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

AUGUSTO CÉSAR MONJARDIM

# PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO E DIABÉTICO RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO, MINAS GERAIS: uma proposta de intervenção

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS
2018

**AUGUSTO CÉSAR MONJARDIM**

# PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO E DIABÉTICO RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO, MINAS GERAIS: uma proposta de intervenção

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

Orientadora: Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

**BOM DESPACHO - MINAS GERAIS**

**2018**

**AUGUSTO CÉSAR MONJARDIM**

# PRESCRIÇÃO DE REPETIÇÃO NO ATENDIMENTO AO HIPERTENSO E DIABÉTICO RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SÃO JOSÉ NO MUNICÍPIO DE BOM DESPACHO, MINAS GERAIS: uma proposta de intervenção

Banca examinadora

Profa. Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: ___/___/2018

**RESUMO**

A prescrição de repetição no atendimento dos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes é uma realidade vivenciada em praticamente todas as Unidades Básicas de Saúde que promovem o atendimento a este grupo de pacientes. É uma atividade que demanda tempo, estresse entre os componentes da equipe de saúde da família, com importante repercussão na qualidade do acompanhamento adequado a essa parcela de usuários, uma vez que, em face de, muitas vezes, o excesso de atendimentos realizados na unidade, o acompanhamento nessas patologias se limita à prescrição de repetição periódica de receitas, ao pedido de exames quando demandado pelo próprio usuário e à atenção às complicações agudas, ficando o real objetivo do cuidado à saúde relegado a segundo plano. Este trabalho objetiva elaborar uma proposta de intervenção, para organizar o atendimento e o acompanhamento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, para melhorar a qualidade, efetividade e integralidade na atenção à saúde desses usuários. Para contribuir na elaboração da proposta de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as publicações existentes sobre o tema. A proposta de intervenção foi elaborada seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se, portanto que as ações a serem realizadas venham contribuir para melhoria da qualidade de vida dos portadores de hipertensão e diabetes residentes no território da unidade onde atuo.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Prescrição de medicamentos

**ABSTRACT**

The prescription of repetition in the care of users with systemic arterial hypertension and diabetes is a reality experienced in practically all the Basic Health Units that promote the care of this group of patients. It is an activity that demands time and stress among the components of the family health team, with important repercussion in the quality of the adequate follow-up to this portion of users, since, in the face of, often, the excess attendance performed in the unit , the follow-up in these diseases is limited to the prescription of periodic repetition of income, the request for exams when requested by the user and attention to acute complications, leaving the real objective of health care relegated to the background. This study aims to elaborate a proposal for intervention to organize care and follow - up for patients with systemic arterial hypertension and diabetes, in order to improve the quality, effectiveness and completeness of these patients' health care. To contribute to the elaboration of the intervention proposal, a bibliographical research was carried out in the databases of the Virtual Health Library to collect the existing publications on the subject. The intervention proposal was prepared following the steps of situational strategic planning. It is hoped, therefore, that the actions to be carried out will contribute to improving the quality of life of hypertension and diabetes patients residing in the territory of the unit where they work.

Key words: Hypertension, Diabetes Mellitus, Prescription Medications

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UBS – Unidade Básica de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
DM – Diabetes Mellitus
ACS – Agente Comunitário de Saúde
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
ESF – Estratégia Saúde da Família
PSF – Programa Saúde da Família
SUS – Sistema Único de Saúde
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – População adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho, segundo famílias e microáreas 10
Tabela 2 – População adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho, segundo sexo e faixa etária 11
Tabela 3 – Perfil epidemiológico da população adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho 12
Tabela 4 – Principais problemas elencados pela ESF da UBS São José 14
Quadro 1 – Descritores do problema 23
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de Capacitação da Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG 25
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Nível ou falta de informações por parte do usuário”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG 26
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dispensação da medicação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG 27
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Hábitos, cultura e estilo de vida dos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG 28
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Dia da prescrição de repetição”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG 29

**SUMÁRIO**

**1 INTRODUÇÃO..... 8**
1.1 O município de Bom espacho..... 8
1.2 O sistema municipal de saúde..... 8
1.3 A UBS do Bairro São José, sua Equipe de Saúde da Família, sua área de abrangência e sua população adscrita..... 9
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade..... 13
1.5 Priorização dos problemas..... 14
**2 JUSTIFICATIVA..... 15**
**3 OBJETIVO..... 16**
**4 METODOLOGIA..... 17**
**5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... 18**
5.1 Doenças crônicas não transmissíveis..... 18
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)..... 19
5.3 Diabetes Mellitus (DM)..... 20
**6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO..... 23**
6.1 Descrição do problema selecionado..... 23
6.2 Explicação do problema selecionado..... 23
6.3 Seleção dos nós críticos..... 24
6.4 Desenho das operações..... 25
**7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 31**
**REFERÊNCIAS..... 32**

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 O município de Bom Despacho

O município de Bom Despacho localiza-se na região do Alto São Francisco, centro-oeste do estado de Minas Gerais, distando aproximadamente 160 Km da capital Belo Horizonte, sendo considerado polo para outras cidades de pequeno porte do seu entorno, recebendo, em 2015, o título de 4.ª melhor cidade de pequeno porte de Minas Gerais. Sede do 7.º Batalhão da Polícia Militar de Minas Gerais, é beneficiado com um contingente policial expressivo, o que também trás conforto e segurança à cidade. De acordo com a estimativa do IBGE, em julho de 2016 o município tinha 49650 habitantes (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017).

No plano econômico, até 2015 os principais produtos agrícolas do município foram a cana de açúcar, o milho e a soja, sendo esses três produtos responsáveis por 8.600 hectares de área plantada e colhida, além de 218.900 toneladas de produção ao ano. Além disso, assume destaque a pecuária e outras culturas, com 89.374 cabeças de gado e uma produção leiteira de 65.766 (x 1000) litros por ano, a cidade possuía até 2015 cerca de 1.004,704 milhão cabeças de galináceos e 30.725 de suínos. O município ainda produziu 5.461 dúzias de ovos e 12.800 quilos de mel (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021).

Na área da educação, o município conta com 36 escolas, sendo 24 públicas e 12 particulares. Somente 1 (uma) escola está localizada na zona rural. Do total das escolas 18 (dezoito) oferecem ensino infantil, 20 (vinte) ensino fundamental, 10 (dez) ensino médio, 2 (duas) educação de jovens e adultos e 1 (uma) com educação especial substitutiva. Das escolas públicas 14 (quatorze) são municipais e 10 (dez) estaduais. Ao todo, no município em 2014 foram realizadas 10.694 matrículas (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018-2021). O município também conta com uma faculdade.

## 1.2 O sistema municipal de saúde

Com 15 Equipes de Saúde da Família (ESF), o município de Bom Despacho atende 100% de sua população, sendo que uma unidade está localizada na zona rural, no distrito de Engenho do Ribeiro. Conta, também, com um Centro de

Especialidades (Policlínica), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, um CAPS tipo I, um Centro de Referência em Saúde da Mulher, um Centro de Especialidades Odontológicas e um Complexo Hospitalar composto pelo Hospital da Santa Casa de Misericórdia e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

As referências principais são: Divinópolis, Belo Horizonte, Formiga e Lagoa da Prata, onde são realizadas consultas em diversas especialidades e outros exames comuns e de alta complexidade. O agendamento desses atendimentos é realizado a partir do encaminhamento do médico da ESF, com pedido à Central de Regulação do município, onde são tomadas as providências para o mesmo.

O município de Bom Despacho serve, também, como referência para outros municípios de menor porte do seu entorno, como Moema, Luz e Martinho Campos.

### 1.3 A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro São José, sua Equipe de Saúde da Família (ESF), sua área de abrangência e sua população adscrita

A UBS São José, atualmente localizada à Rua Benedito Valadares, 171, bairro São José, município de Bom Despacho-MG, oferece atendimento às comunidades dos bairros São José, Belvedere e Calais, abrangendo os horários compreendidos entre 07:00 e 11:00 h e entre 13:00 e 17:00 h. Conta com uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, um cirurgião dentista, uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) e cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Ressalta-se que uma micro área encontra-se desassistida, ou seja, sem Agente Comunitário de Saúde. Além da equipe básica preconizada pelo Ministério da Saúde (MS), a equipe conta uma Auxiliar de Serviços Gerais e apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com comparecimento semanal de psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta no apoio às atividades da UBS.

Sua estrutura física está assim composta: Recepção: Local destinado à recepção e direcionamento dos pacientes de acordo com a demanda. Encontram-se aqui os prontuários dos usuários cadastrados e ocorre a entrega de resultados de exames; dois consultórios destinados às consultas médica, consultas de enfermagem/ multiprofissionais, acolhimento e retirada de resultados de exames laboratoriais, servir de apoio ao serviço administrativo do laboratório da UBS; sala de atendimento ao “Agudo”: atendimento a casos agudos no âmbito da atenção primária e administração de medicamentos injetáveis; sala de curativo: realização de curativos de feridas

crônicas e agudas e retirada de pontos, no âmbito da atenção básica; espaço reservado para coleta de sangue: onde ocorre coleta de sangue e recebimento de outros exames, (urina, fezes, escarro e sangue). Após esse atendimento, o espaço é utilizado para grupos de orientações. Há também uma cozinha, dois banheiros (um de uso exclusivo para os funcionários), Almoxarifado, sala de vacina, dois consultórios odontológicos e uma sala de espera.

A Unidade tem também uma sala onde se localiza o consultório do NASF, que realiza algumas atividades de promoção à saúde em parceria com a mesma.

A descrição física da UBS São José chama atenção para a defasagem de um planejamento prévio, considerando que a unidade foi adaptada em uma residência alugada. Sendo assim, várias adaptações importantes para um ambiente de serviço de saúde, como exemplo o livre acesso e circulação de pacientes cadeirantes ou em maca, acomodação de pacientes, foram realizadas. Não há previsão de uma reforma na unidade, que dê uma estrutura ou construção a partir de uma planta técnica que venha atender as especificações necessárias para a ambiência de uma UBS.

A população adscrita conta com 3149 habitantes distribuídos em 1263 famílias, conforme características discriminadas nas Tabelas 1, 2 e 3, a seguir.

Tabela 1 – População adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho, segundo famílias e micro áreas.

| Micro área | Total Famílias | Total Pessoas |
|---|---|---|
| 01 | 200 | 508 |
| 02 | 204 | 528 |
| 03 | 211 | 522 |
| 04 | 221 | 615 |
| 05 | 217 | 534 |
| 06 | 210 | 442 |
| **TOTAL** | **1263** | **3149** |

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2017.

Tabela 2 – População adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho, segundo sexo e faixa etária.

| IDADE | FEMININO | MASCULINO | TOTAL |
|---|---|---|---|
| < 1 | 12 | 16 | 28 |
| 1 a 02 | 13 | 14 | 27 |
| 2 a 03 | 11 | 11 | 22 |
| 3 a 04 | 17 | 19 | 36 |
| 4 a 05 | 16 | 13 | 29 |
| 5 a 06 | 12 | 16 | 28 |
| 6 a 12 | 73 | 82 | 155 |
| 12 a 15 | 46 | 70 | 116 |
| 15 a 21 | 129 | 123 | 252 |
| 21 a 25 | 115 | 122 | 237 |
| 25 a 30 | 114 | 123 | 237 |
| 30 a 35 | 134 | 104 | 238 |
| 35 a 40 | 140 | 130 | 270 |
| 40 a 45 | 125 | 128 | 253 |
| 45 a 50 | 145 | 120 | 265 |
| 50 a 55 | 111 | 109 | 220 |
| 55 a 60 | 113 | 119 | 232 |
| 60 a 65 | 81 | 89 | 170 |
| 65 e + | 184 | 150 | 334 |
| **TOTAL** | **1591** | **1558** | **3149** |

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2017.

Tabela 3 – Perfil epidemiológico da população adscrita à UBS São José, município de Bom Despacho.

| | MICROÁREAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Patologias e condições | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | TOTAL |
| Diabéticos | 33 | 30 | 38 | 13 | 28 | 04 | 146 |
| Hipertensos | 125 | 144 | 108 | 77 | 95 | 11 | 560 |
| diabéticos e hipertensos | 21 | 174 | 146 | 90 | 123 | 03 | 557 |
| Acamados | 02 | 02 | 04 | 01 | 07 | 01 | 17 |
| Deficientes físicos | 02 | 02 | 01 | | 01 | 01 | 07 |
| Deficientes Auditivos | 01 | | | | | | 01 |
| Hanseníase | | | | | 01 | | 01 |
| Tuberculose | | | | | | | X |
| Alcoolista | 07 | | 01 | | 02 | 01 | 11 |
| Usuários de Drogas | | | 01 | 01 | | | 02 |
| Idosos | 110 | 85 | 76 | 65 | 82 | 81 | 499 |
| HIV + | | | 01 | | | | 01 |
| Tabagistas | 39 | 10 | 22 | 116 | 10 | 08 | 205 |
| Deficientes Visuais | | | | | | | 0 |
| Cadeirantes | | 02 | 01 | 01 | 05 | 01 | 10 |
| Lesões Crônicas | 02 | 02 | 01 | | 02 | | 07 |
| Curativos | 02 | | 01 | | 02 | | 05 |
| Neoplasias C.A. | 03 | 03 | | 01 | 03 | 04 | 14 |
| Gestantes | 01 | 01 | | | 05 | 03 | 10 |

Fonte: Plano Municipal de Saúde, 2017.

A área de abrangência da UBS São José foi dividida em seis micro áreas, com sua população adscrita (Tabela 1). Em relação ao relevo e ao ambiente, a maioria das ruas possui relevo plano e outras com leve declive no sentido de quem vai para o centro da cidade. As ruas são, em sua maior parte de capeamento asfáltico, com poucas ruas com calçamento e em terra batida. A única barreira geográfica existente situa-se na Rua Pernambuco, onde moram apenas três famílias, onde existe uma mata que é uma reserva ambiental. Em média, 90% dos domicílios são abastecidos

com água tratada e 100% é provido com sistema de esgoto. Todas as famílias possuem energia elétrica e o lixo é recolhido pelo serviço público municipal. Toda a área de abrangência é servida por transporte público.

O bairro conta, ainda, com uma escola particular (Criativa), uma escola municipal (Elvino Paiva), uma área de lazer (pista de caminhada), um abrigo municipal para crianças e adolescentes e uma Associação Comunitária que também presta suporte a crianças e adolescente em situação de risco.

Vale ressaltar que áreas de risco ambiental, tais como lixão, áreas sujeitas a deslizamentos, soterramento, inundação, poluentes, áreas de assentamentos e invasões, áreas de aglomeração urbana (favela, cortiço), não existem na área de abrangência da UBS São José.

### 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

Após a realização do Diagnóstico Situacional da área de abrangência da UBS São José, no município de Bom Despacho-MG, foi possível verificar a existência de um grande número de problemas passíveis de intervenção pela ESF. Dentre esses, podemos elencar o tabagismo crônico, pacientes acamados, alcoolismo crônico, deficiência física e mental, portadores de feridas crônicas, portadores de neoplasias, entre outros. Porém, detectamos um número expressivo (557) de usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitos (DM). Além do número expressivo, nos deparamos com uma assistência precária a essa população, no que concerne ao acompanhamento eficaz e prioritário, visto ser essas duas condições, um grande fator de risco para as complicações, com agudização da doença, levando o paciente à incapacidade e mesmo ao óbito.

## 1.5 Priorização dos Problemas

Tabela 4 – Principais problemas elencados pela ESF da UBS São José.

| Principais Problemas | Importância | Urgência | Capacidade de Enfrentamento | Seleção |
|---|---|---|---|---|
| Alto número de Hipertensos de Diabéticos com baixo nível de cuidados | Alta | 7 | Parcial | 1 |
| Uso abusivo de psicotrópicos | Alta | 5 | Parcial | 2 |
| Saúde do Idoso | Alta | 5 | Parcial | 3 |
| Organização do Pré-Natal | Alta | 5 | Dentro | |
| Tabagismo | Alta | 5 | Parcial | 4 |
| Falta de referência e contrarreferência | Alta | 3 | Fora | 5 |

Fonte: Elaborado pelo autor (2017).

## 2 JUSTIFICATIVA

A forma como são dispensadas as prescrições de repetição das medicações de uso contínuo aos pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas, no caso, os portadores de HAS e DM, causam grande impacto no acompanhamento efetivo dessa população de usuários. Isso gera dificuldade na efetivação de uma atenção à saúde de qualidade, uma vez que é demandando um grande período de tempo na elaboração dessas prescrições, com prejuízo à avaliação efetiva do estado de saúde de cada usuário, afetando, diretamente, a integralidade da ação.

Este trabalho se justifica, uma vez que ao apresentar uma proposta de intervenção ao “dia da prescrição”, com vistas a otimizar o tempo dispendido nesta atividade, pode-se obter melhor proveito e aumento da qualidade da consulta ofertada a essa população de usuários, com melhora do controle dos parâmetros clínicos de sua condição mórbida.

## 3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção visando organizar o atendimento e o acompanhamento aos portadores de HAS e DM, no intuito de melhorar a qualidade, a efetividade e a integralidade na atenção à saúde desses usuários.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho está relacionado à avaliação diagnóstica da Equipe de Saúde da UBS São José, município de Bom Despacho que, a partir de dados colhidos junto à ESF, verificou a necessidade de abordagem do problema em questão – Prescrição de Repetição no Atendimento ao Hipertenso e Diabético. Foi realizada a exposição do problema, com descrição, explicação e seleção dos nós críticos, com consequente elaboração de estratégia para o seu enfrentamento.

Para desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica a fim de obter maior embasamento científico sobre o assunto. A pesquisa foi feita com busca em artigos indexados nas bases de dados *Scientific Electronic Library On-Line* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e MEDLINE por meio dos seguintes descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus e Prescrição de medicamentos.

Após o levantamento dos artigos foi realizada uma leitura inicial dos resumos para seleção de informações pertinentes onde foram incluídos os estudos em português, disponíveis na íntegra e que estivessem relacionados ao tema.

Além da pesquisa bibliográfica, elaborou-se um plano de intervenção baseado no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES)/Estimativa rápida, conforme orientação da disciplina de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

# 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

## 5.1 Doenças crônicas não transmissíveis

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um dos maiores problemas de saúde pública atualmente, gerando mortes prematuras e número elevado, alto grau de limitação e incapacidade para as atividades de vida diária, além de impactos econômicos para famílias, comunidades e a sociedade em geral. Anualmente respondem por 36 milhões, ou 63%, das mortes, destacando as doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica (BRASIL, 2011, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011; ALWAN et al., 2010).

No Brasil, as DCNT também se constituem como um grande problema de saúde, correspondendo a 72% das causas de mortes, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, principalmente os de grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (DUNCAN et al., 2011, MALTA; MERHY, 2010).

O grande desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se na elaboração e aplicação de políticas de controle, vigilância e monitoramento focadas na prevenção e atenção aos indivíduos portadores dessas doenças em todas as regiões. São necessárias ações de promoção da saúde reforçando políticas públicas que promovam hábitos saudáveis (como alimentação de boa qualidade, utilização de espaços públicos destinados à atividade física, ambientes livres de fumo, regulamentação da propaganda do álcool, etc.), além da redução das iniquidades em saúde, garantindo acesso à toda a população, especialmente para os grupos mais vulneráveis (BRASIL, 2011, MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

No que diz respeito às inovações propostas para o trabalho dos profissionais que compõem as Equipes de Saúde da Família (ESF), destaca-se a inserção de práticas de promoção da saúde (individual e coletiva), com a realização de ações de educação e comunicação em saúde para mudanças comportamentais de hábitos e estilos de vida de indivíduos inadequados, voltadas para intervenções sobre determinantes sociais que interferem na qualidade de vida da população adscrita às unidades de saúde (MEDINA et al., 2014).

## 5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Entre as DCNT as doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, infarto, acidente vascular encefálico) respondem por cerca de um terço das mortes globais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002, WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A HAS é a doença circulatória mais prevalente e frequentemente associada a alterações metabólicas, que conduzem ao maior risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares fatais e não fatais, insuficiência renal e outras (RIBEIRO; PLAVNIK, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 600 milhões de pessoas tenham HAS e que ocorram 7,1 milhões de mortes anuais decorrentes da mesma, indicando ainda crescimento mundial de 60% dos casos da doença para 2025 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

No Brasil, a HAS se caracteriza como um dos principais problemas de saúde da população, tendo como consequência o elevado custo médico social devido às complicações da doença, como as doenças cardiovasculares, Acidente Vascular Cerebral (AVC), insuficiência renal crônica e cardíaca. Os estudos de prevalência da HAS são poucos e não representativos, mas relevam uma alta prevalência, variando entre 22 a 44% (WATANABE; CASARINI, 2015; MACHADO; CAMPOS, 2014).

A HAS é uma doença de progressão lenta e contínua, clínica, complexa, multifatorial e poligênica. Seu nível de gravidade está relacionado a fatores demográficos e genéticos, a dieta e ao desequilíbrio de vários sistemas que se caracteriza por elevação sustentada dos níveis pressóricos igual ou maior a 140 e/ou 90 mmHg (MALACHIAS et al., 2016; WATANABE; CASARINI, 2015; DALLACOSTA; DALLACOSTA; NUNES, 2010), sendo que a esses valores devem ser detectados em pelo menos duas aferições realizadas em momentos diferenciados, e em indivíduos que não estejam fazendo uso de medicação (HENRIQUE et al., 2008).

Dallacosta; Dallacosta; Nunes (2010) explicam que existem dois tipos de HAS a primária e a secundária. A primária que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, a secundária é possível identificar uma causa, entre elas tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária.

A terapêutica para a Pressão Arterial (PA) elevada inclui medidas não medicamentosas e o uso de medicamentos anti-hipertensivos a fim de reduzir a PA, proteger órgão-alvos, prevenir desfechos cardiovasculares e renais. As medidas não medicamentosas envolvem controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle do estresse, entre outras, têm se mostrado eficazes na redução da PA, apesar de limitadas pela perda de adesão em médio e longo prazo (MALACHIAS et al., 2016).

Para que se alcance a redução da morbimortalidade das doenças cardiovasculares, se faz necessária ações com abordagens multiprofissionais, constituída por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, farmacêuticos, musicoterapeutas, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde (MALACHIAS et al., 2016).

### 5.3 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) também é um importante e sério problema de saúde pública de prevalência elevada, estimando-se que mundialmente afeta 347 milhões de pessoas, sendo que mais de 80% das mortes ocorrem em países de baixa e média renda. Encontra-se entre as principais causas de mortes, podendo alcançar o 7º lugar dos óbitos em 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), associada a complicações que afetam a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida do indivíduo. Também é causadora de elevado custo médico assistencial para seu controle e complicações (PESSOA, 2015; MACHADO; CAMPOS, 2014; BRASIL, 2013).

O DM é uma doença debilitante e que requer tratamento contínuo (LYRA et al., 2010), é também conceituado como um transtorno no metabolismo de diferentes etiologias, e se caracteriza por hiperglicemia e distúrbios metabólicos de carboidratos, gorduras e proteínas. É o resultado dos efeitos da ação ou secreção da insulina, ou seja, aumento de açúcar no sangue (BRASIL, 2013).

Sabe-se que é uma doença caracterizada pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em hiperglicemia crônica. Divide-se em Diabetes Tipo 1, Tipo 2, gestacional e outros tipos específicos. O DM Tipo 1 caracteriza-se

pela destruição das células beta do pâncreas (geralmente causada por processo auto imune), levando ao estágio de deficiência absoluta de insulina, sendo necessária a administração da insulina para prevenir cetoacidose, coma e até a morte. O DM tipo 2 caracteriza-se pela resistência à ação da insulina e a deficiência da insulina. Manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Outros tipos de Diabetes são menos frequentes, e podem resultar de: defeitos genéticos da função das células beta e da ação da insulina, doenças no pâncreas exócrino, infecções, efeito colateral de medicamentos, etc. (BRASIL, 2006, SCHMIDT, 2004).

Costa et al. (2017) cita sobre o estudo mais abrangente realizado no Brasil em 1988 com o objetivo de identificar a prevalência da DM2 em nove capitais do país, que o mesmo identificou uma prevalência de 7,4% em adultos com idades variando entre 30 a 69 anos. Acrescenta que a DM2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em frequência pelo DM1, que responde por aproximadamente 8%. Além das DM1 e 2, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto.

Segundo Pessoa (2015) estima-se uma prevalência da DM na América do Sul e Central de 26,4 milhões de indivíduos. Há uma projeção para 2030 de que a prevalência alcance 40 milhões de pessoas diabéticas. Estima-se que o Brasil deixe de fazer parte da oitava posição, com prevalência de 4,6% (2000), para a sexta posição, com 11,3% (2030). Citam Lyra et al. (2010) que reduzir o problemático impacto do DM significa diminuir a incidência da doença, antecipando-se medidas preventivas, principalmente em indivíduos de alto risco.

O tratamento do Diabetes Mellitus pode se farmacológico e não farmacológico. Os recursos medicamentosos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica, quando da incapacidade de se controlar os níveis glicêmicos preferencialmente através da prática da dieta e de exercícios físicos. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais (principalmente, biguanidas e sulfoniluréias) (ASSUNÇÃO et al., 2012). Já nos métodos não farmacológicos, estão incluídos a dieta alimentar, exercícios físicos regulares e interrupção de etilismo e tabagismo (FREITAS; PY, 2016).

O tipo do tratamento vai depender da gravidade da doença, das características do portador e do seu estado de saúde atual (ARRUDA, ZANNON, 2002). Para o DM tipo 1 o tratamento envolve a aplicação da insulina (fabricada em

laboratório) e o controle do nível de glicose no sangue. O Tipo, a dose e frequência da aplicação de insulina variam de um indivíduo para outro, dependendo das características da doença e da manutenção dos cuidados com a saúde, como alimentação e atividade física (COSTA; ALMEIDA NETO, 2004).

No controle do diabetes mellitus (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequente no controle da DM. Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (BROADBENT; DONKIN; STROH, 2011, COSTA et al., 2011, GHERMAN et al., 2011).

Essa doença exige um acompanhamento regular e sistêmico por uma equipe multiprofissional de saúde que ofereça os recursos necessários para que a pessoa com DM possa manejar a patologia, ou seja, manter o autocuidado necessário para evitar o agravo da doença. Dessa maneira, a educação em saúde se constitui a base para o manejo e o domínio da enfermidade (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

# 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

## 6.1 Descrição do Problema Selecionado

O problema que eleito como prioritário na UBS São José, refere-se aos cuidados ao grupo de Hipertensos e Diabéticos que, representa um percentual aproximado de 21% da população adscrita acima dos 20 anos e, em face da rotatividade de médicos, anteriormente encontrava-se bastante precário, limitando-se, de certa forma, à emissão das prescrições de repetição e ao atendimento às complicações agudas das condições clínicas particulares, não ocorrendo, efetivamente uma trabalho de prevenção dessas complicações, nem um trabalho de educação em saúde ou de acompanhamento periódico de avaliação da evolução e controle da doença.

Vale ressaltar, a falta de muitas informações necessárias para se entender a amplitude do problema, considerando a inexistência de um acompanhamento eficaz o que demandará um maior esforço no levantamento de outras informações para auxílio ao processo de planejamento. Assim, inicialmente, contou-se apenas com os dados constantes do quadro abaixo.

Quadro 1 – Descritores do problema

| Descritores do Problema | Total | Fonte |
|---|---|---|
| Diabéticos e Hipertensos Cadastrados na UBS São José | 575 | Cadastros dos ACS |
| Diabéticos que não possuem bom controle glicêmico | 56 | |
| Hipertensos que não possuem bom controle da pressão arterial | 243 | |

Fonte: Registros da UBS São José, 2017.

## 6.2 Explicação do Problema Selecionado

A HAS e o Diabetes são doenças crônico-degenerativas que, quando não devidamente controladas, evoluem com alta probabilidade de se produzir complicações com repercussão direta na qualidade de vida do

paciente, bem como na instalação de condições que colocam em risco a sua vida. São doenças de etiologia multifatorial, com diversos desses fatores passíveis de intervenção e modificação, na dependência de um acompanhamento eficaz e disponibilização de meios e condições de acesso ao serviço de saúde, às medicações e aos cuidados especializados com equipe multidisciplinar e multiprofissional capacitada, que possibilite a educação em saúde e os cuidados individuais e coletivos visando o controle da doença.

### 6.3 Seleção dos "nós críticos"

A fim de impactar a organização do atendimento a esse grupo de pacientes específicos – hipertensos e diabéticos, verificou-se como nós críticos: a falta ou o nível de informação por parte do usuário, associado ao entendimento na necessidade do controle eficaz da doença. Há uma nítida percepção de que, somente comparecem à UBS periodicamente para pegar a prescrição de repetição e realizarem exames periódicos.

No entanto, para conviverem com a doença é necessário que haja capacitação e envolvimento de toda a equipe no enfrentamento do problema. A forma de dispensação das medicações por parte do setor de farmácia, engessada a normas não bem compreendidas por alguns profissionais de saúde, e também, os hábitos culturais e estilo de vida desses usuários não tem permitido um controle eficaz da mesma.

Elencou-se também, como um importante nó crítico relacionado ao problema, a cultura já estabelecida no "**dia da prescrição de repetição**", um paradigma bem estabelecido e reconhecido pelos profissionais médicos. Essa atividade que demanda um grande tempo da ESF, efetivamente, não agrega nenhum resultado benéfico aos cuidados que deveriam ser dispensados a esse grupo de usuários, pelo contrário, envolve um grande problema quando tem que se realizar modificações terapêuticas pontuais, para aquele usuário sem um acompanhamento adequado e sem um vínculo forte com o profissional médico, este reluta em aceitar modificações na sua terapêutica, instituída há "muito tempo" por "aquele" médico tão bom, quando, mesmo mantendo parâmetros clínicos alterados, mantém-se assintomático.

### 6.4 Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de Capacitação da Equipe”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG.

| **Nó crítico 1** | **Falta de Capacitação da Equipe** |
|---|---|
| **Operação(ões)** | Capacitar a ESF para o correto acompanhamento da população de Hipertensos e Diabéticos |
| **Projeto** | “CAPACITAR” |
| **Resultados esperados** | Prover a ESF de informações e condições para a abordagem correta no acompanhamento dessa população de usuários |
| **Produtos esperados** | Capacitação de todos os integrantes da ESF, no sentido de conscientização da forma correta de lidar com o acompanhamento desse grupo específico |
| **Recursos necessários** | Cognitivo: estratégia da equipe para abordagem dos pacientes e informações sobre hipertensão e diabetes.<br>Político: apoio local e tempo para realizar a capacitação.<br>Organizacional: estabelecer agenda. |
| **Recursos críticos** | Político: apoio local e tempo para realizar a capacitação.<br>Organizacional: estabelecer temática e agenda. |
| **Controle dos recursos críticos** | Secretária de Saúde, Coordenadora da UBS e Médico da UBS. |
| **Ações estratégicas** | Não necessário |
| **Prazo** | 2 meses |
| **Responsável (eis) pelo acompanhamento das** | Médico e Enfermeira da UBS |

| | |
|---|---|
| **operações** | |
| **Processo de monitoramento e avaliação das operações** | Reunião semanal com a ESF, para avaliação do progresso no aprendizado e reajustes na programação. |

Fonte: Autoria própria, 2017.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Nível ou falta de informações por parte do usuário”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG.

| **Nó crítico 2** | **Nível ou Falta de Informação por parte do Usuário** |
|---|---|
| **Operação(ões)** | Fornecer à população educação para cuidados com a doença/Aumentar o nível de informação |
| **Projeto** | “EDUCAR” |
| **Resultados esperados** | Estabelecer plano de Educação em Saúde para melhorar o nível de conhecimento do usuário sobre a sua condição. |
| **Produtos esperados** | Melhorar o nível de conhecimento e educação da população hipertensa e não hipertensa em reuniões mensais |
| **Recursos necessários** | **Cognitivo:** informações sobre hipertensão e diabetes.<br>**Político:** disponibilização de material para reuniões e local.<br>**Organizacional:** estruturação de equipe para orientação (participação do NASF) e estabelecer agenda. |
| **Recursos críticos** | **Político:** disponibilização de material para reuniões e local.<br>**Organizacional:** estruturação de equipe para orientação (participação do NASF) e estabelecer agenda |

| | |
|---|---|
| **Controle dos recursos críticos** | Coordenadora do PSF, Coordenadora da UBS, Médico da UBS e NASF |
| **Ações estratégicas** | Apresentar o projeto |
| **Prazo** | 3 meses |
| **Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações** | Médico e Enfermeira da UBS |
| **Processo de monitoramento e avaliação das operações** | Avaliação pelos profissionais da ESF, em todos os contatos com os usuários alvo, do grau de conhecimento da doença e adesão ao tratamento. |

Fonte: Autoria própria, 2017.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Dispensação da medicação”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG.

| **Nó crítico 3** | **Dispensação da medicação** |
|---|---|
| **Operação(ões)** | Controle da dispensação da medicação para controle da adesão ao tratamento |
| **Projeto** | ´”FARMÁCIA” |
| **Resultados esperados** | Organizar uma forma de se ter o feedback da dispensação da medicação ao usuários, para que se tenha o controle, por parte da ESF, de sua correta utilização |
| **Produtos esperados** | Melhor controle e acompanhamento da adesão ao tratamento. |
| **Recursos necessários** | **Político:** articulação intersetorial, adesão dos profissionais.<br>**Organizacional:** organização para verificação junto à Farmácia. |
| **Recursos críticos** | **Político:** articulação intersetorial, adesão dos profissionais.<br>**Organizacional:** organização para verificação junto à Farmácia. |

| | |
|---|---|
| **Controle dos recursos críticos** | Secretária de Saúde, Coordenadora da Farmácia, Enfermeira da UBS |
| **Ações estratégicas** | Apresentar o projeto. |
| **Prazo** | 2 semanas |
| **Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações** | Enfermeira da UBS |
| **Processo de monitoramento e avaliação das operações** | Relatórios gerenciais de entrega das medicações para o efetivo controle da adesão ao tratamento. |

Fonte: Autoria própria, 2017.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Hábitos, cultura e estilo de vida dos usuários”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG.

| **Nó crítico 4** | **Hábitos, cultura e estilo de vida dos usuários** |
|---|---|
| **Operação(ões)** | Conscientização dos usuários para mudança de hábitos e estilo de vida. |
| **Projeto** | “MUDAR” |
| **Resultados esperados** | Conscientização dos usuários para mudança de hábitos e estilo de vida. |
| **Produtos esperados** | Estabelecimento de caminhadas periódicas, Palestras estruturadas e temáticas (nutrição, atividade física, saúde mental, etc.) |
| **Recursos necessários** | **Cognitivo:** informações gerais sobre as doenças (HAS e Diabetes). **Organizacional:** Estabelecer temática, agenda e estruturar a equipe para a realização das atividades (participação do NASF). |
| **Recursos críticos** | **Organizacional:** Estabelecer temática, agenda e estruturar a equipe para a realização das atividades (participação do NASF). |

| | |
|---|---|
| **Controle dos recursos críticos** | Médico e Coordenadora da UBS |
| **Ações estratégicas** | Apresentar o projeto |
| **Prazo** | 3 meses |
| **Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações** | Médico e Enfermeira da UBS e equipe do NASF. |
| **Processo de monitoramento e avaliação das operações** | Avaliação pelos profissionais da ESF, em todos os contatos com os usuários alvo, das mudanças de estilo de vida. |

Fonte: Autoria própria, 2017.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Dia da prescrição de repetição”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS São José, do município Bom Despacho, estado de MG.

| **Nó crítico 5** | **“Dia” da prescrição de repetição** |
|---|---|
| **Operação(ões)** | Estruturar o atendimento médico trimestral individual e o acompanhamento mensal coletivo para todos os usuários portadores de HAS e Diabetes |
| **Projeto** | “PARADIGMA” |
| **Resultados esperados** | Estruturar o atendimento médico trimestral individual e o acompanhamento mensal coletivo para todos os usuários portadores de HAS e Diabetes |
| **Produtos esperados** | Divisão da população de interesse em 3 grupos, aos quais serão oferecidas consulta individuais trimestrais e atendimento coletivo mensal. |
| **Recursos necessários** | **Organizacional:** Organização de |

| | |
|---|---|
| | agenda. |
| **Recursos críticos** | **Organizacional:** Organizar agenda para atendimento médico individual trimestral para cada usuário da população de interesse, com renovação semestral da prescrição. |
| **Controle dos recursos críticos** | Médico e Enfermeira da UBS |
| **Ações estratégicas** | Apresentar projeto |
| **Prazo** | 1 mês |
| **Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações** | Médico e Enfermeira da UBS |
| **Processo de monitoramento e avaliação das operações** | Reuniões mensais com a ESF, para avaliação e acompanhamento da entrega e utilização das medicações de uso contínuo. |

Fonte: Autoria própria, 2018

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento adequado ao grupo de usuários portadores de HA e DM apresenta-se como de suma importância para que se obtenha o correto controle de seus parâmetros clínicos, a fim de se evitar as complicações de sua condição mórbida, com alto risco de desfechos fatais.

A necessidade de capacitação da ESF assume vital importância para que se priorize, no acompanhamento desses usuários, o melhor atendimento com o objetivo de se estabelecer os princípios doutrinários e organizacionais do SUS, com ênfase à integralidade do cuidado.

A quebra de paradigma, no que tange ao “dia da prescrição de repetição” se coloca como essencial para que se quebre a lógica da simples medicalização do problema, quando o que realmente importa é o pleno conhecimento da condição de portador de uma doença crônico-degenerativa, com a necessidade do cuidado médico continuado e do autocuidado, com a internalização de boas práticas de hábitos de vida saudáveis.

**REFERÊNCIAS**

ALWAN A., et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. **Lancet** 2010 Nov; 376(9755):1861-8.

ARRUDA, P. M., ZANNON, C. M. L. C. (2002). **Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica:** Evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. Santo André: Esetec Editores Associados.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com Diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.18, n.1, p.205-11, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. QEdu. Bom Despacho: matrículas e infraestrutura. 2014. Disponível em: <http://www.qedu.org.br/cidade/1600-bom-despacho/censo-escolar?year=2014&dependence=0&localization=0&education_stage=0&item=>. Acesso em: 8 de dez., 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2017 jun 17]. Disponível em: http://portal. saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_ pequena_portugues_espanhol.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n.36).

BROADBENT, E.; DONKIN, L.; STROH, J. C. Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. **Diabetes Care**. v. 34, n. 2, p.338-40, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca. Acesso em 17 de jun. de 2017.

COSTA J. A., BALGA R. S. M., ALFENAS R. C. G., COTTA R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde**. Ciênc Saúde Coletiva**. 2011;16(3):2001-9.

COSTA, A. A.; ALMEIDA NETO, J. S. **Manual do diabetes**: Educação, alimentação, medicamentos e atividade física. 4 ed. São Paulo: Savier, 2004.

COSTA, A. F. *et al*. Carga do diabetes mellitus tipo 2 no Brasil. **Cad Saúde Pública.** v. 33, n.2, p. 1-13, 2017.

DALLACOSTA, F. M.; DALLACOSTA, H.; NUNES, A. D. Perfil de hipertensos cadastrados no programa Hiperdia de uma unidade básica de saúde. **Unoesc & Ciência - ACBS**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 45-52, jul. 2010. ISSN 2178-3411. Disponível em: <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/view/125>. Acesso em: 12 de Jan. 2018.

DUNCAN, B. B. *et al*. **Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009**. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf

FREITAS, E. V. PY, L. **Tratado de geriatria e Gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

GHERMAN, A. et al. How are adherent people more likely to think? A meta-analysis of health Beliefs and diabetes self-care**. Diabetes Educ**. v.37, n. 3, p.392-408, 2011.

LYRA, R. et al. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metabólica.** v.54, n. 6, p.560-566, 2010.

MACHADO, L. E.; CAMPOS, R. O impacto da diabetes melito e da hipertensão arterial para a saúde pública. **Revista Interdisciplinar Saúde e Meio Ambiente**. Santa Catarina, v.3, n.2, p. 53-61, jul./dez., 2014.

MALACHIAS, M. V. B. *et al.* 7.ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.107, n.3, Supl.3, p.1-83, 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface Comunic Saúde Educ.** v. 14, n.34, p. 593-605, 2010.

MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L.; SILVA JUNIOR, J. B. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol Serv Saude**. v. 20, N. 4, p. 425-38, 2011.

MEDINA, M. G. *et al*. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da família? **Saúde em Debate.** v. 38, n. Especial, p. 69-82, 2014.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L**.** Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP.** V. 45, n.4, p. 862-8, 2011.

PESSOA, F. S. *et al.* **Redes de Atenção à Saúde: rede de atenção às condições crônicas**. Universidade Federal do Maranhão. Maranhão: UNA-SUS/UFMA, 2015.

PLANO MUNICIAL DE SAÚDE. Bom Despacho/MG. 2018. Disponível em: <http://www.bomdespacho.mg.gov.br/wp-content/uploads/2017/09/Plano-Municipal-de-Sa%C3%BAde-2018-2021.pdf>. Acesso em 13 de mar., 2018.

RIBEIRO, A. B. **Atualização em hipertensão arterial:** clínica, diagnóstico e terapêutica. 2.ed. São Paulo: Atheneu; 2007.

SANTOS, M. A. *et al*. Representações sociais de pessoas com diabetes acerca do apoio familiar percebido em relação ao tratamento**. Rev Esc Enferm USP**. V. 45, n. 3, p. 651-658, 2011.

SCHMIDT, M. I. **Diabetes Melito:** diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WATANABE, I. K. M.; CASARINI, D. E. Sistema renina angiotensina, novas evidências na fisiopatologia da hipertensão: importância para a prática clínica**. Rev Sociedade Cardiol.** v. 25, n.1, p.14-18, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated management of cardiovascular risk: report of a WHO meeting**. Geneva, 2002 [citado 2014 fev 28]. Disponível em: http://www.who.int/ cardiovascular diseases/media/ en/635.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes:** diabetes facts. Fact sheet 2011 Jan Nº 312

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: WHO/NUT/ NCD; 2011 [citado 2014 fev 28]. Disponível em: http://www. who.int/nmh/publications/ncd_ report2010/en/