

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

REGILANE DOTH SALES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE
APOIO A PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PROFESSORA ROSA FANNI EM PALMA-
MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2019

REGILANE DOTH SALES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE
APOIO A PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PROFESSORA ROSA FANNI EM PALMA-
MINAS GERAIS**

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

Orientador: Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2019

REGILANE DOTH SALES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA IMPLANTAÇÃO DE GRUPO DE
APOIO A PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE PROFESSORA ROSA FANNI EM PALMA-
MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Dra. Maria Marta Amâncio Amorim. - Orientadora.

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em: 29/04/2019.

DEDICATÓRIA

Dedico ao meu esposo, Willian Soares, que, também como médico, sabe a responsabilidade e a dedicação que a medicina exige e por fazer todo o esforço possível para aproveitarmos juntos nossos tempos de descanso.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre nos abençoando e guiando nesta jornada que é o exercício da medicina de maneira ética.

Ao meu esposo, Willian Soares, que me acompanha e me apoia nos meus projetos profissionais.

Aos meus pais por sempre desejarem o melhor para mim.

Porque aprendi que a vida, apesar de bruta, é meio mágica. Dá sempre pra tirar um coelho da cartola. E lá vou eu, nas minhas tentativas, às vezes meio cegas, às vezes meio burras, tentar acertar os passos. Sem me preocupar se a próxima etapa será o tombo ou o vôo...

Caio Fernando Abreu

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular e representam um desafio para o sistema público de saúde, que é garantir o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças. Nas Unidades Básicas de Saúde devem ser desenvolvidas não apenas ações individuais, mas também ações coletivas voltadas aos usuários do serviço e direcionadas às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças. Devido à necessidade de um melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, decidimos propor a criação de grupo de pacientes hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Professora Rosa Fanni em Palma - MG visando um melhor acompanhamento desses pacientes. Realizamos uma revisão de artigos na Biblioteca Virtual de Saúde por meio dos seguintes descritores: diabetes mellitus, hipertensão, estratégia saúde da família e grupos de autoajuda. Realizamos o diagnóstico situacional, através da identificação de alguns problemas e classificamos de acordo com o grau de prioridade. Fizemos um planejamento para o enfrentamento desses problemas de maneira sistematizada. Identificamos que havia a necessidade de criação de um grupo para acompanhamento desses pacientes, pois eles não demonstravam ter conhecimento do tratamento não medicamentoso e, com isso, um controle inadequado das suas doenças. A intervenção no cuidado ao paciente hipertenso e diabético através da criação de um grupo de apoio semanal mostrou-se uma ferramenta efetiva à maior participação dessa população ao autocuidado por meio da troca de experiências entre os participantes e profissionais da saúde.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Apoio ao planejamento em Saúde. Grupos de autoajuda. Diabetes mellitus. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are risk factors for cardiovascular morbidity and mortality and represent a challenge for the public health system, which is to ensure the systematic follow-up of individuals identified as having these diseases, as well as the development of actions related to the promotion of prevention of these diseases. In the Basic Health Units, not only individual actions should be developed, but also collective actions directed at the users of the service and directed to the specific pathologies, mainly in the promotion of health, prevention of diseases and treatment of diseases. Due to the need for better monitoring of hypertensive and diabetic patients, we decided to propose the creation of a group of hypertensive and diabetic patients of the Professor Rosa Fanni Health Unit in Palma - MG aiming at a better follow - up of these patients. We performed a review of articles in the Virtual Health Library through the following descriptors diabetes mellitus, hypertension, family health strategy and self-help groups. We perform the situational diagnosis, through the identification of some problems and classify according to the degree of priority. We have made a plan to address these problems in a systematic way. We identified that there was a need to create a group to follow up these patients, as they did not demonstrate knowledge of non-drug treatment and, therefore, an inadequate control of their diseases. Intervention in hypertensive and diabetic patient care through the creation of a weekly support group has proved to be an effective tool for the greater participation of this population in self-care through the exchange of experiences among participants and health professionals.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Support group. Systemic Arterial Hypertension. Diabetes Mellitus

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNT	Doenças Crônicas não transmissíveis
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Breves informações sobre o município de Palma.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	11
1.3 A Equipe de Saúde da Família do município de Palma, seu território e sua população.....	12
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Geral.....	15
3.2 Específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
5.1 Estratégia Saúde da Família.....	17
5.2 Hipertensão Arterial.....	18
5.3 Diabetes.....	19
5.4 Grupo operativo.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	24
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo).....	24
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	24
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	24
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

O município de Palma possui 6.621 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018). Localiza-se na Mesorregião da Zona da Mata mineira, junto à divisa com o estado do Rio de Janeiro. Possui uma área de 317,983 km². O município é composto por três distritos: Palma (sede municipal), Cisneiros e Itapiruçu. A sede do município dista por rodovia, 368 km da capital Belo Horizonte. Cisneiros fica a 15 Km de estrada de chão de Palma e Itapiruçu fica a 18Km de Palma. Nos distritos tem igreja católica e evangélica, alguns pequenos mercados montados dentro de casa, farmácia e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com atividades a menos de três anos. Na sede municipal tem um hospital filantrópico. Em cada distrito tem uma creche e uma escola. A população conta com transporte de ônibus e com taxis para deslocar-se (PALMA, 2019).

O município faz parte da bacia do rio Paraíba do Sul, sendo banhado pelo rio Pomba e pelo Ribeirão da Capivara. Parte da população vive da pesca e possui uma associação de pescadores em Itapiruçu. Outra fonte de renda é a agropecuária, onde toda a família está envolvida. Em relação à questão cultural, nos meses frios do meio do ano, sempre acontecem exposição agropecuária, touradas e festas populares (PALMA, 2019b).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município tem três UBS na zona urbana e três UBS em três distritos (Cisneiros, Itapiruçu e Coqueiros). Conta com um hospital Filantrópico para atendimentos de urgência e emergência, atendimentos ambulatoriais e internação. Para serviços especializados como Cirurgia e partos, fazem referência para um município vizinho. Alguns especialistas atendem no hospital de forma particular. Em relação ao atendimento à Saúde Mental, contamos com o apoio do Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população

A UBS Professora Rosa Fanni, em Palma tem uma população adscrita de 2630 habitantes. A UBS está localizada na área urbana, no centro da cidade. Uma parte da população tem melhores condições econômicas, alguns pagam plano de saúde ou pagam consulta particular. Atendemos também alguns moradores da zona rural.

A UBS Professora Rosa Fanni tem uma estrutura adequada, com consultórios amplos, mas não existe sala de reuniões, pois parte da estrutura foi construída a capela mortuária e os Correios. A área destinada à recepção tem uma televisão e bancos de espera. A unidade está bem equipada com sala de curativos, nebulizador, mesa ginecológica, material para realizar pré-natal e preventivo.

A Equipe de Saúde desta UBS é composta por uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma cirurgiã dentista e um técnico de saúde bucal. Contamos também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o atendimento de duas psicólogas e uma fisioterapeuta. Uma vez na semana, a população conta com o atendimento de médicos especialistas, como ginecologista e ortopedista.

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

Na UBS Rosa Fanni não existia médico vinculado dedicado a 40 horas semanais. Existia um médico que trabalhava três vezes na semana e atendia demanda espontânea. Quando iniciei meu trabalho nesta UBS, não existia nenhum grupo de acompanhamento para diabéticos e hipertensos. Percebi que necessitava de um maior acompanhamento pela baixa adesão ao tratamento e falta de interesse em relação ao controle destas doenças. Muitos pacientes entregavam uma lista de medicamentos ao ACS e solicitava a renovação de receitas. Esta UBS fica localizada anexada à Secretaria de Saúde, então, as pessoas não respeitavam as áreas de abrangências das UBS. Na outra UBS da cidade estava faltando médico, o que aumentava a demanda da nossa equipe. Para não deixar esta população

desamparada, concluímos ser fundamental a criação de um grupo para acompanhamento desta população.

Identificamos alguns problemas que dificultavam um melhor acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos, descritos em seguida.

- Inexistência grupo de acompanhamento diabéticos e/ou hipertensos.
- Redução no número de profissionais.
- Ausência de espaço físico na UBS para realizar reuniões.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Identificamos alguns problemas na área de atuação da UBS Rosa Fanni e classificados a importância, a urgência e as capacidades de enfrentamento para estabelecermos as prioridades, assim realizamos a sistematização dos processos de trabalho. De acordo com o quadro 1, esquematizamos nossos problemas para uma melhor visualização para esquematizarmos uma estratégia.

Quadro 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Professora Rosa Fanni, município de Palma, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Inexistência grupo de acompanhamento idosos com comorbidades	Média	10	Parcial	1
Redução número de profissionais	Alta	5	Parcial	3
Pouco espaço físico	Média	5	Parcial	3

Fonte: autoria própria (2018)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Os problemas identificados na UBS Rosa Fanni foram classificados de acordo com o grau de importância e prioridade. Através desta esquematização, podemos trabalhar de forma mais organizada e com mais eficiência para obtenção dos resultados e do objetivo principal que é a criação do grupo de hipertensos e diabéticos.

2 JUSTIFICATIVA

A motivação para o estudo desse tema surgiu da necessidade de criação de um grupo de hipertensos e diabéticos para discussão de vivências e esclarecimento de dúvidas, pois havia muitos hipertensos e diabéticos que não compareciam à UBS para consulta e exigiam apenas a renovação das receitas, sem nenhum acompanhamento médico.

A Unidade de Saúde da Família deve estar preparada para atender às condições agudas, que são geralmente de curta duração e autolimitadas, e às condições crônicas, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). No entanto, não se pode usar a mesma lógica para o enfrentamento destas duas condições. Para as condições agudas e para os momentos de agudizações das condições crônicas, são necessários: reconhecimento rápido do problema e tratamento. Já para as condições crônicas é necessário acompanhamento contínuo, para que se tenha adequado controle e, com isso as complicações sejam minimizadas (MENDES, 2012).

Os pacientes encontram-se resistentes à implantação de grupo de hipertensos e diabéticos, pois na opinião deles, comprometeria o atendimento de demanda espontânea, pois os pacientes buscam atendimento quando às condições crônicas encontram-se agudizadas, o que dificulta o planejamento de atividades sócio educativas em grupos.

Segundo preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) que estabelece que sejam desenvolvidas ações individuais e coletivas voltadas aos usuários do serviço e ações direcionadas às patologias específicas, principalmente na promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento de doenças; e redução de danos ou de sofrimentos os quais podem impossibilitar o viver de modo saudável, estamos cientes da relevância da implantação do grupo de apoio para paciente hipertensos e/ou diabéticos no município de Palma/Minas Gerais.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Propor a criação de grupo de pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Professora Rosa Fanni em Palma/MG visando um melhor acompanhamento desses pacientes.

3.2 Específicos

Esclarecer dúvidas a respeito da HAS e DM e suas comorbidades.

Possibilitar a troca de experiências entre os pacientes hipertensos e diabéticos.

Melhorar a qualidade da assistência prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos.

4 METODOLOGIA

Utilizamos como método o planejamento estratégico situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). É fundamental que haja um planejamento que está diretamente relacionado com a ação. Diferente do que muitos profissionais acreditam, o planejamento não é apenas teoria, é um cálculo de como será a ação, ou seja, ele precede a ação. Ao contrário do planejamento, ocorre o imprevisto em que o sujeito, individual ou coletivo, se torna mais vulnerável aos acontecimentos (CURITIBA, 2008).

Os encontros serão realizados em uma sala no andar superior da Secretaria de Saúde semanalmente com assuntos previamente definidos e debate posteriormente entre os participantes. Participarão das reuniões a médica da UBS, juntamente com a enfermeira, técnico de enfermagem e os ACS. Serão realizadas mensuração da pressão arterial, glicemia capilar, peso, altura e circunferência abdominal. Posteriormente, serão renovadas as receitas de uso contínuo e agendada a consulta com a médica dependendo da necessidade.

Serão realizadas buscas na Biblioteca Virtual de Saúde de artigos, empregando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Estratégia Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Apoio ao planejamento em Saúde, Grupos de autoajuda, Diabetes mellitus e Hipertensão.

Foram também consultados os manuais do Ministério da Saúde, que guiam as condutas dos profissionais que trabalham na Atenção Básica.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Em 1994, foi implantado, no Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) - atualmente, Estratégia Saúde da Família (ESF), como uma iniciativa prioritária para a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de promover mudanças no modelo assistencial do país e possibilitar, efetivamente, a prática dos princípios éticos e operacionais que norteiam o SUS (BRASIL, 2002).

O trabalho na ESF se fundamenta na política da assistência integral do SUS, constituída por ações preventivas, de promoção da saúde e curativas, com as quais se busca a qualidade de vida global e a cidadania do usuário em cada etapa do processo de atenção. A ESF está atrelada à perspectiva de ação em equipe interdisciplinar, contando com os seguintes atores sociais: um médico generalista, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem, cinco a seis ACS, um odontólogo e um atendente de consultório dentário ou um técnico de higiene bucal. Dependendo do município, das necessidades e das possibilidades locais, conta ainda com a retaguarda de profissionais da equipe de saúde bucal, de saúde mental e de reabilitação (MARTINES; CHAVES, 2007).

Perante os desafios postos pela integralidade do cuidado, o Ministério da Saúde assumiu a ESF, visando a reorganização do modelo tradicional por intermédio da reesquematização da atenção básica à saúde, porta de entrada e primeiro contato do usuário com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

O objetivo da ESF é garantir acesso a todos os níveis de complexidade, seja individual ou comunitária. Para que seja realizada essa nova dinâmica, é fundamental a organização dos serviços básicos de saúde, respeitando os princípios de adscrição de clientela, territorialização e busca ativa de clientela (ACIOLE; BATISTA, 2002).

As atividades previstas para a equipe da ESF incluem: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários por meio de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade a um tratamento de referência e contra referência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações intersetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (BRASIL, 2000).

Sob o enfoque da integralidade, portanto, o cuidado comunitário das pessoas com HAS e DM pode basear-se, especialmente, na família e na atenção básica de saúde, por meio das UBS, sob a ESF: primeiros níveis de contato com a rede de serviços que devem representar o vínculo com o sistema de saúde (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003).

A HAS e o DM são doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com grande impacto na morbimortalidade da população brasileira e mundial, além de altamente prevalentes e de alto custo social. Constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público brasileiro (BRASIL, 2013).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2016), a HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM.

A influência da HAS sobre o desenvolvimento das doenças cardiovasculares exige o reconhecimento de sua real distribuição nos distintos estados brasileiros (ROSARIO *et al.*, 2009).

As modificações do estilo de vida são de fundamental importância na prevenção da HAS e no processo terapêutico: sem essas o tratamento medicamentoso torna-se pouco eficaz. Os hábitos e estilos de vida deletérios continuam a crescer na sociedade, levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, além de dificultar seu controle adequado (PEREIRA *et al.*, 2011).

Dependendo da classificação do grau da HAS, o tratamento medicamentoso deve ser iniciado. Os anti-hipertensivos devem não somente reduzir a PA, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não fatais. As evidências provenientes de estudos de desfechos clinicamente relevantes, com duração curta de 3 a 4 anos, demonstraram redução de morbidade e mortalidade em estudos com diuréticos, mas também com beta-bloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina, bloqueadores dos receptores de angiotensina I da angiotensina II e com bloqueadores dos canais de cálcio, embora a maioria dos estudos utilize, no final, associação medicamentosa (YAMANDA; LAVRAS; DEMUNER, 2011).

5.3 Diabetes mellitus

Segundo a World Health Organization (2018), DM é uma doença crônica e progressiva caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue. DM pode levar a complicações como doenças cardiovasculares, danos aos olhos, rins e nervos, e morte prematura. Globalmente, mais de 400 milhões de adultos vivem com DM e causou 1,6 milhão de mortes em 2015. O controle da glicose no sangue tem um papel importante na prevenção, no desenvolvimento e na progressão de complicações no DM tipo 1 e tipo 2.

O DM compreende um grupo de distúrbios metabólicos que se caracteriza por hiperglicemia, causada por defeito na ação e/ou secreção da insulina, que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, determinando, ao longo do tempo, o comprometimento da função e estrutura vascular de diferentes órgãos (PARANÁ, 2018).

DM insulino dependente e não insulino dependente são doenças heterogêneas, multifatoriais, nas quais as apresentações clínicas podem variar de acordo com cada paciente. É muito importante a classificação correta para determinar a terapia, embora, em algumas vezes, não se possa fazer essa determinação tão facilmente. Em ambos os tipos, fatores genéticos e ambientais podem resultar na perda da função das células beta pancreáticas, manifestando como hiperglicemia. Então, os pacientes com hiperglicemia, independente de qual tipo de diabetes, podem desenvolver as mesmas complicações crônicas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de DM auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população.

O DM tipo 2 corresponde a 90 a 95% de todos os casos de DM. Possui etiologia complexa e multifatorial, envolvendo componentes genético e ambiental. Trata-se de doença poligênica, com forte herança familiar, ainda não completamente esclarecida, cuja ocorrência tem contribuição significativa de fatores ambientais. Dentre eles, hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

A participação das pessoas com DM em atividades de educação em saúde, tanto individuais como coletivas, é um fator motivador para o autocuidado, para instituição de mudanças no estilo de vida e para adesão ao tratamento (PARANÁ, 2018).

O tratamento do DM tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

Quando não é possível o controle dos níveis glicêmicos com o tratamento não medicamentoso, como dieta e exercícios físicos, o tratamento medicamentoso é empregado. Entre os medicamentos usados na terapia do DM são os hipoglicemiantes orais, como por exemplo biguanidas e sulfoniluréias, e a insulina (ASSUNÇÃO; SANTOS; COSTA, 2011).

5.4 Grupo operativo em Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção do aparecimento de HAS e DM e suas complicações. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses fatores de risco visando a prevenção da doença e de seus agravos. O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional ao alcance de um maior número possível de indivíduos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

O objetivo das intervenções junto aos pacientes com DM e HAS é a obtenção das metas de bom controle ao longo da vida, porém isso representa um grande desafio, por tratar-se de uma condição crônica, que exige modificação do estilo de vida (MEV) que por sua vez está intrinsecamente ligada à vida de familiares e amigos, sendo mais do que uma escolha individual. Dessa forma, e considerando que a maioria dos cuidados diários necessários ao tratamento dessas doenças crônicas são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração destes pacientes na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2018).

Para garantir a qualidade de vida, evitar hospitalização e diminuir gastos, é imprescindível investir na prevenção, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna (BRASIL, 2001).

Atualmente, no Brasil, os grupos operativos vêm sendo utilizados em diversas áreas da saúde no SUS, principalmente na APS. Esses podem ser aplicados para promoção da saúde, prevenção de doenças e prestação de cuidados específicos, como a ESF. Podem também promover programas educativos que possibilitem uma melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas (FORTUNA *et al.*, 2005).

O grupo operativo é formado por um conjunto de pessoas, ligadas no tempo e espaço, articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe, explícita ou implicitamente, a uma tarefa, interagindo em uma rede de papéis com o estabelecimento de vínculos entre si. Assim, a teoria dá grande importância aos vínculos sociais, que são a base para os processos de comunicação e aprendizagem, considerando que o ser humano é essencialmente um sujeito social. O grupo se põe como uma rede de relações com base em vínculos entre cada componente e todo o grupo e vínculos interpessoais entre os participantes (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

O grupo operativo constitui uma modalidade de processo grupal que, em princípio, deve ser: dinâmico - permitindo-se o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade; reflexivo – uma parte da tarefa é a reflexão sobre o próprio processo grupal, particularmente quando se trata de compreender os fatores que obstruem a tarefa; e democrático quanto à tarefa – o grupo origina suas próprias ações e pensamentos, em um princípio de autonomia (PORTARRIEU; TUBERT-OKLANDER, 1989).

O cuidado em grupo produz aprendizagem em saúde e produção de conhecimento para todos os envolvidos, além de fortalecer as relações interpessoais, constituição de subjetividade e do psiquismo. Devido ao seu reconhecimento como prática em educação em saúde, seu emprego tem sido frequente nos serviços de saúde. (AFONSO; COUTINHO, 2010).

O ensaio de um novo saber-fazer grupo, utilizando-se tecnologias que possibilitam atitudes humanizadoras tanto na perspectiva dos coordenadores quanto dos clientes, aponta que o olhar para a pessoa com HAS e DM vai além das vigilâncias

relacionadas ao uso dos medicamentos. Há indícios que evidenciam avanço na atenção prestada à clientela, no sentido de voltar-se para aspectos que influenciam o tratamento e o controle, de modo a conhecer o cotidiano dessa, as dificuldades e facilidades em seu contexto de vida, a sua cultura (FERNANDES; SILVA; SOARES, 2011).

A aprendizagem é um processo contínuo e é uma oportunidade de integração e produção de conhecimento e questionamentos acerca de si e dos outros. A técnica de grupo operativo tem como principal objetivo a promoção de aprendizagem para todos os participantes, pacientes e profissionais (BASTOS, 2010).

Os profissionais da atenção básica têm importância primordial nas estratégias de prevenção, diagnóstico, monitorização e controle de HAS e DM, e devem ter sempre em foco o princípio fundamental da prática centrada na pessoa e, conseqüentemente, envolver usuários e cuidadores, em nível individual e coletivo, na definição e implementação de estratégias de controle destas doenças (BRASIL, 2013).

Na atenção básica, os grupos são fundamentais porque funcionam como instrumentos para olhar as relações e os modos de viver no território. Olhar o indivíduo e o coletivo, como também o indivíduo em coletivo, pode ajudar no processo de tratamento e acompanhamento do sujeito (BRASIL, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “necessidade de implantação de grupo de apoio a pacientes hipertensos e diabéticos em Palma- Minas Gerais”, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Sabemos que grupo de apoio se caracteriza como um espaço privilegiado na construção de redes de apoio, estabelecimento e ampliação de vínculos afetivos; reflexão e conscientização das determinações do processo saúde doença; organização e mobilização para o efetivo controle social; espaço de ensino aprendizagem, orientação, intervenção e educação em saúde (COMBINATO *et al.*, 2010).

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Com o aumento do número de hipertensos e diabéticos sem o adequado conhecimento sobre a doença e buscando maiores informações, sentimos a necessidade de criar um grupo de apoio visando a promoção da saúde, prevenção de complicação e criar um ambiente para a troca de experiências. Temos cadastrados 246 hipertensos e 54 diabéticos em nossa UBS. Alguns pacientes fazem acompanhamento com médico particular e se recusam a frequentar a UBS.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Os nós críticos selecionados foram: ausência de um grupo para acompanhamento para pacientes hipertensos e diabéticos para a realização de ações em promoção da saúde, redução no número de profissionais e espaço físico reduzido e impróprio para realização das reuniões grupais.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Identificamos os nós críticos do problema que é fundamental, pois, para solucionar os problemas que estamos enfrentando, devemos atacar as suas causas. Na seleção dos nós críticos, decidimos sobre quais causas devemos atuar, ou seja, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema. De acordo com os quadros 2, 3 e 4, esquematizamos como vamos fazer nossa ação.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “necessidade de implantação de grupo de apoio a pacientes hipertensos e diabéticos em Palma - Minas Gerais.”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Professora Rosa Fanni, no município de Palma, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Grande número de hipertensos e diabéticos sem conhecimento sobre a doença e suas complicações
Operação (operações)	Formar grupo de apoio
Projeto	Hipertensão e Diabetes sob controle
Resultados esperados	Proporcionar troca de experiência entre participantes e profissionais sobre as doenças e como controlá-las Oferecer informações sobre as doenças, complicações, tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.
Produtos esperados	Implantar grupo de apoio multidisciplinar
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para reuniões. Disponibilidade dos profissionais Cognitivo: Equipe multiprofissional Financeiro: Panfletos informativos, filmes para discussões Político: Apoio
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico para reuniões. Disponibilidade de outros profissionais, além da médica e da enfermeira Cognitivo: Equipe multiprofissional Político: Apoio Financeiro: Panfletos informativos, filmes para discussões
Controle dos recursos críticos	Ajuda dos ACS para divulgação.
Ações estratégicas	Formar grupo de idosos com participação multiprofissional
Prazo	Trabalho contínuo, realizado semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Através de avaliação contínua no grupo de apoio

Fonte: autoria própria (2019)

Fazemos o atendimento dos hipertensos e diabéticos de maneira individual e observamos que medidas básicas para controle das enfermidades não estavam sendo cumpridas, como exercício físico e mudança de hábitos alimentares. Decidimos que seria relevante criar um grupo para o atendimento desses pacientes, com ênfase no tratamento não medicamentoso e troca de experiências entre os participantes.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “Redução número de profissionais” da Equipe de Saúde da Família Professora Rosa Fanni, no município de Palma, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Redução número de profissionais
Operação (operações)	Dividir as responsabilidades entre os profissionais de acompanhamento desses pacientes
Projeto	Hipertensão e Diabetes sob controle
Resultados esperados	Diminuir a sobrecarga de funções centrada em apenas 1 profissional
Produtos esperados	Implantar grupo de apoio multidisciplinar
Recursos necessários	Maior número de profissionais
Recursos críticos	Falta de profissionais
Controle dos recursos críticos	Colaboração dos profissionais
Ações estratégicas	Reuniões mensais
Prazo	Trabalho contínuo, realizado semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Médica Enfermeira Técnico de enfermagem ACS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Através de avaliação contínua mensal

Fonte: autoria própria (2019)

Contamos com apenas um técnico de enfermagem para realizar os atendimentos domiciliares e atendimento na UBS (aferir pressão, realizar curativos, dentre outras funções), que, além dessas funções tem que ficar na sala de vacinação e uma enfermeira. Observamos que muitas vezes esses profissionais de enfermagem ficam sobrecarregados prejudicando o atendimento a esses pacientes que necessitam de atendimento contínuo.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema “Pouco espaço físico” na UBS Professora Rosa Fanni, no município de Palma, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Pouco espaço físico
Operação (operações)	Formar grupo de apoio
Projeto	Hipertensão e Diabetes sob controle
Resultados esperados	Proporcionar troca de experiência entre participantes e profissionais sobre as doenças e como controlá-las Oferecer informações sobre as doenças, complicações, tratamentos medicamentosos e não medicamentosos
Produtos esperados	Implantar grupo de apoio multidisciplinar
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para reuniões.
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico para reuniões.
Controle dos recursos críticos	Colaboração da secretaria de saúde para disponibilizar espaço
Ações estratégicas	Formar grupo de idosos com participação multiprofissional
Prazo	Trabalho contínuo, realizado semanalmente
Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações	Secretaria de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Através de avaliação contínua no grupo de apoio

Fonte: autoria própria (2019)

Estamos, provisoriamente, alocados na sede da Secretaria Municipal de Saúde, devido ao comprometimento da infraestrutura da UBS, recém construída sem previsão de retorno. Não temos sala com espaço suficiente para realizar as reuniões, tendo que limitar o número de participantes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de criação do grupo de hipertensos e diabéticos foi bastante árduo pela cultura de consulta médica individual voltada à doença. Tivemos muita resistência por parte da população que ficava um turno na semana sem atendimento médico individualizado, por conta da reunião grupal. Com o decorrer da semana, os panfletos eram distribuídos e mais idosos queriam participar dos grupos.

Apesar de notarmos uma crescente participação da população, tivemos um contratempo com aumento da demanda espontânea. Com as dificuldades financeiras que o município vem enfrentando, a pediatra e o médico da outra UBS pediram demissão. Passamos a fazer reunião grupal apenas uma vez ao mês. Sabemos que não é o suficiente, mas acreditamos que com persistência, ganharemos mais espaço.

Percebemos a importância de se ter um grupo para pacientes, em sua maioria idosa, para encontrar pessoas que partilham das mesmas dificuldades e dúvidas, porém cada um apresenta diferentes maneiras de enfrentamento, o que favorece a troca de experiências e outros olhares para as patologias. Esses pacientes encontravam também um espaço para socialização e criação de um maior vínculo com os profissionais de saúde.

A intervenção no cuidado ao paciente hipertenso e diabético através de reuniões semanais mostrou-se uma ferramenta efetiva gerando uma maior participação dessa população, promovendo o autocuidado através da troca de experiências entre os participantes e profissionais da saúde, apesar das dificuldades para a criação e manutenção dos encontros.

REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G.; BATISTA, L. H. Promoção da saúde e prevenção de incapacidades funcionais dos idosos na estratégia de saúde da família: a contribuição da fisioterapia. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 96, p. 10-19, 2013 Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2013.v37n96/10-19/>. Acesso em 10 de Fevereiro de 2019

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. **Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde**. In: AFONSO, M. L. M. (Org.). Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010. p. 59-83.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes, **Diabetes Care**, v. 41, Suppl. 1, S13–S27, 2018. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/diacare/41/Supplement_1/S13.full.pdf Acesso em 30 de Março de 2019.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S; COSTA, J. S. D. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p :205-211, 2002. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2002000100021&script=sci_arttext&tlnq=es. Acesso em 23 de Março de 2019.

BASTOS, A B. I. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. **Psicólogo informação**, n. 14, n. 14, 160-169, 2010. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/%202334>. Acesso em 12 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab_1.pdf. Acesso em 09 de Abril de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM):**

protocolo. Ministério da Saúde. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf. Acesso em 09 de Abril de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PROESF.pdf>. Acesso em 10 de Fevereiro de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 242 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Cadernos HumanizaSUS, v. 1) Brasília, 2010. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf Acesso em 13 de março de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em 10 de Fevereiro de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em 10 de Fevereiro de 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de Atenção à Saúde Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde.** Portaria SES-DF Nº 161 de 21 de fevereiro de 2018, publicada no DODF Nº 37 de 23.02.2018. 2018. Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2018/04/hipertencao-e-diabetes-Manejo_da_HAS_e_DM_na_APS.pdf . Acesso em: 30 de Março de 2019.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde,** 2a ed. Nescon/UFMG, 2010. Acesso em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3872.pdf>. Acesso em 09 de Abril de 2019.

COMBINATO, D. S. *et al.* "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.,** v. 22, n.3, p.558-568, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a16.pdf> . Acesso em 10 de Fev de 2019

CURITIBA. Secretaria de Estado da Saúde de Curitiba. **Planejamento Estratégico Situacional:** Introdução ao Pensamento de Carlos Matus. Instituto Municipal de

Administração Pública – IMAP. Plano de Desenvolvimento de Competências. 2008. Disponível em: https://static.fecam.net.br/uploads/28/arquivos/4096_IMAP_Planejamento_Situacional_Introducao_ao_Pensamento_de_Carlos_Matus_Livro.pdf . Acesso em 09 de Abril de 2019.

FERNANDES, M. T. O.; SILVA, L. B.; SOARES, S. M. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 16, suppl.1, p.1331-1340, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000700067&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 26 de Abril de 2019.

FORTUNA, C. M. *et al.* O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 262-268, 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200020. Acesso em 18 de Março de 2019.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 1, p. 426-33. 2007. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/735.pdf>. Acesso em 18 de Março de 2019.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 10 de Fevereiro de 2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes.** Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1219-linhas-cuidado-hipertensao-arterial-e-diabetes-9&category_slug=doencas-nao-transmissiveis-948&Itemid=965. Acesso em 26 de Abril de 2019

PALMA. Prefeitura Municipal de Palma. 2019a. Disponível em: <http://www.palma.mg.gov.br/index.php/o-municipio/caracteristicas>. Acesso em 10/02/2019

PALMA. Prefeitura Municipal de Palma. GOVSER, 2019b. Disponível em: <http://www.palma.mg.gov.br/index.php/o-municipio/caracteristicas> Acesso em 10/02/2019

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Diabetes Mellitus.** Curitiba/PR. Disponível em:

<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/linhaquiadiabetes2018.pdf>. Acesso em 23 de Março de 2019.

PEREIRA, A. F. et al. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. **Protocolo de Hipertensão Arterial / Risco Cardiovascular**. Belo Horizonte, 2011. Disponível em : https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/Diabetes/protocolo_hipertensao.pdf. Acesso em 23 de Março de 2019.

PICHON-RIVIÈRE E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

PORTARRIEU, M. L.; TUBERT-OKLANDER, J. **Grupos operativos**. In: Osório LC, organizador. Grupos operativos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.

ROSARIO, T. M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres - MT. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 93, n. 6, p. 672-678, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001200018 . Acesso em 28 de Março de 2019.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de hipertensão., **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, p. 1-51, 2010. Supl. 1. http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_ERRATA.pdf. Acesso em 12 de Março de 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. VII Diretrizes Brasileiras de hipertensão., **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n.3, p. 1-103, 2016. Disponível em : http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf . Acesso em 09 de Abril de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes 2018**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf> . Acesso em: 30 de Março de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines on second-and third-line medicines and type of insulin for the control of blood glucose levels in non-pregnant adults with diabetes mellitus**. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272433/9789241550284-eng.pdf?ua=1> . Acesso em 30 de Março de 2019.

YAMANDA, A. T. T.; LAVRAS, C.; DEMUNER, M. S., **Manual de Orientação Clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. São Paus: SES/SP, 2011. 68p. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/hipertensao-arterial-sistemica/manual-de-orientacao-clinica-de-hipertensao-arterial/lc_hipertensao_manual_2011.pdf. Acesso em 23 de Marco de 2019.