

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

Raíssa Magalhães Rodrigues

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CUSTÓDIO TAVARES DE REZENDE, MUNICÍPIO DE
MAR DE ESPANHA, MINAS GERAIS**

Juiz de Fora – Minas Gerais

2021

Raíssa Magalhães Rodrigues

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CUSTÓDIO TAVARES DE REZENDE, MUNICÍPIO DE
MAR DE ESPANHA, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização Gestão do
Cuidado em Saúde da Família, Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito parcial
para obtenção do Certificado de Especialista.
Orientadora: Professora Dra. Helisamara Mota
Guedes

Juiz de Fora – Minas Gerais

2021

Raíssa Magalhães Rodrigues

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
MEDICAMENTOSO E NÃO MEDICAMENTOSO DE IDOSOS ATENDIDOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CUSTÓDIO TAVARES DE REZENDE, MUNICÍPIO DE
MAR DE ESPANHA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Dra. Helisamara Mota Guedes

Banca examinadora

Professora Dra. Helisamara Mota Guedes- UFVJM

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 11 de maio de 2021

DEDICO

Aos pacientes e usuários do SUS, por me incentivarem, me desafiarem e proporcionarem ensinamentos incontáveis durante todo esse percurso.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, meu alicerce mais forte, me agraciando todos os dias com saúde e perseverança.

Ao meu pai Nilson e minha mãe Daíse pelo amor incondicional.

Ao meu noivo, Alexandre, pela força e amor que eu precisei para seguir em frente.

A orientadora Helisamara pela paciência, compreensão e dedicação em dividir seu conhecimento ao longo desse trabalho.

Aos pacientes, verdadeiros mestres, por transmitirem valores que não encontramos nos livros.

“A felicidade pode ser encontrada mesmo nas horas mais difíceis, se você lembrar de acender a luz”.

J. K. Rowling

RESUMO

Entre as principais causas de não adesão da população rural idosa ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso no combate à hipertensão arterial e diabetes mellitus estão o analfabetismo, a falta de acompanhamento nutricional e a dificuldade de acesso aos profissionais da saúde. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos idosos atendidos na Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende, em Mar de Espanha, Minas Gerais. A elaboração do projeto de intervenção foi realizada através do método do Planejamento Estratégico Situacional. Foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados do Scientific Electronic Library Online, informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Também foram utilizados dados do sistema e-Sus do Ministério da Saúde. O problema priorizado no trabalho foi a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso. Foram identificados os seguintes nós críticos: alto índice de analfabetismo, dificuldade de acesso a informação sobre educação alimentar, escassez de alimentos saudáveis. Diante disto foram propostos os seguintes projetos: intervindo para amenizar o analfabetismo, comer bem faz bem, plantando a vida. Após o início do projeto de intervenção, espera-se que haja maior aderência da população idosa rural no tratamento das doenças. Ressalta-se que é importante a continuidade desta ação por uma equipe interdisciplinar para fortalecer as ações de promoção a saúde.

Palavras-chave: Idoso. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Among the main causes of non-adherence of the elderly rural population to drug and non-drug treatment in the fight against arterial hypertension and diabetes mellitus are illiteracy, lack of nutritional monitoring and difficulty in accessing health professionals. This work aims to elaborate an intervention project to improve the medication and non-medication treatment of the elderly assisted at the Basic Health Unit Custódio Tavares de Rezende, in Mar de Espanha, Minas Gerais. The elaboration of the intervention project was carried out using the Situational Strategic Planning method. Bibliographic searches were performed in the databases of the Scientific Electronic Library Online, information from the Brazilian Institute of Geography and Statistics. Data from the Ministry of Health's e-Sus system were also used. The priority problem at work was the lack of adherence to medication and non-medication treatment for the elderly. The following critical nodes were identified: high illiteracy rate, difficulty in accessing information on food education, scarcity of healthy food. In view of this, the following projects were proposed: intervening to alleviate illiteracy, eating well is good, planting life. After the start of the intervention project, it is expected that there will be greater adherence by the elderly rural population in the treatment of diseases. It is emphasized that the continuity of this action by an interdisciplinary team is important to strengthen health promotion actions.

Keywords: Elderly. Diabetes Mellitus. Arterial hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide etária Mar de Espanha	16
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Saúde no Campo, Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende, município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais.....	22
Quadro 2 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS.....	30
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais..	34
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais.....	35
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos da população abrangida pela equipe Saúde no Campo, segundo a faixa etária e sexo	18
Tabela 2 - Dados epidemiológicos da população abrangida pela Equipe de Saúde no Campo	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
Scielo	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Aspectos gerais do município de mar de espanha	15
1.2 O sistema municipal de saúde.....	16
1.3 Aspectos da comunidade	17
1.4 A unidade básica de saúde custódio tavares de rezende.....	19
1.5 A equipe de saúde da família saúde no campo da unidade básica de saúde custódio tavares de rezende	20
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe saúde no campo	20
1.7 O dia a dia da equipe saúde no campo	21
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	22
2. JUSTIFICATIVA	24
3. OBJETIVOS	25
3.1 OBJETIVO GERAL	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	25
4. METODOLOGIA.....	26
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	27
5.1 Fator envelhecimento populacional	27
5.2 Complicações do diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	28

5.3 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso	29
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	33
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7 ^o a 10 ^o passo)	33
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Mar de Espanha

Mar de Espanha é uma cidade localizada na região sudeste e distante 320 km da capital do Estado. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade possui 12.901 habitantes, densidade demográfica de 31,62 hab./Km² (IBGE, 2020).

Em 2017, apenas 27,3% da população (ou 3.478 pessoas) estavam empregadas. Em 2018, o salário médio mensal era de 1,1 salários mínimos (IBGE, 2020). A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 27,2%. A cidade vive basicamente de confecções e facções de peças íntimas. A cidade não possui crescimento populacional evidente, e ainda há alto índice de desemprego.

Em 2018, tinha 25,1% da população com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa o que o colocava a cidade de Mar de Espanha na posição 846 de 853 dentre as cidades do estado e na posição 5299 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2020).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. A pirâmide etária apresentada em 2010 se equivale à pirâmide etária brasileira, com a maioria da população concentrada entre 15 e 54 anos.

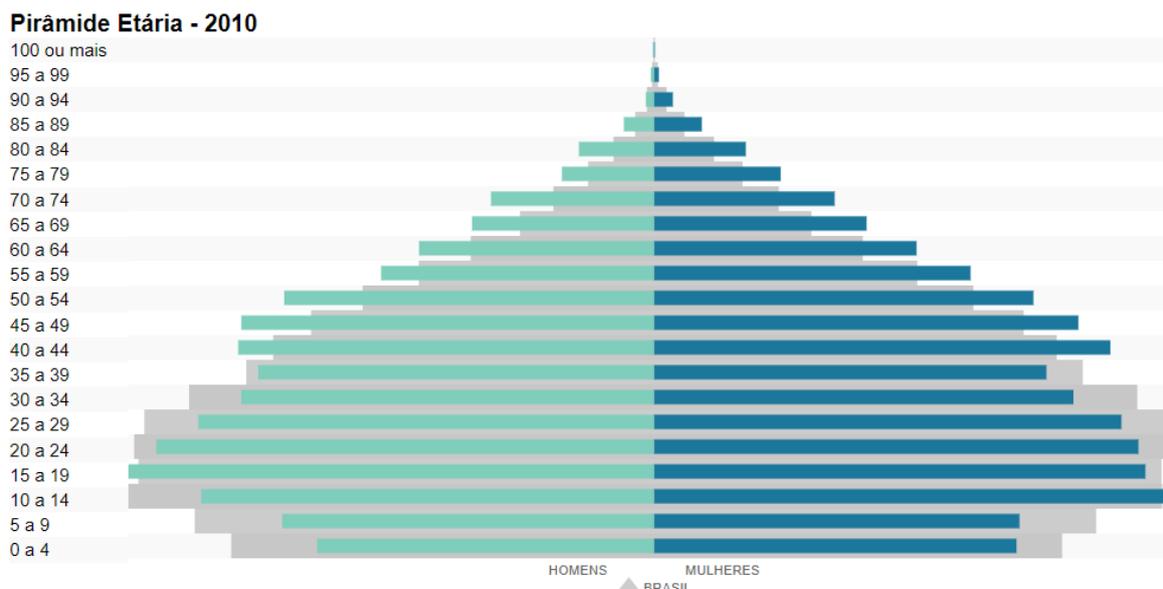


Figura 1 - Pirâmide etária Mar de Espanha (IBGE, 2020)

A cidade sempre teve uma tradição forte no carnaval: assim como nas pequenas cidades do sudeste de Minas Gerais, o carnaval movimenta a economia através de alugueis de casas, venda de comidas e bebidas em barrquinhas e, obviamente, pela venda das confecções a preços mais acessíveis.

1.2 O sistema municipal de saúde

Na área de saúde, a cidade é considerada de pequeno porte (microrregião) e, por isso, são realizados apenas atendimentos primários. Exames de alta complexidade são realizados nas cidades vizinhas de Juiz de Fora e Bicas. A Estratégia de Saúde da Família, atualmente, é composta por 5 equipes da atenção básica (todas do programa “Mais Médicos”), conta com 4 equipes na zona urbana e 1 equipe na zona rural, o que corresponde a, aproximadamente, 19% da população.

A atenção primária é realizada nas três Unidades Básicas de Saúde da cidade. Já os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são realizados, em sua grande maioria, nas cidades vizinhas de Bicas e Juiz de Fora. O transporte é cedido para esses usuários, quando necessário esse atendimento.

Como sistema de apoio, participamos do Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), onde são realizados os pré-natais de alto risco, os atendimentos especializados a pacientes com alto risco cardiovascular e controle metabólico ruim.

O acesso regulado à atenção é realizado na unidade básica de Saúde (UBS). Quanto ao prontuário clínico, há um déficit em minha área, pois os pacientes são atendidos em quatro localidades diferentes: o posto de referência, onde o prontuário é digital; os postos de apoio (dois) onde o prontuário ainda é manuscrito e, por fim, os atendimentos domiciliares, que são a maioria, também feitos em prontuários manuscritos. Sendo assim, dependendo do local de atendimento, não se tem acesso às consultas antigas do paciente e seu histórico. O cartão de identificação dos usuários do SUS é feito pelos agentes comunitários de Saúde (ACS).

As referências são feitas, na maioria das vezes, pelo sistema online quando há critério para encaixe do paciente, e as contrarreferências são praticamente inexistentes.

Os principais problemas relacionados ao Sistema Municipal de Saúde são:

- Falta de recursos;
- Falta de entendimento e conhecimento sobre a organização de uma atenção primária;
- Influência política;
- Desvalorização do profissional de saúde;
- Hierarquia, não havendo a horizontalidade do atendimento.

1.3 Aspectos da comunidade

A equipe de saúde da família da zona rural é denominada “Saúde no Campo” e é responsável por, aproximadamente, 1.477 pessoas, nos distritos de Saudade e Engenho Novo, além de cobrir toda a zona rural de Mar de Espanha, a maior da região.

Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho agropecuário e das confecções. Os empregos são de baixa remuneração, e poucos possuem vínculo empregatício. Não existe saneamento básico nem coleta de lixo em sua grande maioria, sendo os distritos contemplados com estes serviços, mas de forma quinzenal. Além disso, parte da comunidade vive em moradias bastante precárias.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos, assim como a evasão escolar entre maiores de 14 anos. O acesso às escolas é realizado através de kombis e ônibus disponibilizados pela prefeitura, e é prejudicado em épocas chuvosas, quando a estrada fica inacessível.

Abaixo apresentamos a tabela com os dados demográficos da população abrangida pela equipe Saúde no Campo, segundo a faixa etária e sexo.

Tabela 1 - Dados demográficos da população abrangida pela equipe Saúde no Campo, segundo a faixa etária e sexo.

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	2	5	7
1-4	36	37	73
5-14	112	88	200
15-19	60	61	121
20-29	77	100	177
30-39	76	80	156
40-49	109	105	214
50-59	115	87	202
60-69	97	87	184
70-79	52	48	100
≥ 80	30	13	43
TOTAL	766	711	1477

Fonte: elaborado pela autora (2020) com dados do PEC

O perfil epidemiológico da área de abrangência é focado em 3 (três) principais problemas, conforme apresentado a seguir, na tabela 2.

Tabela 2 - Dados epidemiológicos da população abrangida pela Equipe de Saúde no Campo

Condição de Saúde	Qtde (nº)
Hipertensos	342
Pessoas que fazem uso de álcool	247
Pessoas com sofrimento mental	211
Fumantes	83
Diabéticos	69
Pessoas que tiveram infarto	13
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	9
Pessoas com doença cardíaca	8
Usuários de drogas	8
Pessoas que tiveram AVC	7
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	7

Gestantes	7
Acamados	4
Pessoas com câncer	4
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0

Fonte: elaborado pela autora (2020) com dados do PEC

As principais causas de óbitos são as complicações cardíacas decorrentes de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), seguida por isquemias cerebrais e complicações de Diabetes Mellitus (DM). Já as principais causas de internações estão relacionadas à eventos pulmonares, seguida por DM e desidratação. As principais doenças de notificação são as infecções sexualmente transmissíveis.

Os principais problemas relacionados à situação de saúde da população adscrita à área de abrangência da equipe “Saúde no campo” são: verminoses, descontrole HAS, descontrole de DM, falta de autocuidado, uso abusivo de medicamentos e gravidez precoce.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende

A Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende, que abriga a Saúde no Campo foi inaugurada no ano de 2020. Está situada no centro da cidade, em um morro íngreme, de difícil acesso a população, onde os mesmos estão insatisfeitos com sua localização.

Não existe banheiro na sala de atendimento, não existe climatizador ou ventilador o que torna o ambiente muitas vezes insatisfatório para consulta. Possui apenas um otoscópio e um sonar que deve ser partilhado por 4 (quatro) médicos, o que gera grandes transtornos, interrompendo consultas e disputa por equipamentos. Realizo atendimentos em outras duas unidades de apoio, em casas adaptadas que não possuem nenhum tipo de material para trabalho, como balanças pediátricas ou equipamentos médicos para realização de procedimentos.

O principal problema encontrado nas unidades de apoio é a ausência de: material para sutura, geladeira, otoscópio, sonar, balança pediátrica, fogão, medicamentos de urgência.

A maioria dos atendimentos é feita em domicílio (equipe de zona rural) onde o nível de estrutura cai drasticamente, considero extremamente insatisfatório a estrutura de atendimento da minha equipe.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Saúde no Campo da Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende

A equipe de Saúde no Campo é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e quatro ACS.

A organização dos atendimentos da equipe Saúde no Campo prioriza os atendimentos agudos e de demanda espontânea, havendo dias específicos apenas para pré-natal e puericultura. Atendemos as demandas crônicas (como hipertensão e diabetes) juntamente com as agudas.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Saúde no Campo

A Unidade de Saúde funciona das 7h00min às 19h00min, de segunda a sexta feira. Contamos com 2 recepcionistas que se intercalam nesses horários e, em caso de férias e atestados os ACS das três equipes se revezam e assumem o papel delas.

Das 17h00min às 19h00min há sempre um médico e um enfermeiro para atender a população que trabalha em horário comercial, sendo esses atendimentos agendados e dois atendimentos médicos destinados à demanda. A equipe Saúde no Campo realiza atendimento médico na unidade duas vezes na semana, sendo segunda-feira com atendimentos de pré-natal e puericultura, e as quartas-feiras, de 12h00min às 19h00min, os atendimentos são de demandas crônicas e agudas.

As visitas domiciliares são feitas mensalmente pelo ACS e pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem em toda a população. As visitas médicas são realizadas em toda a população, porém com frequência reduzida devido às demandas de pré-natal e puericultura.

Não são realizadas ações fora dos protocolos de origem do Ministério da Saúde, como por exemplo, campanhas de vacinação. Os principais problemas relacionados à organização do processo de trabalho da equipe são: funcionários desmotivados, a falta de autonomia para realização das tarefas, a hierarquização do cuidado, falta de equipamentos e a constante interferência política na saúde.

1.7 O dia a dia da equipe Saúde no Campo

O tempo da Equipe Saúde no Campo está ocupado em sua maior parte em atendimentos domiciliares, onde o médico atende na UBS apenas uma vez na semana, nos postos de apoio quinzenalmente e o restante dos atendimentos são domiciliares.

A saúde bucal é feita na unidade e através do odonto-móvel que contempla poucos instrumentos e estruturas para realização de procedimentos. Não possuímos assim grupo de hipertensos e diabéticos, por exemplo. Existem dois dias do mês dedicados à puericultura e pré-natal, que se misturam com a demanda.

Estamos requisitando melhorias junto à Secretaria de Saúde, que não tem interesse em mudanças, devido a consequências políticas.

A equipe possui pouca autonomia devido a frequentes ordens superiores, que nem sempre possuem a visão da problemática da população adscrita.

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

A falta de seguimento do paciente através do uso adequado das medicações e mudança de hábito de vida é algo que traz grande impacto à saúde dos usuários. Por exemplo, quando é prescrita uma medicação para controle da HA ou de DM e o paciente não faz uso adequado, além de promover desfechos ruins no que se trata da saúde do indivíduo, ocorre sobrecarga da equipe, lidando sempre com demandas repetidas e dificultando o acesso a promoção de saúde.

Acredito que muitos desses nós são consequências do fato de serem moradores rurais. Segue abaixo a listagem de problemas encontrados:

- 1- Dificuldade de acesso (áreas distantes umas das outras e sem acesso ao transporte público).
- 2- Trabalho excessivo e informal, sem direitos trabalhistas (o trabalhador rural, não possui intervalos de descanso, e suas atividades ligadas ao setor agropecuário são cronometradas, onde não podem deixar de retirar o leite da vaca nos horários determinados, por exemplo).
- 3- A baixa escolaridade, onde não se compreende a importância do cuidado continuado.
- 4- Má alimentação, onde não há muito acesso aos produtos frescos e em sua forma natural, sendo sempre alimentos não perecíveis, que são estocáveis por bastante tempo e caracterizam-se, na maioria das vezes, por carboidratos simples, sem muito valor nutricional.

O problema da má alimentação explica-se pois a zona rural de Mar de Espanha é atípica. Os pacientes da zona rural, em sua grande maioria, são funcionários de pessoas ricas da cidade, proprietários de grandes terras. Dessa forma, trabalham para seus empregadores, e não na produção de alimentos. Por isso, possuem baixa remuneração e, conseqüentemente, dificuldade de acesso à alimentos de melhor qualidade.

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

Após a discussão dos problemas, estabelecemos as prioridades através da importância, urgência e capacidade de enfrentamento de cada uma das situações.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Saúde no Campo, Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende, município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensos	Alta	5	Total	1
Pessoas que fazem uso de álcool	Alta	5	Parcial	4

Pessoas com sofrimento mental	Alta	5	Parcial	5
Fumantes	Alta	5	Parcial	3
Diabéticos	Alta	5	Total	2

Fonte: elaborado pela autora (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

De acordo com o quadro acima podemos verificar que os problemas identificados fazem parte da realidade de muitas unidades de saúde do Brasil. Dentro destes problemas identificamos pontos que precisam ser priorizados pela equipe, são eles:

1. Aumento do número de visitas dos ACS às regiões de maior concentração de HAS e DM;
2. Melhora da comunicação com os pacientes uma vez que o analfabetismo diminui a aderência medicamentosa;
3. Melhora do acesso a alimentos saudáveis e a educação alimentar.

2. JUSTIFICATIVA

Os usuários moradores da Zona Rural enfrentam diversos problemas que não são comuns aos moradores da região urbana, o que os tornam distantes do conhecimento da maioria.

A pluralidade dos problemas enfrentados pela equipe na atuação de promoção de saúde, e até mesmo meu maior desafio como médica, é a execução pelo paciente dos planos de cuidado propostos em consulta médica. Isso se deve a uma sequência de fatores, como a dificuldade de acesso, cultura, o trabalho como prioridade e, principalmente a baixa escolaridade.

Acredito que o atendimento deva ser horizontalizado, e que a participação do paciente no seu cuidado seja primordial para que existam eficácia e eficiência na prevenção e na promoção da saúde.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o tratamento medicamentoso e não medicamentoso de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde Unidade Básica de Saúde Custódio Tavares de Rezende, Mar de Espanha, Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Propor ações que diminuam o impacto do analfabetismo na adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Informar a população sobre a importância de uma alimentação saudável para a saúde e comorbidades existentes;
- Criar meios de acesso da população a alimentos saudáveis.

4. METODOLOGIA

Para a confecção deste trabalho foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Através do diagnóstico situacional, a equipe identificou os principais problemas da comunidade e aquele que se destaca: baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso no idoso. A seleção dos nós críticos foi feita a partir da análise de determinados critérios. Em seguida, realizou-se a elaboração de um plano de intervenção seguindo os passos para a realização do plano de ação.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo sistema Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), do e-Sus, e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção dos dados.

Realizou-se um levantamento na literatura sobre a temática utilizando dados do Ministério da Saúde e uma revisão no *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) no idioma português com os seguintes descritores: Idoso. Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial. O referencial identificado auxiliou no suporte teórico deste trabalho.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Fator envelhecimento populacional

É fato constatado que a população brasileira está em constante crescimento. De acordo com o IBGE, em 2010 o Brasil possuía 190.732.694 pessoas, sendo 92,68% dessa população compreendida na faixa de 0 anos à 64 anos de idade, e apenas 7,32% para pessoas acima dos 64 anos de idade. Em 2020, a população brasileira possuía 211.755.692 pessoas, sendo 90,17% na faixa de 0 anos à 64 anos de idade, e 9,83% para pessoas acima dos 64 anos de idade (IBGE, 2020).

Como houve aumento da população e aumento do percentual de idosos, é fato que a população brasileira está vivendo cada vez mais. Assim, tem-se que dar maior atenção a este grupo, que contribuiu durante anos para o sistema de saúde brasileiro e, agora, precisam de acompanhamento de saúde.

O aumento do volume da população, o acesso mais facilitado aos serviços de saúde e o crescimento da expectativa de vida tem contribuído para o aumento da população de idosos e, conseqüentemente, para um maior número de doenças crônicas não transmissíveis. Um exemplo é que 20% da população idosa acima dos 65 anos de idade possui diabetes (BORBA *et al.*, 2019).

Segundo Neta e Vasconcelos (2020), a DM representa grave problema à saúde pública exatamente pela alta prevalência entre os idosos, pela morbidade e por sua relação direta a fatores de risco cardiovascular e cerebrovascular. A doença também está relacionada ao sedentarismo, ou seja, a ausência da prática de atividades físicas.

Atualmente o país ocupa a 4ª posição no ranking mundial de pessoas com diabetes, tendo um total de 13 milhões de brasileiro comedidos por essa doença, aproximadamente 8,9% do total da população (NETA; VASCONCELOS, 2020).

Outra doença que acomete com frequência os idosos demonstrada em uma Pesquisa Nacional de Saúde, é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). A HAS possui alta prevalência e incidência entre a população idosa, sendo classificada como a principal doença crônica não transmissível. Possui alto fator de risco relacionado às doenças cardiovasculares, bem como síndromes geriátricas, e contribui à carga de doenças, deficiências e mortalidade nessa população (BENTO; MAMBRINI; PEIXOTO, 2020).

No Brasil, a HAS atinge 36 milhões (32,5%) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar (MALACHIAS, 2016).

5.2 Complicações do Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial é definida por níveis pressóricos, em que os benefícios do tratamento (não medicamentoso e/ou medicamentoso) superam os riscos (BARROSO *et al.*, 2021).

Para os idosos, recomenda-se aferir a pressão arterial na posição sentada, deitada e em pé. As alterações ateroscleróticas nas regiões dos seios carotídeos reduzem a sensibilidade dos barorreceptores, ocasionando maior variabilidade da pressão arterial nos idosos e redução dos reflexos posturais, predispondo à hipotensão ortostática (MINAS GERAIS, 2013).

A DM e a HAS são, por si só, doenças que necessitam de acompanhamento médico rigoroso. Consideradas doenças crônicas, possuem o poder de debilitar o paciente que não faz o correto tratamento e possui acompanhamento médico adequado.

Massa, Duarte e Chiavegatto Filho (2019) estudaram a prevalência de doenças cardiovasculares (DCV) e os fatores associados à essas doenças em idosos, no período de 2000 a 2010 e constataram que havia prevalência de DCV em idosos que, dentre outras comorbidades, apresentavam DM e HAS.

Dentre as complicações que a HAS pode trazer temos: hipertrofia ventricular esquerda, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença vascular periférica, nefropatia hipertensiva, ataque isquêmico transitório e acidente vascular cerebral, retinopatia hipertensiva, dentre outros (MINAS GERAIS, 2013).

De acordo com Rolim *et al.* (2018) doenças crônicas podem atuar como fator de aceleração na degeneração do sistema auditivo. Pacientes com HAS apresentaram queda dos limiares auditivos frente a outros grupos, sendo a HAS considerada a de maior influência sobre a audição.

Dentre as complicações que a DM pode trazer, temos: complicações macro vasculares, complicações microvasculares, neuropatia diabética, pé diabético, dentre outros (MINAS GERAIS, 2013).

Estudo conduzido por Vergara *et al.* (2014) encontrou outras complicações que não sejam as cardiovasculares em idosos decorrentes da DM. No estudo a população era predominantemente idosa, de baixa renda e baixa escolaridade, havia predominância na condução inadequada da doença, acarretando em complicações retinianas. Estudo realizado por Pinto *et al.* (2009), destacou que o controle pressórico é mais efetivo na redução de complicações macro vasculares do DM do que o controle glicêmico. Em pacientes que apresentavam simultaneamente DM e HAS, foi constatado o controle inadequado da PA que, segundo os autores, representam por maior duração do DM, obesidade abdominal, elevação da glicemia de jejum e complicações crônicas do DM.

Na prática clínica da equipe Saúde no Campo, é rotineiro o atendimento de pacientes idosos com as doenças crônicas DM e HAS.

5.3 Tratamento medicamentoso e não medicamentoso

O tratamento não medicamentoso engloba as mudanças no estilo de vida (MEV). Estas são de difícil implementação, e a sociedade como um todo deve participar deste esforço. As ações para serem resolutivas devem ter a aceitação dos usuários e a parceria constante dos profissionais de saúde. São importantes programas contínuos de educação em saúde dirigidos a alunos de diferentes níveis educacionais; equipes de instituições; empresas; e comunidade (MALACHIAS *et al.*, 2016).

A atenção primária deve desenvolver estratégias de prevenção, detecção e controle da HA, incluindo crianças e adolescentes; implementação de programas de assistência multiprofissional; fortalecimento de normas governamentais para reduzir o conteúdo de sódio e gorduras saturadas dos alimentos industrializados; aperfeiçoamento na rotulagem do conteúdo nutricional dos gêneros alimentícios; monitorização das ações de prevenção, controle e resultados por meio de eficientes indicadores de saúde (BARROSO, 2021).

O tratamento não medicamentoso apresenta melhoras significativas na prevenção e no controle da HAS e DM. Existem diversas intervenções de benefício comprovado para

proteção vascular e renal de pacientes. De acordo com Brasil (2006, p.26), a “adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos” estão entre as principais recomendações.

O quadro abaixo mostra a ação das medidas não farmacológicas na redução da hipertensão arterial (QUADRO 2).

Quadro 2 - Modificações de estilo de vida para manejo da HAS

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gordura total e saturada.	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana.	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que, consumo de álcool não ultrapasse 30ml de etanol/dia (90ml de destilados, ou 300ml de vinho ou 720ml de cerveja), para homens e, 15ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso.	2 a 4

Fonte: BRASIL (2013, p. 38).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (2006), a alimentação saudável segue sendo primordial no controle e combate a DM e HAS, seguida pelo controle do peso, ingestão leve a moderada de bebidas alcólicas, prática regular de atividades físicas (30 minutos de atividade moderada 5 dias na semana) e abandono ao tabagismo. Além da dieta e da atividade física, “o manejo da obesidade envolve abordagem comportamental, que deve focar a motivação, condições para seguir o tratamento, apoio familiar, tentativas

e insucessos prévios, tempo disponível e obstáculos para as mudanças no estilo de vida” (BRASIL, 2006, p.30).

É preciso reforçar que as equipes interdisciplinares das UBS acompanhem e orientem seus pacientes quanto a alimentação saudável, prática de atividade física, cessação de hábitos de vida inadequados tais como etilismo, consumo excessivo de sal na dieta, estresse e tabagismo. Ações em saúde como a organização de palestras educativas, formação de grupos de caminhada, horta comunitárias e de autoajuda devem ser realizados (SALOTI; MEDEIROS; SANTOS, 2020).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso no idoso”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

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

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A equipe Saúde no Campo possui particularidades em relação ao trabalho realizado pelas demais equipes de UBS's, pois o nível de analfabetismo dos moradores da zona rural (em especial na faixa etária acima dos 40 anos) é superior ao dos moradores da zona urbana, bem como a evasão das escolas (na faixa etária acima dos 14 anos). Isso ocorre por diversos fatores, sendo os mais preponderantes a obtenção de idade mínima para trabalhar como aprendiz (aos 14 anos) ou para ajudar a família nos trabalhos do campo, a dificuldade do acesso às escolas (realizado por kombis ou ônibus, e através de estradas de terra que ficam intransponíveis em épocas de maior concentração de chuva), dentre outros.

O início da vida profissional coincide com o abandono da educação para estes jovens de 14 anos, tornando-se assim semianalfabetos. Na vida adulta e, principalmente em idade mais avançada, não saber ler acarreta em não saber identificar os remédios e orientações prescritas pela equipe de saúde, sejam estes profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou especialistas.

Além disso, a população da zona rural de Mar de Espanha possui particularidades em relação às demais, pois seus moradores são, em sua grande maioria, classificados como empregados domésticos e caseiros de grandes propriedades. Ou seja, as propriedades da zona rural são caracterizadas por longas fazendas de pessoas ricas com diversos trabalhadores. Sendo assim, não há plantio por parte de seus moradores, sendo

os mesmos obrigados a realizar as compras nos supermercados da cidade. Por conta do baixo salário pago a essa população, sua alimentação se torna mais voltada ao consumo de carboidratos, poucas verduras e legumes, o que influencia diretamente no número de casos de DM e HAS.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O alto índice de analfabetismo conciliado com a dificuldade de acesso às áreas urbanas e ao alto índice de população idosa (maiores de 60 anos representam 22,14% da população rural) faz com que o autocuidado dessa população não ocorra de forma eficaz, ocasionando no surgimento de problemas de saúde, em especial a diabetes e a hipertensão. Ao todo, 31,80% dessa faixa etária apresenta caso clínico de diabetes e/ou hipertensão na população idosa da zona rural.

O alto índice de população idosa na zona rural, de analfabetismo, e de pessoas com diabetes e/ou hipertensão faz com que se torne necessária a criação de um plano de intervenção para acompanhamento e disseminação da importância do autocuidado na prevenção de doenças.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

1. Alto índice de analfabetismo
2. Falta de acesso a informação sobre educação alimentar
3. Falta de acesso a alimentos saudáveis

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

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

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Alto índice de analfabetismo
6º passo: operação (operações)	Identificar população analfabeta Explicação do autocuidado de forma individualizada Solicitar ao ACS ajuda prática no autocuidado do indivíduo (separação de medicamentos, instruções de cuidados, etc.). Realizar prescrição medicamentosa com desenhos ao invés de textos.
6º passo: projeto	Intervindo para amenizar o analfabetismo
6º passo: resultados esperados	Maior índice de aderência medicamentosa Diminuição de desfechos graves
6º passo: produtos esperados	Avaliação de conhecimentos prévios da comunidade Criação de prescrição com desenhos ao invés de somente texto. Capacitação de ACS e estudo continuado
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Conhecimento sobre os agravos e necessidade de adaptar estratégias individualizadas Financeiro: Transporte da população adscrita, impressão de folhetos e divulgação sonora (rádio, carros de som) Político: Apoio ao projeto e divulgação na rádio pela prefeitura
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Capacitação dos ACS Político: Reuniões com secretaria de saúde, equipe e prefeitura Financeiro: Disponibilização de espaço, recursos humanos e operacionais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: RT da unidade, Secretaria municipal de saúde Motivação: favorável Ações de estímulos: impressão de receitas médicas com desenhos
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Secretaria de saúde: acompanhamento mensal do andamento do plano; solicitação financeira junto à prefeitura RT da unidade: acompanhamento semanal da aderência do plano junto à população ACS: acompanhamento individualizado Médico: palestrar junto à população nos encontros. Criação de uma prescrição com desenhos e avaliação desta ação (prescrição pictográfica)
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal da equipe Saúde no Campo

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de acesso a informação sobre educação alimentar
6º passo: operação (operações)	Identificar população vulnerável Integrar nutricionista e profissional de educação física no projeto de intervenção Solicitar apoio ao ACS para acompanhamento
6º passo: projeto	Comer bem faz bem
6º passo: resultados esperados	Diminuição do consumo de alimentos que influenciam na DM, HA e redução ponderal para menor RCV Melhora da qualidade da alimentação
6º passo: produtos esperados	Programa de caminhada e exercícios para a população Inventivo alimentar saudável
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento em alimentação saudável Financeiro: impressão de folhetos e divulgação sonora (rádio, carros de som); disponibilidade de profissional de educação física nos postos de saúde para orientação de prática de atividade física Político: Apoio ao projeto e divulgação na rádio pela prefeitura
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: reunião dos profissionais de saúde para ajustes das ações a serem implementadas Político: apoio da secretaria de saúde e prefeitura Financeiro: contratação de profissional de educação física
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: RT da unidade, Secretaria municipal de saúde Motivação: favorável Ações de estímulos: acompanhamento dos benefícios do projeto pelos indicadores de pacientes graves sob a responsabilidade da equipe.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Secretaria de saúde: acompanhamento mensal do andamento do plano; solicitação financeira junto à prefeitura RT da unidade: acompanhamento semanal da aderência do plano junto à população ACS: acompanhamento individualizado Nutricionista e profissional de educação física: acompanhamento e incentivo nas consultas nos postos de saúde semanalmente
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal da equipe Saúde no Campo com a secretaria de saúde

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso do idoso”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “Saúde no Campo”, do município de Mar de Espanha, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de acesso a alimentos saudáveis
6º passo: operação (operações)	Identificar população vulnerável Disponibilizar sementes para plantio Ensinar a população a plantar Incentivar o cultivo de hortas
6º passo: projeto	Plantando vida
6º passo: resultados esperados	Melhoria da alimentação Diminuição do consumo de alimentos que influenciam na DM, HA e redução ponderal para menor RCV
6º passo: produtos esperados	Aumento de hortas em domicílio dos pacientes
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento no plantio Financeiro: aquisição de sementes e disponibilização de profissional capacitado para orientar horta horizontal e vertical. Político: apoio ao projeto
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: capacitação de profissionais. ACS estimulando a troca de mudas. Político: apoio da prefeitura Financeiro: aquisição de sementes ou troca de mudas entre pacientes
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Responsável: secretaria de saúde Motivação: favorável Ações de estímulos: relato de pacientes que aderiram a proposta
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Secretaria de saúde: trimestral Profissionais da saúde: mensal
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal da equipe Saúde no Campo para discussão das estratégias de ação da equipe

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento realizado nas Unidades Básicas de Saúde é de suma importância para o controle de doenças na população brasileira, pois é a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde. Com profissionais interdisciplinares, generalistas e especialistas, seu objetivo é de atender os principais problemas de saúde populacional, a fim de evitar sobrecarga nos sistemas de atendimentos secundários e terciários.

Sua principal forma de atuação é preventiva, ou seja, através do acompanhamento dos pacientes, e controle de suas comorbidades.

A prevalência da DM e HAS na população idosa justifica a necessidade de maior atenção, por parte dos profissionais das UBS, no tratamento e acompanhamento dessas doenças. As revisões bibliográficas realizadas apresentaram como principal causa da prevalência dessas doenças na população idosa a desinformação.

Os nós críticos identificados como alto índice de analfabetismo, falta de acesso à informação sobre educação alimentar e falta de acesso a alimentos saudáveis tem como objetivo direcionar a equipe Saúde no Campo para solução e melhora da adesão de medidas de tratamento nas comorbidades.

Espera-se que, com a adesão, tanto dos profissionais de saúde do plano de intervenção quanto dos pacientes, ocorra maior controle das comorbidades e diminuição de encaminhamentos para os sistemas de atendimento secundário e terciário, melhorando-se assim a qualidade e expectativa de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

- BARROSO, W. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 116, n. 3, p. 516-658, Mar. 2021 Disponível em:< https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-116-03-0516/0066-782X-abc-116-03-0516.x80020.pdf>. Acesso em: 23 de março de 2021.
- BENTO, I. C., MAMBRINI, J. V. M., PEIXOTO, S. V. Fatores contextuais e individuais associados à hipertensão arterial entre idosos brasileiros (Pesquisa Nacional de Saúde - 2013). **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro, v.23, e200078, 2020.
- BORBA, A. K. O. T. *et al.* Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 125-136, jan. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 130 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 22 mar. 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p.: il. (Caderno de Atenção Básica, n. 14). Disponível em:< <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad14.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2021.
- FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. 118p.
- GOOGLE IMAGENS. **Prescrições Pictográficas**. Disponível em:< https://www.google.com/search?q=Prescri%C3%A7%C3%A3o+pictogr%C3%A1fica&tbm=isch&chips=q:prescri%C3%A7%C3%A3o+pictogr%C3%A1fica,online_chips:hipertens%C3%A3o+arterial:Z9yBtVi78mw%3D&hl=pt-BR&sa=X&ved=2ahUKEwiClu6kybXwAhUGLbkGHaakCFAQ4IYoBXoECAEQJA&biw=1349&bih=635>. Acesso em: 10 de abr. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE cidades. Mar de Espanha. **Panorama**. 2020.. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/mar-de-espanha/panorama>>. Acesso em: 04 mar. 2021.
- MALACHIAS, M.V.B. *et al.* 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-6, 2016.

MASSA, K. H. C.; DUARTE, Y. A. O.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciênc. saúde coletiva**. [online]. v.24, n.1, pp.105-114, 2019. Disponível em <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232019000100105&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 de maio de 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Minas Gerais. Atenção à saúde do adulto. **Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3.ed. Belo Horizonte, 2013. Disponível em:<<https://www.saude.mg.gov.br/sobre/publicacoes/linha-guia-e-manuais/page/570-manual-hipertensao-e-diabetes-sesmg>>. Acesso em: 10 fev. 2021.

NETA, M. A. L.; VASCONCELOS, M. I. O. Diagnóstico situacional de idosos com diabetes mellitus em um município do interior do Ceará, Brasil. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, e190286, 2020.

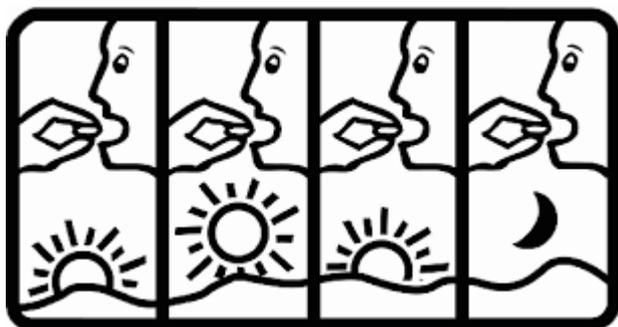
PINTO, L.C. *et al.* Controle inadequado da pressão arterial em pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 94, n. 5, p. 651-655, May 2010 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev.2021

ROLIM, L.P. *et al.* Effects of diabetes mellitus and systemic arterial hypertension on elderly patients' hearing, **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo, v. 84, n. 6, p. 754-763, Dec. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-86942018000600754&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 fev. 2021

SALOTI, M.; MEDEIROS, L.; SANTOS, E. Resposta ao artigo: Abordagem dietética para controle da hipertensão: reflexões sobre adesão e possíveis impactos para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 2905, Jul 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n7/1413-8123-csc-25-07-2905.pdf>>. Acesso em: 18 março de 2020.

VERGARA, M. S.; JESUS, A. S.; PELLANDA, L. C.; VILELA, M. A. P. Achados epidemiológicos e alterações oftalmológicas em diabéticos atendidos em hospital geral secundário. **Rev. bras. oftalmol.**, Rio de Janeiro, v. 73 n. 3, p. 167-170, mai/jun 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-72802014000300167. Acesso em 10 fev. 2021

Prescrições pictográfica



© 1997 USPC



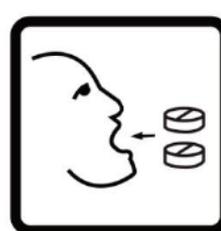
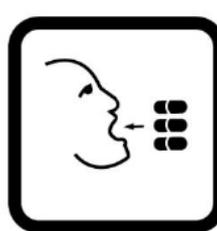
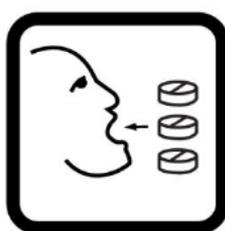
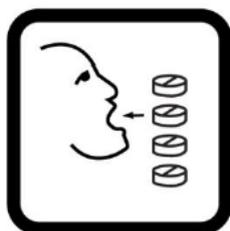
K

L

M

N

O



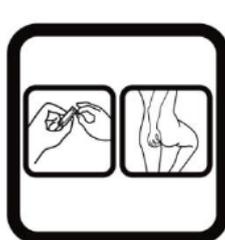
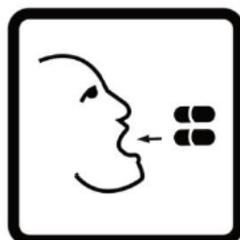
P

Q

R

S

T



Fonte: google imagens.