; MACHADO, 2015).

Estudos realizados por Scala e também pela Vigitel mostraram que a HAS é mais prevalente na população de baixa escolaridade, aproximadamente 32% ocorrem em pacientes com escolaridade inferior a fundamental. Esse número cai

para 16% em pessoas que completaram o ensino fundamental e 18% em indivíduos com ensino superior completo (SCALA, et al., 2015; CASTILHO, 2019).

A HAS, como uma doença crônica, exige um controle e acompanhamento constante. Nesse sentido, Lopes et al. (2008), mostram que no Brasil ainda estamos longe de um controle adequado da HAS. Aponta ainda que as principais razões são a dificuldade de tratamento a longo prazo, acesso a medicação e desconhecimento da população (LOPES et al., 2008).

Assim é necessária uma reorganização da maneira de cuidar, destacando a atuação da Atenção Primária em Saúde (APS), com suas ações de promoção e proteção da saúde, trabalhando junto e com a população.

5.3 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus pode ser definido como um distúrbio metabólico onde ocorre hiperglicemia persistente, causada ou por problemas na produção da insulina ou problemas na sua ação ou ainda uma combinação dos dois mecanismos. A manutenção de níveis hiperglicêmicos por longos períodos leva a complicações micro e macro vasculares, reduzindo a qualidade de vida e aumentando as taxas de morbidade e mortalidade (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Sua classificação é baseada na sua etiologia, sendo que seus fatores causais não são completamente compreendidos, sendo ambientais, biológicos e genéticos. Assim pode-se separar a Diabetes Mellitus (DM) e três grandes grupos, a DM tipo 1, DM tipo 2 e DM Gestacional (DMG). A Diabetes tipo 1 é considerada uma doença auto-imune onde ocorre destruição das células pancreáticas responsáveis pela produção de insulina. Seus sintomas costumam se manifestar em jovens. A DMG, como o próprio nome sugere, ocorre em gestantes durante o período gestatório devido aos hormônios hiperglicemiantes produzidos pela placenta (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Por fim a DM tipo 2, que representa de 90 a 95% dos casos de DM, possui uma etiologia mais complexa e multifatorial. Costuma ocorrer em pacientes, após a quarta década de vida e é uma patologia com forte herança familiar e ambiental/comportamental. Nesse sentido destaca-se os hábitos dietéticos e sedentarismo, levando a obesidade. Na DM tipo 2 ocorre resistência dos tecidos periféricos a ação a insulina, levando a mecanismos compensatórios que aumentam

a glicemia e posteriormente deficiência na secreção de insulina pelas células pancreáticas. Na grande maioria dos casos a DM tipo 2 está associada a obesidade e síndrome metabólica, sendo os fatores de risco mais comuns a histórico familiar, idade avançada, sedentarismo, hipertensão arterial e dislipidemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O diagnóstico da DM é realizado através da monitorização da glicemia e também dos sintomas (polidipsia, polifagia, poliúria e emagrecimento inexplicado). Muitas vezes, principalmente no DM tipo 2, o paciente passa anos com nenhum ou poucos sintomas, sendo que o diagnóstico é feito em exames de rotina ou quando uma complicação aparece. Os testes utilizados para o diagnóstico podem ser a glicemia periférica (que deve ser confirmada com o exame de laboratório), exames de tolerância a glicose e a hemoglobina glicada (sendo este o mais indicado). Valores acima de 200mg/dl em jejum em duas coletas são necessárias para o diagnóstico. No caso da DM tipo 1 também podem ser realizados testes genéticos (SBD, 2017).

O tratamento é realizado, como na HAS, por meio de estratégias não medicamentosas e medicamentosas. O TNM é baseado na mudança de comportamento, com aumento da atividade física, melhora dos hábitos alimentares, com uma dieta específica para cada paciente. O tratamento medicamentoso é realizado por hipoglicemiantes orais, que atuam na redução da absorção de glicose pelo intestino e também atuam na sensibilização dos receptores periféricos de insulina. Na Dm tipo 1 e em alguns casos de DM tipo 2 pode ser ministrado insulina (SBD, 2017).

Devido à grande participação dos fatores comportamentais no aparecimento da DM tipo 2 e, também ao ser considerada uma doença crônica necessita de tratamento e acompanhamento constante. Assim é necessário estratégias de educação em saúde, com acompanhamento do tratamento farmacológico e também de orientação dos pacientes, aumentando seu conhecimento sobre o tema (BEZERRA, et.al., 2009).

Essas estratégias visam reduzir a ocorrência de complicações. As complicações de DM estão relacionadas a lesões micro e macrovasculares, principalmente quando associada a hipertensão. Podem ser citadas a neuropatia diabética, retinopatia diabética, amputações, pé diabético e complicações renais.

Quando ocorrem aumentam em muito os custos com o cuidado e as taxas de morbimortalidade. (SBD, 2017).

A Atenção Primária em Saúde, na Estratégia de Saúde da Família, deve ser o palco das atuações em relação a Diabetes. Isso devido ao fato de estarem mais próximos as famílias e assim conhecer seus hábitos de vida, agindo de forma mais assertiva, atendendo suas necessidades. É necessário conhecer os usuários e suas individualidades e fatores de risco, como o ambiente, escolaridade, história familiar e assim elaborar o plano de atendimento mais eficaz (PÉREZ, 2015).

De acordo com Grillo e colaboradores (2013) a educação em saúde é um elemento essencial no tratamento de DM, sendo que Dinnebier (2016) mostra que a mudança de comportamento, com alteração da dieta, exercícios físicos, acompanhamento nutricional e atitudes proativas podem ter benefícios maiores inclusive q a medicação (GRILLO et al., 2013; DINNEBIER, 2016).

Novamente fica claro a importância da educação em saúde e a medicina centrada no paciente praticada na APS e ESF para o tratamento e controle da DM.

6 PLANO DE AÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “acompanhamento e controle de HAS e DM”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, a (s) operação (ões), projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA: CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Unidade de Saúde Regional Sul está localizada em um bairro com baixa escolaridade e baixo nível econômico. Este cenário exige um maior trabalho de conscientização da população em relação ao autocuidado que a HAS e a DM exigem. Como apontado anteriormente, a maioria dos pacientes com HAS e DM está concentrada na população com baixa escolaridade e baixa renda. Isso é observado na área de abrangência da Regional Sul, visto que 15% da sua população possui HAS e cerca de 6% possuem DM.

Nesse sentido existem diversas complicações que acometem os pacientes com HAS e DM que aumentam drasticamente o custo de tratamento bem como reduzem a qualidade de vida do paciente, podendo citar Acidente Vascular Encefálico, neuropatias diabéticas, infartos agudos do miocárdio, dentre outros.

A equipe também detectou que parte importante da população é obesa, tabagista e sedentária, que são fatores de risco para HAS e DM. Nesse sentido, a ESF deve atuar de forma preventiva e protetiva, ou seja, educar a população de forma a melhorar os hábitos de vida. Esse processo de educação em saúde deve ser uma troca eficiente de informações e de forma bilateral, levando em consideração a realidade, conceitos e contexto do paciente.

Dessa maneira tanto a equipe quanto os dados mostram a necessidade de se abordar esse problema junto com a comunidade.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Como doenças crônicas não-transmissíveis, a HAS e a DM estão fortemente associadas a fatores comportamentais, entretanto, sua causa não é bem documentada, sendo muitas vezes multifatorial. Obesidade, sedentarismo e tabagismo, aliado a outros fatores comportamentais como não adesão ao tratamento e alta carga de estresse. Outro fator importante é o envelhecimento populacional e a transição epidemiológica, que aumenta a incidência de DCNT, principalmente HAS e DM.

Dentro deste contexto é importante que processos de educação em saúde, uma vez que sensibiliza e empodera o usuário tanto na prevenção do aparecimento dessas doenças quanto no controle e prevenção de complicações. O paciente deve sentir que sua participação no tratamento é significativa para assim ser mais eficiente.

As complicações de HAS e DM tem um impacto importante tanto na qualidade de vida do paciente quanto nos gastos em saúde, assim preveni-las é uma ação conjunta entre paciente, equipe de saúde, educação, assistência social e outros atores no processo de saúde-doença.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Para a abordagem do problema descrito foram selecionados três nós críticos que são fundamentais no planejamento de ações que resolvam a questão:

- Falta de conhecimento do usuário em relação a HAS e DM;
- Necessidade de protocolos de ação com a equipe;
- Falta de estratégias para atuação fora do ESF.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de conhecimento do usuário em relação a HAS e DM
6º passo: operação (operações)	Aumentar o conhecimento do usuário em relação a HAS e DM através de processos de educação em saúde, como palestras, orientações, medicina centrada no paciente e orientação da família.
6º passo: projeto	Conhecer para Cuidar
6º passo: resultados esperados	Pacientes com maior autocuidado; Famíliares orientados para auxiliar o paciente no autocuidado; Melhoria dos hábitos de vida e controle da HAS e DM.
6º passo: produtos esperados	Palestras na ESF; Trabalhos Educativos na ESF; Grupos de Educação em Saúde na ESF.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Leitura de artigos e referenciais para elaboração de material didático, palestras e panfletos; Financeiro: Material educativo para distribuição na ESF. Político: Equipe motivada para auxiliar nos processos de educação em saúde, principalmente os ACS; Apoio da gestão municipal para elaboração do material.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Material recente e bem elaborado para educação em saúde. Político: Equipe motivada para realizar os processos de educação em saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Controle das ações durante as reuniões de equipe; Número de participantes em cada grupo; Ações junto aos ACS para motivá-los; Apresentação de resultados para os usuários, motivando-os com suas conquistas.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiro e Médicos (Gestores da Unidade), 2 meses para preparação do material.

10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Verificar junto à equipe, durante as reuniões, a razão dos problemas; Buscar soluções de forma flexível; Escutar o paciente para entender a razão da não adesão; Mudança de estratégia que funciona para cada usuário.
--------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Necessidade de protocolos de ação com a equipe;
6º passo: operação (operações)	Montar um protocolo de atendimento ao paciente com HAS e DM; Capacitar a equipe em relação a HAS e DM e sobre o protocolo; Implantar o Protocolo junto a equipe; Acompanhar a eficiência do protocolo.
6º passo: projeto	Organização
6º passo: resultados esperados	Cuidado do paciente mais organizado e planejado; Maior conhecimento da equipe sobre o tema; Equipe motivada a trabalhar com o paciente;
6º passo: produtos esperados	Protocolo de atenção ao paciente com HAS e DM
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Referencias sobre o tema, protocolos já utilizados por outros profissionais. Político: Gestão da unidade; participação e boa vontade de toda a equipe em seguir o protocolo criado.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Motivação da equipe em seguir o protocolo Político: Gestão motivar a equipe.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Acompanhamento da implantação do protocolo;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico; 3 meses para elaboração e implantação do protocolo.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitorar a aplicação do protocolo; Avaliar junto a equipe a efetividade do protocolo; Verificar a satisfação do paciente.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Alto Índice de HAS e Diabetes ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família COHAB I, do município Poços de Caldas, estado Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de estratégias para atuação fora do ESF
6º passo: operação (operações)	Rastreio de pacientes com HAS e DM; revisão bibliográfica para elaboração de estratégias de atuação fora da ESF.
6º passo: projeto	Cuidar dentro e fora!
6º passo: resultados esperados	Estratégias de atuação fora do ESF mais eficientes.
6º passo: produtos esperados	Protocolos de atuação fora do ESF.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Leitura bibliográfica sobre o HAS e DM e sobre oficinas de trabalho; educação permanente da equipe; Financeiro: Material para divulgação, recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: organização da agenda da equipe, motivação da equipe, parceria com outros atores (escolas, Centro de Referência Assistência Social).
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Educação permanente da equipe; Político: Parceria com outros atores (CRAS e Escolas); Financeiro: Material para divulgação.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Avaliação das ações fora do ESF; Satisfação dos Pacientes; Concretização das parcerias com outros atores.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gestores da unidade (médico e enfermeira), 3 meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Adesão da população; Adesão de outros atores; Reestruturação junto a equipe caso necessário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi apresentado e da literatura pesquisada, fica claro o impacto, e assim, a importância de se lidar com HAS e DM, pois o controle e prevenção dessas doenças ainda deixa muito a desejar. Estas, não só possuem um impacto na saúde e qualidade de vida dos pacientes, como também nos cofres públicos. Outro fator importante é que a HAS e a DM necessitam de uma abordagem multidisciplinar e multidimensional, tanto para a sua prevenção quanto para o seu controle e tratamento.

Percebe-se que a equipe possui vários papéis nesse processo, não só o de fornecer os tratamentos e conhecimentos ao paciente, como também auxiliar na mudança de práticas, de forma que o paciente seja, também, parte integrante do processo e não apenas um ator passivo.

É um trabalho árduo, visto que é necessário mudar a mentalidade da população e gestão. Como dito anteriormente, nossa unidade foi criada para reduzir o fluxo da UPA da região, ou seja, ainda existe a mentalidade de que o “posto de saúde” é um local para a cura e não um local de prevenção e proteção da saúde. Os usuários buscam a unidade quando possuem um problema de saúde já instalado ou para o controle dos mesmos, mas dificilmente buscam a unidade para exames de rotina, informações de saúde ou pelos grupos de atividades.

Ao buscar uma nova forma de agir, bem como ações que envolvam não só a população, mas também a equipe e outros profissionais de fora da saúde, como Assistência e Promoção Social, Educação e Esporte. E para que ações sejam efetivas é necessário um planejamento estratégico de forma a entender os agentes participantes, observar a presença dos recursos necessários, prever adversidade, fortalezas e fraquezas bem como atuar sobre pontos críticos e monitorar processos primordiais.

Assim o Planejamento Estratégico Situacional aliado à medicina centrada no indivíduo, são ferramentas e estratégias essenciais para a melhora do monitoramento e acompanhamento da HAS e DM. E não apenas isso, mas também mostrar que esses conceitos devem sair do mundo teórico e ser

aplicados na prática. Nós como profissionais em saúde temos o dever de nos reinventar, buscando essa real proximidade e resolubilidade junto a população.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, A. **Qual a Situação da Diabetes no Brasil**. 23/09/2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/09/23/Qual-a-situa%C3%A7%C3%A3o-da-diabetes-no-Brasil.-E-o-custo-da-insulina> . Acesso em: 05/12/2019.

ALENCAR, L. L. B. de; RIBEIRO, A. L. Subcentros em Poços de Caldas: uma análise da dinâmica espaço-temporal do conjunto habitacional. In: MACHADO, G. (org.). **I Simpósio Nacional de Geografia e Gestão Territorial e XXXIV Semana de Geografia da Universidade Estadual de Londrina**. Londrina: Tibagi, 2019. 1ª Edição, p92-103. ISBN 978-65-81533-00-7. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1tSCUAS2dF9S-fGL2tKZTUc7bROhRs2wb/view>. Acesso em: 15/12/2019.

BEZERRA D.S, SILVA A.S., CARVALHO A.L.M. **Avaliação das características das características dos usuários com hipertensão Arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guarapes-PE, Brasil**. Rev Ciênc. Farm. Básica Apl.,2009; 30(1):69-73. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/878/752 Acesso em: Junho de 2019.

CASTILHO, I. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. **Agência de Saúde / Ministério da Saúde**. Maio 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 05/12/2019

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: trabalho de conclusão de curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf. Acesso em: 28 set. 2019.

DINNEBIER, D. A. **Impotência das atividades educativas de grupo desenvolvidas pela ESF e NASF para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus: relato de experiência**. 2016. 26 p. Dissertação (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) — Universidade Federal de Santa Catarina.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: Acesso em 14 de Dezembro de 2019.

GRILLO, M. de F. F. *et al*. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 59, n. 4, p. 400 – 405, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada de Poços de Caldas. **Estimativa da População Residente**, Brasília, Julho 2019.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pocos-de-caldas.html>? Acesso em: 12/05/2019.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas** [Internet]. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>. Acesso em: 15/12/2019.

LOPES, M. C. de L, et al. O auto cuidado em individuo com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. ISSN 1518-1944. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em: 15/12/2019.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sérgio (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 15/12/2019.

OLIVEIRA, Anderson Silva. **Envelhecimento Populacional e o surgimento de novas demandas de políticas públicas em Viana/ES**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Geografia, Universidade Federal do Espírito Santo, 2015.

OLIVEIRA, A. S.; ROSSI, E. C. Envelhecimento Populacional, segmento mais idoso e as atividades básicas da vida diária como indicador de velhice autônoma e ativa. **Geosul**, Florianópolis, v. 34, n. 73, p. 358-377, Dezembro 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.5007/1982-5153.2019v34n73p358>

OLIVEIRA, A. S. Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Envelhecimento Populacional no Brasil. **Hygeia**, v.15, n. 31, p. 69-79, Outubro 2019. ISSN 1980-1726. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

PÉREZ J.R.H. Saber mais: **Intervenção educativa junto a pacientes hipertensos e diabéticos**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul., 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/PI%20Jesus%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/PI%20Jesus%20(1).pdf)>. Acesso em: 15/12/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. **A Cidade de Poços de Caldas**. 2017. Disponível em: <https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/historia/> . Acesso em: 05/12/2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. Plano Municipal de Saúde de Poços de Caldas. Poços de Caldas, p.1 – 68, 2013. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16821-pocos-de-caldas-mg&Itemid=30192 . Acesso em: 05/12/2019.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015a. p. 780-5.

SCALA L. C.; et.al. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.** 2015;105 (3 supl 1):20.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**: 7^a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Primeira. Rio de Janeiro: SBC, 2016. v, 107. 103p. ISSN 0066-782X. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 15/12/2019.