

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

FERNANDA DE OLIVEIRA DELFINO

**PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS VISANDO À REDUÇÃO
DO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES CRÔNICOS NO
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, NO
MUNICÍPIO DE TIROS – MINAS GERAIS**

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2019

FERNANDA DE OLIVEIRA DELFINO

PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS VISANDO À REDUÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES CRÔNICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, NO MUNICÍPIO DE TIROS – MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

BOM DESPACHO - MINAS GERAIS

2019

FERNANDA DE OLIVEIRA DELFINO

PROMOÇÃO DE HÁBITOS SAUDÁVEIS VISANDO À REDUÇÃO DO USO DE MEDICAMENTOS POR PACIENTES CRÔNICOS NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA RENASCER, NO MUNICÍPIO DE TIROS – MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora- UFMG

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 06/10/2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho acadêmico, primeiramente a Deus,

À minha família, que sempre esteve ao meu lado nessa caminhada, e aos amigos e colegas que contribuíram com meu aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por essa oportunidade.

Aos meus pais,

A minha orientadora pela paciência e dedicação,

Aos meus companheiros de trabalho e a toda população da cidade de Tiros – Minas Gerais.

“A arte da medicina consiste em distrair o paciente enquanto a
Natureza cuida da doença.”

Voltaire

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam uma elevada carga de doença em todo o mundo, gerando maior morbimortalidade e também desencadeando altos custos aos sistemas de saúde. O tratamento de tais doenças envolve tanto utilização de medicamentos, quanto também mudança no estilo de vida, como redução do tabagismo, etilismo e adoção de hábitos nutricionais mais saudáveis. O objetivo deste estudo foi propor uma intervenção visando à promoção de hábitos de vida saudáveis entre usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como estratégia para redução da utilização de medicamentos nesses pacientes. Esta intervenção se fundamentou na metodologia de Planejamento Estratégico Situacional, elaborado a partir do diagnóstico situacional realizado na área adscrita ao Centro de Saúde de Tiros – Programa Saúde da Família Renascer, no município de Tiros, Minas Gerais. Também se baseou em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Doenças Crônicas Não Transmissíveis e Educação em saúde. Compôs o acervo pesquisado os Cadernos do Ministério da Saúde que versam sobre doenças crônicas não transmissíveis e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Espera-se com as ações propostas promover hábitos saudáveis e propiciar melhor condição de saúde e qualidade de vida aos usuários envolvidos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Educação em saúde.

ABSTRACT

Noncommunicable chronic diseases represent a high burden of disease worldwide, leading to higher morbidity and mortality and also causing high costs to health systems. The treatment of such diseases involves both medication use and lifestyle changes, such as reduced smoking, alcoholism and adoption of healthier nutritional habits. The aim of this study was to propose an intervention aimed at promoting healthy lifestyle among users with non-communicable chronic diseases, as a strategy to reduce the use of medications in these patients. This intervention was based on the Situational Strategic Planning methodology, elaborated from the situational diagnosis carried out in the area assigned to the Tiros Health Center - Renascer Family Health Program, in the municipality of Tiros, Minas Gerais. It was also based on bibliographic research conducted in the Virtual Health Library with the descriptors: Family Health Strategy, Chronic Noncommunicable Diseases and Health Education. The surveyed collection comprised the Ministry of Health's Notebooks on non-communicable chronic diseases and Guidelines of the Brazilian Society of Cardiology. The proposed actions are expected to promote healthy habits and provide better health condition and quality of life to the users involved.

Keywords: Family Health Strategy. Noncommunicable Chronic Diseases. Health education.

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
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Caracterização da população quanto à etnia.....	10
Figura 2 - Caracterização da população quanto à faixa etária.	10
Quadro 1 - Perfil epidemiológico da população.....	11
Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Renascer, Unidade Básica de Saúde Renascer, município de Tiros, estado de Minas Gerais.	15
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.	28
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.	29
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos gerais do município.....	8
1.2 Aspectos da comunidade	9
1.3 O sistema municipal de saúde	11
1.4 A Unidade Básica de Saúde Renascer	13
1.4 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Renascer	14
1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Renascer	14
1.6 O dia a dia da equipe Renascer.....	14
1.7 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	15
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	26
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	26
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	26
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	27
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERENCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A região onde se localiza o município de Tiros era, nos primórdios, ocupada por índios das tribos Araxás, dos quais foram encontrados utensílios e armas numa gruta situada a apenas 6Km da atual sede (IBGE, 2018).

Tiros é cidade cuja presença no mapa é bem pequena. Seu nome causa estranheza em várias pessoas. No entanto, entre o tamanho e a estranheza do topônimo há uma corrente de fatos que percorrem os anos de 1590 aos anos de 2000. Não são somente 412 anos, são lugares e raças em marcante transformação. É muito mais que um lugar tranquilo para se descansar. Talvez, através da história de Tiros, não se note uma semelhança com cidades polos, de significativa influência, nota-se, no entanto, a veia que germina o pulso da aventura, da hospitalidade e do sonho. Mas, Tiros já foi capital do diamante, como observa José Pessoa. Se assim o foi em seu percurso histórico, Tiros deve ser mais que uma cidade pequena localizada ao Oeste de Minas (TIROS, 2017).

A Praça Santo Antônio e o Coreto Municipal, embora anteriormente com outra denominação, refletem e estão inseridos no desenvolvimento histórico de Tiros, haja vista, dentre outros aspectos, os seguintes: o largo da praça foi incluído no planejamento geral da cidade; seus objetivos de uso foram evoluindo: de antigas orações de semana santa, jogos de futebol ao ar livre, encontros e namoros, para as atuais manifestações públicas culturais, sociais e práticas desportivas da moda ou atuais, como capoeira e caminhadas. A partir de 1942, quando foi construído o Coreto e urbanizada a praça, foram usados para enfatizar o patriotismo no momento histórico da II Guerra Mundial (TIROS, 2017).

Todos os acontecimentos marcantes para a população são vividos na Praça e no Coreto. É uma das mais belas praças e dos mais belos coretos da região e do estado de Minas Gerais, o que os singularizam historicamente.

O município conta com algumas estruturas como escolas, creches, igrejas, banco, supermercados, tem um hospital inserido dentro da comunidade, o qual é muito utilizado pelos usuários em situações de emergência. Existe o serviço de eletricidade e água, esta última foi afetada parcialmente durante a temporada de seca no município. A população conta com os serviços de telefonia fixa, celulares, internet, TV a cabo pode acessar aos correios sem dificuldade (TIROS, 2017).

No que se refere ao aspecto demográfico a população do município era de 6.906 habitantes em 2010 (IBGE, 2018).

Ainda segundo o Censo de 2010, 51,22% da população eram homens, e 48,78% eram mulheres. A diferença entre a população masculina e feminina diminuiu na última década, já que em 2000 a população masculina era de 52,97% e a feminina 47,03%.

A taxa de envelhecimento da população vem aumentando, passando de 6,20% em 1991, para 9,03% em 2000 e 11,77% em 2010. No que se refere à faixa etária a população tirense é composta de 20,03% de pessoas com menos de 15 anos, 68,20% entre 15 e 64 anos e 11,77% com mais de 65 anos (IBGE,2018).

1.2 Aspectos da comunidade

A população do município de Tiros apresenta um índice de alfabetização de 95,2%. Os empregos da população variam destacando-se o emprego de pedreiro, pessoas que trabalham em casas de famílias e empregados de supermercados, empresas, hotéis, entre outros. De modo geral, a população tem um nível cultural bom (TIROS, 2018).

As pessoas de Tiros moram em casas, umas próprias e outras alugadas, mas quase todas têm boas condições estruturais.

A comunidade, atualmente, segundo dados do IBGE (2018) é composta por 6806 usuários, sendo que há predomínio de população de raça branca, e idade entre 30-59 anos, conforme demonstrado nas Figuras 1 e 2

Figura 1: Caracterização da população quanto à etnia/raça.

População do último Censo (ano 2010)	Qte	%
Branca	4.937	71,03%
Preta	256	3,77%
Amarela	79	1,16%
Parda	1.633	24,03%
Indígena	1	0,01%
Sem declaração	0	0,00%

Fonte: IBGE, 2018.

Figura 2 - Caracterização da população quanto à faixa etária.

Faixas Etárias	Homem	Mulher	Total
00-04	167	202	369
05-09	210	220	430
10-14	273	274	547
15-19	278	254	532
20-29	469	431	900
30-39	486	497	983
40-49	524	474	998
50-59	508	410	918
60-69	325	296	621
70-79	157	184	341
80+	86	81	167
Total	3.483	3.323	6.806

Fonte: IBGE, 2010.

No que se refere aos aspectos epidemiológicos da população tem-se um predomínio de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) como a hipertensão, diabetes e obesidade.

No Quadro 1 está apresentado o perfil epidemiológico da população de Tiros, 2018.

Quadro 1 - Perfil epidemiológico da população de Tiros, 2018

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Gestantes	14
Hipertensos	294
Obesidade	316
Diabéticos	87
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	19
Pessoas que tiveram AVC	12
Pessoas que tiveram infarto	5
Pessoas com doença cardíaca	13
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	04
Pessoas com hanseníase	00
Pessoas com tuberculose	00
Pessoas com câncer	15
Pessoas com sofrimento mental	29
Acamados	5
Fumantes	98
Pessoas que fazem uso de álcool	76
Usuários de drogas	27

Fonte: Dados da equipe de saúde (2018)

Outro destaque no quadro 1 é referente ao número de pessoas obesas superando, inclusive, o número de hipertensos e diabéticos.

No que se refere às principais causas de óbitos verifica-se que as doenças cardiovasculares repercutem em um grande problema na saúde da população. As causas de internação mais comuns são agudização de quadros crônicos, viroses, doenças respiratórias, e infecções do trato urinário. As doenças de maior notificação são diarreias, atendimento antirrábico e dengue. No ano de 2018 só foi constatado um óbito infantil em menor de 1 ano, que teve como causa doença cardíaca.

1.3 O sistema municipal de saúde

No município de Tiros, devido a sua peculiaridade, em relação ao número de habitantes, é importante destacar que há falta ou dificuldade de acesso à assistência

nos serviços de atenção primária. A baixa resolubilidade desse nível assistencial e a não viabilidade da contrarreferência do paciente para o acompanhamento ambulatorial induzem os usuários com queixas crônicas e sociais a procurarem os serviços de urgência como porta de entrada no sistema de saúde.

O município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com três unidades Básicas de Saúde (USB) assim denominadas: Cabeceira, Bela Vista e Renascer. A UBS Cabeceira está dividida em três microáreas, sendo uma na zona rural, e duas na zona urbana, cobrindo 100% da população. A UBS Bela Vista conta com cinco microáreas: duas na zona rural e três na zona urbana. A UBS Renascer tem sete microáreas: três na zona rural e quatro na zona urbana.

Embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar, o município possui um Hospital com atendimento de urgências, um laboratório privado, um laboratório para as endemias, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), um laboratório municipal, um asilo, cinco farmácias (sendo uma popular), um centro odontológico, um centro de fisioterapia.

O Município recebe o apoio do NASF integrado por nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e psicólogo. Além disso, conta com a presença de uma pediatra que faz atendimentos três vezes por semana. A forma de organização do sistema de saúde do município é em rede, prestando uma assistência integral e contínua a uma população definida, com comunicação fluida entre os diferentes níveis. Os pontos de atenção à saúde que ofertam serviços de atenção secundária ficam nos municípios de Patos de Minas, Uberlândia, São Gotardo e Belo Horizonte.

O Sistema de Referência e contrarreferência caracteriza-se por uma tentativa de organizar os serviços de forma a possibilitar o acesso pelas pessoas que procuram os serviços de saúde. De acordo com tal sistema, o usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é "referenciado" (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade, a fim de receber o atendimento de que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser "contra referenciado", ou seja, o profissional deve encaminhar o usuário para a unidade de

origem para que a continuidade do atendimento seja feita. A referência e contrarreferência devem ser feitas em formulário próprio da instituição, preenchido pelo profissional de nível superior responsável.

Tiros já alcançou um dos objetivos do Desenvolvimento do Milênio em que o país deve reduzir a taxa de mortalidade infantil para menos de 17,9 por mil nascidos vivos até 2020. Segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde (TIROS, 2017) a taxa de mortalidade infantil em Tiros no ano de 2014 foi de 15,3 para 1.000 nascidos vivos.

A taxa de fecundidade da cidade está exatamente na taxa de reposição, com 2,1 filhos por mulher. A esperança de vida ao nascer aumentou 8,4 anos nas últimas duas décadas, passando de 67,7 anos em 1991, para 73,3 em 2000 e 76,1 (IBGE, 2018)

1.4 A Unidade Básica de Saúde Renascer

O Centro de Saúde de Tiros, conhecido como PSF Renascer ou UBS Renascer, atende a toda a população. A unidade onde está inserida nossa equipe está situada numa das principais ruas centrais, em frente ao hospital. A estrutura física é em um local bem centralizado com relação à área de abrangência, facilitando o acesso dos usuários.

Sobre a estrutura da UBS, conta com duas salas para consultas médicas, duas salas para consulta de enfermagem, recepção, sala para triagem, sala para curativos, sala para inalação, sala de vacinas, farmácia, um consultório odontológico e a cozinha; além disso, conta com todos os equipamentos básicos pra um bom desenvolvimento. A equipe atende 1098 famílias, para uma população total de 2.019 pessoas.

A estrutura da UBS está bem conservada e os espaços físicos estão bem aproveitados; tem uma área adequada para a recepção com cadeiras suficientes para a espera dos pacientes; uma sala para fazer a triagem e curativos; uma sala para fazer o exame ginecológico; uma sala de vacina; três consultórios médicos; um consultório de enfermagem; uma sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS); uma sala para os integrantes do NASF; uma sala para esterilização; uma copa; banheiro para profissionais e banheiro para pacientes. As reuniões realizam-se na área da recepção. A equipe tem algumas dificuldades como, por exemplo, o

consultório das enfermeiras é muito pequeno para as três enfermarias da UBS e com a referência para os demais níveis assistenciais.

1.4 A Equipe de Saúde da Família, da Unidade Básica de Saúde Renascer

A equipe está composta por: um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma assistente administrativa, seis agentes comunitários de saúde e um auxiliar de higienização. São realizadas mensalmente as reuniões de planejamento, onde se expõem todos os problemas existentes e se estabelecem mecanismos para dar solução aos mesmos.

1.5 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Renascer

O horário de funcionamento é de segunda à sexta, nos períodos de 07 as 11h e 13 as 17h. De 15 em 15 dias a nossa unidade funciona no horário noturno que é das 17:30h até as 21:30h, para atender os pacientes que trabalham durante o dia. Nas quartas-feiras contamos com o atendimento de um ortopedista e uma pediatra no período da manhã.

1.6 O dia a dia da equipe Renascer

A equipe Renascer tem uma programação semanal, que consta de dia de gestantes, puérperas, hiperdia, visitas domiciliares, renovação de receitas, atendimento na zona rural e de livre demanda. A equipe de cirurgiões dentistas funciona todos os dias no período da manhã e tarde. Nas quartas feiras há atendimento pela manhã com o ortopedista e uma pediatra e uma vez por mês vem à UBS uma ginecologista.

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

A partir do diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS Renascer conforme orientado por Faria, Campos e Santos (2018) foram identificados cinco problemas de maior relevância na comunidade adscrita à UBS Renascer. A escolha de tais problemas se deu durante reunião do Conselho Local de Saúde, que contou com a participação de membros da comunidade, equipe de saúde, e representantes da Secretaria Municipal de Saúde. São eles:

- Alta incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS);
- Alta incidência de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2);

- Alta incidência de Doenças Cardiovasculares (DCV);
- Alto índice de obesidade;
- Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT.

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

No Quadro 2 encontram-se apresentados os problemas de saúde da comunidade onde atuamos e respectivos critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

Quadro 2 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Renascer, Unidade Básica de Saúde Renascer, município de Tiros, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência de HAS	Alta	05	Parcial	04
Alta incidência de DM2	Alta	05	Parcial	03
Alta incidência de DCV	Alta	06	Parcial	02
Alto índice de obesidade	Alta	04	Parcial	05
Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT	Alta	10	Parcial	01

Fonte: dados da equipe.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Após o diagnóstico situacional na área de abrangência atendida pela equipe do PSF Renascer e por meio da análise de estimativa rápida foram identificados vários problemas da comunidade e, dentre eles, o uso descontrolado de medicamentos no tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Percebeu-se, também, que vêm aumentando a detecção de novos casos de HAS, Diabetes, obesidade, dislipidemias, considerados pela equipe como problemas que merecem maior atenção.

A Equipe Renascer atende atualmente 2019 usuários. Tem-se, de acordo com os dados coletados pela nossa equipe, em 2018, um total de 697 usuários portadores de DCNT. Destes, mais de 60% utilizam mais de um tipo de medicação, sendo que alguns fazem uso de mais de três medicamentos diariamente.

Fatores como obesidade, hábitos e estilos de vida inadequados, tabagismo, alcoolismo, entre outros, estão relacionados com as DCNT e seu devido controle medicamentosos e não medicamentosos.

A elaboração de um plano de intervenção para reduzir o número de indivíduos que utilizam medicamentos sem controle no PSF possibilitará ações de promoção de hábitos saudáveis, fazendo com que o paciente possa compreender que ao agregar uma boa alimentação e exercícios físicos, podem diminuir a quantidade de medicamentos a serem ingeridos e a diminuição de novas doenças.

A reorganização da atenção básica com a finalidade de evitar novos casos e melhorar a qualidade de vida dos usuários além do uso correto da medicação prescrita.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor uma intervenção visando a promoção de hábitos de vida saudáveis entre usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, como estratégia para redução da utilização de medicamentos nesses pacientes

3.2 Objetivos específicos

Orientar os usuários quanto à adoção de hábitos nutricionais saudáveis;
Estimular a prática de atividades físicas regulares pelos portadores de DCNT;
Desenvolver intervenções educativas visando à conscientização sobre os riscos associados ao tabagismo e etilismo e ao uso correto da medicação.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) segundo Faria, Campos e Santos (2018). O PES, a partir de seus fundamentos e método, propõe o planejamento como um processo participativo. Sendo assim, possibilita a incorporação dos pontos de vistas dos vários setores sociais, incluindo a população, onde diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Campos, Faria e Santos (2018) propõem um Planejamento Estratégico Simplificado, que compreende o diagnóstico situacional, eleição de problemas passíveis de intervenção, priorização de problemas, eleição do problema a ser enfrentado, com posterior proposta de intervenção.

O plano se baseou, ainda, em pesquisa bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: Estratégia Saúde da Família, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Educação em saúde. Foram também pesquisados os Cadernos do Ministério da Saúde que versam sobre a temática, em estudo e outras fontes de busca para revisão bibliográfica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é descrita na literatura como um importante fator de risco para diversas comorbidades graves com as Doenças Cardiovasculares (DCV). Trata-se de uma doença crônica não transmissível (DCNT) que afeta o sistema circulatório, com alta morbimortalidade associada (LOTUFO *et al.*, 2017).

Segundo Cavalini e Chor (2003), a prevalência de hipertensão na população mundial ainda é alta, principalmente na população acima dos 40 anos. No Brasil, estudos realizados em diversas regiões apontaram prevalência de HAS em 8% e 33% da população pesquisada. Configura-se, assim, como um dos fatores mais importantes na configuração da mortalidade no país e contribuem para que as doenças cardiovasculares sejam a primeira causa de mortalidade nos últimos tempos.

A hipertensão arterial é definida como pressão sistólica maior que 135 mmHg e diastólica maior que 85 mmHg, sendo considerado uma doença de caráter multifatorial. Inclui-se entre doenças crônicas degenerativas, podendo acarretar problemas graves no organismo, principalmente em órgãos vitais como o coração, rins e cérebro. “A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p.1).

Em relação ao controle e tratamento da hipertensão há diversos que os dificultam com destaque para a não adesão ao tratamento, fato que é muito observado pelos profissionais de saúde. A ausência de sintomas na HAS é, provavelmente, um dos dificultadores da baixa adesão ao tratamento tendo em vista que mais da metade das pessoas que sofrem de hipertensão não sabem que têm a doença, uma vez não sentem nada. “A maioria toma conhecimento do diagnóstico desse agravo, quando são vítimas de alguma complicação, como infarto, aneurisma e insuficiência renal” (SANTOS; LIMA, 2008, p.91).

Amaral *et al.* (2018) estudaram 25 voluntários jovens que apresentavam História familiar de HAS (HFHAS), dentre os quais 14 normotensos e 11 pré-hipertensos, a fim de avaliar a função vascular. Os resultados indicaram que pré-hipertensos com HFHAS mostram disfunção autonômica e condutância vascular aumentada quando comparados a normotensos com o mesmo fator de risco. A disfunção periférica é anterior à disfunção vascular nesses casos.

Os autores encontraram, ainda, que a elevação da pressão arterial na pré-hipertensão é consequência de distúrbios hereditários que estão contidos em uma herança genética e eventos hemodinâmicos e autonômicos que desencadeiam a hipertensão arterial. Desse modo, além dos fatores já conhecidos de estresse da vida urbana principalmente, há também fatores hereditários e genéticos envolvidos na HA (DAVIS *et al.*, 2012 *apud* AMARAL *et al.*, 2018).

A prevenção e controle da hipertensão arterial segundo a literatura estão relacionados com mudança de práticas de vida e maior conhecimento sobre a doença e suas complicações. A tecnologia educativa aplicada à área de saúde pode oferecer medidas necessárias tanto de prevenção, quanto de controle dos fatores de risco da HAS. O trabalho educativo em saúde tem contribuído para evitar a instalação da doença, e tem tido também repercussões familiares (SANTOS; LIMA, 2008).

De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, publicada pela Sociedade Brasileira de Hipertensão (2016) o tratamento da hipertensão inclui medidas não medicamentosas, e em alguns casos uso associado de fármacos anti-hipertensivos. Embora as medidas não medicamentosas tenham se mostrado eficazes na redução da pressão arterial, por sua baixa adesão a médio e longo prazo a maior parte dos pacientes acaba evoluindo para a utilização de fármacos. Os autores exemplificam como medidas não medicamentosas as intervenções dietéticas e atividade física regular. Também são citados a mudança de hábitos de vida, como redução de etilismo e tabagismo (MALACHIAS *et al.*, 2016).

Magalhães *et al.* (2010) reafirmam a necessidade de mudança de estilos de vida que estão entre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, bem como para complicações da referida doença. Na opinião dos pesquisadores há confirmação de muitos estudos que mostram que o risco maior de desenvolver a

hipertensão arterial incide em pessoas que vivenciam práticas cotidianas estressantes, dietas ricas em sódio, sedentarismo, e portadoras de vícios como tabagismo e etilismo.

5.2 Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é descrito na literatura como uma doença de grande complexidade e potencial de progressão que se caracteriza como um quadro em que ocorrem alterações metabólicas que cursam com níveis glicêmicos elevados, resultantes de distúrbios na ação ou secreção de insulina (MARTIN *et al.*, 2012). Conforme relatado por Silveira *et al.* (2017), o DM pode ser desencadeado por questões genéticas, ou quadros clínicos derivados sobretudo da manutenção de hábitos de vida deletérios, que ocasionam surgimento de patologias como dislipidemias, hipertensão, dentre outros.

O DM, sem o acompanhamento e controle adequados, pode ocasionar danos a órgãos vitais como rins, coração, vasos sanguíneos, e olhos, promovendo grande dependência do paciente e altos custos ao sistema de saúde. De acordo com Targino *et al.* (2016) uma outra complicação crônica do DM, e que gera levados custos hospitalares é a neuropatia diabética, que comumente evolui com amputações de membros inferiores. Com o avanço da doença verifica-se uma lesão nervosa nos nervos periféricos, promovendo parestesia e perda de sensibilidade tátil. Como uma condição característica do DM é a difícil cicatrização, ao não perceber lesões nos pés, os pacientes desenvolvem úlceras que infeccionadas podem levar à amputação de membros.

Segundo estudo publicado por Thomazelli, Machado e Dolçan (2015), a prevalência da neuropatia diabética, já com a apresentação do quadro de “pé diabético” é de 4-10%. No pé diabético ocorrem lesões nervosas e vasculares, em que a infecção associada à lesão tecidual geralmente desencadeia a amputação de membros, que além de comprometer a funcionalidade, saúde e qualidade de vida do indivíduo ocasiona altos custos em saúde e grandes períodos de hospitalização.

Almeida *et al.* (2013) referem “pé diabético” como a condição em que o portador de DM apresenta ulceração, seguida de infecção, promovendo destruição tecidual

profunda, associada a um quadro de vasculopatia periférica com grande variabilidade em membros inferiores.

De acordo com Mantovani *et al.* (2013) o grande desafio na prevenção das complicações do DM é a difícil conscientização dos portadores e a promoção de hábitos de vida saudáveis nestes. Os autores ressaltam que grande parte dos pacientes desconhece as possíveis complicações do DM, e por este motivo retardam a aderir adequadamente ao tratamento.

Couto *et al.* (2014) apontam que estratégias educacionais são imprescindíveis para prevenir e estimular o cuidado na Síndrome do Pé diabético, bem como as demais complicações da doença. De acordo com os pesquisadores a ocorrência do pé diabético é maior em pessoas com menor escolaridade, indicando uma diferença de prevalência de mais de 50% entre pessoas com e sem escolaridade. Os autores sugerem intervenções educativas com simulação de técnicas de cuidados com os pés, palestras, visitas domiciliares e orientação individual, dentre outras ações que capacitem o paciente ao autocuidado.

5.2 Mudanças no Estilo de Vida

Um dos objetivos da Atenção Primária é a prevenção e a promoção da saúde. Dessa maneira, intervir em condições que aumentem riscos já inerentes aos indivíduos é um aspecto a ser trabalhado em uma unidade de saúde.

O Ministério da Saúde recomenda que

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia. Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013, p.57).

Portanto, ainda segundo o Ministério da Saúde, o estilo de vida é, de fato, um dos fatores responsáveis pela alta incidência das doenças crônicas e sua morbidade. Dentre os fatores associados ao estilo de vida encontram-se os hábitos e as atitudes que auxiliam para a obesidade, por meio de alimentos ricos

em calorias, carboidratos e alimentos industrializados (CANAAN *et al.*, 2006 *apud* BRASIL, 2014).

Durante a consulta médica ou de enfermagem, todas as pessoas com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas serão submetidas ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares. Conhecer os hábitos de vida e o padrão alimentar pessoal e familiar é fundamental para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle metabólico ou que possam, ao longo do tempo, agravar as doenças. Nesse acompanhamento, é necessário promover educação em Saúde com enfoque nos hábitos alimentares que, na maioria dos casos, se modificados, têm potencial para evitar e/ou retardar as complicações das doenças crônicas (BRASIL, 2014, p.68).

Outros fatores importantes ligados ao estilo de vida são o sedentarismo, alcoolismo e o cigarro. Tanto as atividades físicas devem ser incentivadas e acompanhadas quanto educar o paciente tabagista em relação aos riscos para a saúde provocados pelo cigarro, considerado um dos maiores fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Deve-se, dessa forma, mostrar ao paciente fumante os riscos e os benefícios de parar com o fumo. Quanto ao alcoolismo, no que diz respeito à hipertensão, sabe-se que o uso abusivo do álcool compromete o controle da doença.

5.3 Automedicação

Santos e Ferreira (2012) ressaltam que o Brasil possui grande participação na indústria farmacêutica em nível mundial, sendo um grande consumidor de medicamentos, fato este que é facilitado pela ampla disponibilidade de insumos farmacêuticos no país. Telles Filho e Pereira Júnior (2013) relatam que somente em 2008 a automedicação movimentou mais de 30% do mercado farmacêutico brasileiro.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a automedicação pode ser compreendida como a seleção, seguida de uso de medicamentos sem supervisão, orientação e/ou prescrição de médico ou cirurgião dentista (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

Trata-se de um problema que ocorre em âmbito mundial, com diferentes prevalências, a depender da população estudada. Estima-se que no Brasil, a prevalência da automedicação na população em geral seja superior à 27% da população (SCHIMID; BERNAL; SILVA, 2010). Em estudo realizado por Domingues *et al.* (2015) os autores

verificaram uma prevalência de automedicação na população adulta brasileira de 35%.

A automedicação possui impacto tanto na saúde do indivíduo e adoecimento da comunidade, como também para os serviços públicos de saúde. A utilização inadequada de medicamentos, com doses intervalos inadequados ou tempo de utilização não preconizado, pode além de não promover a cura/melhora do indivíduo, propiciar reações medicamentosas, diagnósticos tardios, por mascaramento dos sintomas, ou ainda surgimento de patógenos de maior virulência, uma das principais complicações do uso de antibióticos sem prescrição médica (DIAS *et al.*, 2017).

A motivação para a automedicação entre brasileiros possui etiologia complexa. O aumento da expectativa de vida, maior carga de doenças crônicas, persistência de índices elevados de doenças transmissíveis, ou ainda a baixa acessibilidade aos serviços de saúde pode determinar a ocorrência da automedicação (ARRAIS *et al.*, 2016).

Em estudo realizado por Santos, Nogueira e Borja-Oliveira (2018, p.431) com 138 idosos, verificou-se que as classes terapêuticas mais utilizadas pelos participantes foram “analgésicos (31,9%), relaxantes musculares (13,8%), anti-inflamatórios (13,0%) e anti-histamínicos de primeira geração (7,2%)”. A dor, ao realizar atividades diárias, bem como os sintomas alérgicos foram descritos por Oliveira *et al.* (2018) como motivadores para automedicação. No estudo verificou-se ainda que a maior parte dos medicamentos utilizados eram inadequados para idosos, e um elevado número foi utilizado por prescrições médicas anteriores, mesmo que em outro contexto, o que segundo os idosos, garantia a segurança da medicação.

A automedicação em idosos também foi observada no estudo desenvolvido em Brasília – DF, Brasil. Um total de 45,8% dos idosos e 55,6% dos não idosos irracionalmente. Além disso, percebeu-se entre os portadores de doenças crônicas, que a adesão ao tratamento prescrito foi inferior a 36,7% dos idosos e a 41,1% dos não idosos (GARCIA *et al.*, 2018).

O desconhecimento dos malefícios da automedicação, baixa acessibilidade aos serviços de saúde, e facilidade na compra dos medicamentos são alguns dos motivos apresentados pelos indivíduos para a automedicação (MATOS *et al.*, 2018).

Em estudo realizado por Domingues *et al.* (2017), com 1.820 pessoas, verificou-se a prevalência de automedicação de 14,9%. Os autores pontuam que tal prevalência se altera a depender da população estudada, comumente, adultos com limitação de atividades laborais e idosos com doenças crônicas tendem a fazer uso irracional de medicamentos.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Existem na área adscrita, 697 usuários portadores de DCNT, dos quais, de acordo com dados coletados pela equipe de saúde, mais de 60% fazem automedicação, além de utilizar incorretamente os medicamentos prescritos. Tem-se entre os portadores de DCNT 218 tabagistas, e um contingente significativo de usuários que fazem uso de bebida alcoólica.

No que se refere aos hábitos alimentares e prática regular de atividade física, tem-se que apenas 12% dos portadores de DCNT realizam atividades físicas regulares, e somente 20% referem ter hábitos alimentares adequados, conforme dados coletados durante as consultas médicas e de enfermagem durante os meses de janeiro a junho/2019.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O desconhecimento sobre os riscos associados ao sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e etilismo são importantes fatores determinantes para a persistência em tais hábitos. Além disso, muitos usuários referem que não se alimentam bem, por “custar caro” comidas saudáveis. O custo elevado também é o principal argumento dos usuários para a não realização de atividades físicas regulares, além do desconhecimento sobre como realizar tais atividades.

Entende-se que ao propor intervenções que orientem os usuários quanto aos hábitos deletérios, baixo custo de alimentação saudável, e formas de atividades físicas regulares orientadas, será possível reduzir queixas álgicas, que são o principal motivo de automedicação, além de melhorar a condição de saúde como um todo, o que a

médio e longo prazo levará a uma redução das complicações das DCNT e do número e doses de medicamentos prescritos.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Diante do exposto, têm-se como nós críticos do problema selecionado:

- Desconhecimento dos portadores de DCNT sobre os riscos do Tabagismo e Etilismo
- Inexistência de atividades físicas orientadas por profissional capacitado
- Crença de que a alimentação saudável possui um alto custo.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Nos quadros 3, 4 e 5 encontram-se apresentados os projetos, as operações, os produtos e resultados esperados, recursos e responsáveis pelas operações além do monitoramento de todas elas.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Desconhecimento dos portadores de DCNT sobre os riscos do Tabagismo e Etilismo
Operação (operações)	Estabelecer práticas educativas visando a redução do etilismo e tabagismo entre os portadores de DCNT
Projeto	<i>Melhorando os hábitos de vida</i>
Resultados esperados	Reduzir em 50% o número de tabagistas e etilistas na comunidade
Produtos esperados	Ações educativas quinzenais sobre a temática, envolvendo palestras, salas de espera e rodas de conversa.
Recursos necessários	Estrutural: Profissional para ações educativas Cognitivo: Informações sobre o tema Financeiro: Recurso para impressão de cartazes e folders Político: Mobilização social
Recursos críticos	Financeiro: Recurso para impressão de cartazes e folders
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde – SMS : Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de intervenção proposto à SMS para obtenção dos recursos almejados.
Prazo	06 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica Também participarão das ações educativas: profissionais da ESF e profissionais do NASF.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada ação educativa será feita uma lista de presença e cada paciente presente, se quiser, poderá expor suas dúvidas e expectativas. Após 06 meses de ações educativas será feita uma reunião entre os profissionais para estruturação de um calendário permanente de ações educativas.

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Inexistência de atividades físicas orientadas por profissional capacitado
Operação (operações)	Estruturar um grupo de atividades físicas orientadas
Projeto	<i>Movimente-se</i>
Resultados esperados	Envolver no mínimo 70% dos portadores de DCNT nas atividades propostas pelo grupo de atividades físicas.
Produtos esperados	Criação de um grupo de atividades físicas que se reunirá semanalmente na área externa à UBS Renascer
Recursos necessários	Estrutural: Profissional de Educação Física e/ou Fisioterapeuta Cognitivo: Informações sobre o tema Financeiro: Recurso para compra de materiais para atividades físicas como bolas, bastões, elásticos e colchonetes Político: Mobilização social
Recursos críticos	Financeiro: Recurso para compra de materiais Estrutural: Disponibilidade dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde – SMS: Favorável NASF: Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de intervenção proposto à SMS para obtenção dos recursos almejados. Agendar as reuniões do grupo em horários disponíveis pelos profissionais.
Prazo	03 meses para início
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Profissional de Educação Física e Fisioterapeuta do NASF Também participarão das ações: profissionais da ESF e demais profissionais do NASF. Em todo encontro do grupo haverá um profissional da ESF com lista de presença, e também técnico de enfermagem para aferir sinais vitais e acompanhar as atividades.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	A cada encontro será feita uma lista de presença. Após 06 meses encontros será analisada a adesão da população, e caso necessário serão feitas ações de divulgação e convites individuais.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ Uso descontrolado de medicamentos por portadores de DCNT ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Renascer, do município de Tiros, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Crença de que a alimentação saudável possui um alto custo
Operação (operações)	Estruturar oficinas de nutrição saudável
Projeto	<i>Alimente-se bem gastando pouco</i>
Resultados esperados	Orientar no mínimo 60% dos portadores de DCNT sobre alimentação saudável de baixo custo
Produtos esperados	Realização de oficinas de nutrição saudável mensais Distribuição de um livreto de receitas nutritivas e de baixo custo
Recursos necessários	Estrutural: Profissional Nutricionista Cognitivo: Informações sobre o tema Financeiro: Recurso para compra de materiais para oficinas de nutrição, e impressão de livreto de receitas Político: Mobilização social
Recursos críticos	Financeiro: Recurso para compra de materiais e impressão Estrutural: Disponibilidade do profissional
Controle dos recursos críticos	Secretaria Municipal de Saúde – SMS: Favorável NASF: Favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto de intervenção proposto à SMS para obtenção dos recursos almejados. Agendar as reuniões do grupo em horários disponíveis pelo profissional.
Prazo	03 meses para início Oficinas realizadas mensalmente por 06 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Nutricionista do NASF Também participarão das ações: profissionais da ESF e demais profissionais do NASF. Em todo encontro do grupo haverá um profissional da ESF com lista de presença.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Caso após seis meses de oficinas os resultados esperados não sejam obtidos, os usuários com piores hábitos alimentares serão encaminhados também para atendimento nutricional individualizado, e as oficinas de nutrição poderão continuar por mais tempo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT representam uma elevada carga de doença em todo o mundo, gerando maior morbimortalidade e também desencadeando altos custos aos sistemas de saúde. O tratamento de tais doenças envolve tanto utilização de medicamentos, quanto também mudança no estilo de vida, como redução do tabagismo, etilismo e adoção de hábitos nutricionais mais saudáveis.

Com as ações propostas espera-se melhorar não apenas a condição de saúde dos usuários envolvidos, mas também incrementar a qualidade de vida destes, com práticas de atividades físicas regulares, socialização e também aumento do vínculo entre usuários e equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. A. *et al.* Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 142-146, Mar. 2013.
- AMARAL, J.F. *et al.* Controle Autonômico e Vascular em Pré-Hipertensos com Histórico Familiar de Hipertensão Arterial. **Arq Bras Cardiol.** São Paulo v.110, n. 2, p. 166-174, Feb. 2018.
- ARRAIS, P.S. D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, supl. 2, 13s, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).
- CAVALINI, L.T.; CHOR, D. Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 6, n. 1, p. 7-17, Apr. 2003.
- COUTO, T.A. *et al.* Educação em Saúde, prevenção e cuidado ao pé diabético: um relato de experiência. **Rev. baiana saúde pública**, v.38, n.3, p.760-768 jul./set. 2014.
- DIAS, I. M. *et al.* Percepção e opinião de especialistas sobre automedicação de pacientes com disfunção temporomandibular e dor orofacial. **Rev. dor**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 32-37, março de 2017.
- DOMINGUES, P. H. F. *et al.* Prevalência de automedicação na população adulta do Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 49, 36, p.1-8, 2015.
- DOMINGUES, P. H. F. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 319-330, June 2017.
- FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.
- GARCIA, A. L. F. *et al.* Self-medication and adherence to drug treatment: assessment of participants of the Universidad do Envelhecer (the University of Aging)

program. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 6, p. 691-700, Dec. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE cidades. **História**, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/tiros/panorama>

LOTUFO, P. A. *et al.* Doença cerebrovascular no Brasil de 1990 a 2015: Global Burden of Disease 2015 .**Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, supl. 1, p. 129-141, May 2017.

MAGALHÃES, M. E.C.*et al.* Prevenção da hipertensão arterial: para quem e quando começar? **Rev. Bras Hipertens** v. 17, n.2, p. 93-97, 2010.

MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 107, n. 3, supl. 3, p. 7-13, Sept. 2016

MARTIN, I. S. *et al.* Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 218-224, 2012

MATOS, J. F. *et al.* Prevalência, perfil e fatores associados à automedicação em adolescentes e servidores de uma escola pública profissionalizante. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 76-83, Mar. 2018.

MANTOVANI, A. M. *et al.* Estudo comparativo das representações sociais sobre diabetes mellitus e pé diabético. **Cad. Saúde Pública**, v.29,n.12, p. 2427-2435, 2013.

OLIVEIRA, S. B. V. *et al.* Perfil dos medicamentos utilizados para automedicação pelos idosos atendidos em um centro de referência. **Einstein (São Paulo)** , São Paulo, v. 16, n. 4, eAO4372, 2018.

SANTOS, A. N. M.; NOGUEIRA, D. R. C.; BORJA-OLIVEIRA, C. R. Automedicação entre participantes de uma Universidade Aberta da Terceira Idade e fatores associados. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 419-427, agosto de 2018.

SANTOS, E. C.; FERREIRA, M. A. A Indústria Farmacêutica e a Introdução de Medicamentos Genéricos no Mercado Brasileiro. **Rev. Nexos Econômicos**, v.6, n.2, 2012.

SANTOS, Z. M. de S. A.; LIMA, H.de P. Tecnologia educativa em saúde preventiva: hipertensão arterial em trabalhadores. Análise das mudanças no estilo de vida. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v.17, n.1, p.90-7, 2008.

SCHMID, B.; BERNAL, R.; SILVA, N. N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 1039-1045, Dec. 2010 .

SILVEIRA, D. M. *et al.* Pé Diabético: onde podemos intervir? **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 43, n. 1, p. 13-18, jan./jun. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010 . Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

TARGINO, I.G. *et al.* Fatores relacionados ao desenvolvimento de úlceras em pacientes com Diabetes Mellitus.. **J. res.: fundam. care. online** v.8,n.4, p.4929-4934, 2016.

TELLES FILHO, P. C. P.; PEREIRA JUNIOR, A. C. Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 291-297, June 2013.

THOMAZELLI, F.C.S.; MACHADO, C. B.; DOLÇAN, K. S. Análise do risco de pé diabético em um ambulatório interdisciplinar de diabetes. **Revista da AMRIGS**, v.59, n.1, p.10-14, 2015.

TIROS. Prefeitura Municipal de Tiros. **História**, 2017. Disponível em: www.tiros.mg.gov.br/site/prefeitura/nossa-cidade/historico

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication**. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. The Hague: World Health Organization; 1998.