



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**  
**CEMFC- PMB**

**LÍDICE IGLESIAS ARZOLA**

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU  
DIABÉTICOS ATENDIDOS NA ESF DE MORMAÇO/RS**

**Belo Horizonte**

**2024**

## LÍDICE IGLESIAS ARZOLA

### MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS ATENDIDOS NA ESF DE MORMAÇO/RS

Projeto de Intervenção apresentado como, Trabalho de Conclusão de Curso, do curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para aquisição do título de Especialista.  
Orientadora: Profa. Dra. Karla Rona da Silva.

Belo Horizonte

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

### FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 02 do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **LÍDICE IGLESIAS ARZOLA** intitulado "MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS HIPERTENSOS E/OU DIABÉTICOS ATENDIDOS NA ESF DE MORMAÇO/RS", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores CRISTIANE DE FREITAS CUNHA GRILLO, Profª Dra Karla Rona da Silva e Profª Ms. Patrícia Lourdes Silva. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 09 dias do mês de junho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufmg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **4282409** e o código CRC **54EBF152**.

Referência: Processo nº 23072.217984/2025-84

SEI nº 4282409

Criado por [gabrielteixeira](#), versão 2 por [gabrielteixeira](#) em 09/06/2025 08:55:45.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares, sendo uma doença que atinge os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisação dos rins. Quanto à Diabetes Mellitus (DM), trata-se de uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade e/ou falta da insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando altas taxa de glicose no sangue (hiperglicemia) de forma permanente. Esse presente projeto de intervenção (PI), visa desenvolver ações que melhorem o atendimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuram a Unidade de Saúde de Mormaço-RS. Devido a identificação de uma alta demanda de pacientes com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde Mormaço, a partir da vivência profissional da proponente deste estudo. Os principais problemas a serem tratados nesse projeto de intervenção são: a falta de informações dos pacientes no sistema eletrônico da ESF; a realização dos exames complementares de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil; e a conscientização dos profissionais da equipe sobre suas atribuições para o fortalecimento da atenção à saúde ofertada. Assim, tem-se por objetivo fortalecer o processo de trabalho para melhorar o atendimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos na ESF Mormaço (RS). Para alcançar esse objetivo, este PI se ancora nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Para fundamentar a proposta de intervenção, foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa utilizando-se as seguintes palavras-chaves: Atenção básica de saúde, hipertensão, diabetes, processo de trabalho. O plano de ação contempla: A atenção ao paciente que procura atendimento sem saber de sua condição de HAS e/ou DM; acompanhamento de pacientes que possuem histórico de HAS e/ou DM; orientação e educação de todos os pacientes sobre sintomas e sinais alarmantes quanto à HAS e/ou DM. Com o PI sendo aplicado espera-se que os profissionais de saúde estejam capacitados para inserir e manter atualizado os registros das informações dos pacientes no sistema eletrônico, aumento na adesão dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos pela UBS Mormaço ao programa HIPERDIA.

**Palavras chaves:** atenção básica de saúde; hipertensão; diabetes; processo de trabalho.

## ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension (SAH) is considered the main risk factor for other cardiovascular diseases, affecting the blood vessels, heart, brain, and eyes, and can cause kidney failure. Diabetes Mellitus (DM) is a metabolic syndrome of multiple origins resulting from a lack of insulin and/or the inability or lack of insulin to adequately exert its effects, resulting in persistently high blood glucose levels (hyperglycemia). This intervention project (IP) aims to develop actions to improve the care of hypertensive and/or diabetic patients seeking care at the Mormaço Health Unit, RS. Based on the professional experience of the proponent of this study, the high demand for patients with hypertension and/or diabetes at the Mormaço Health Unit was identified. The main problems to be addressed in this intervention project are: lack of patient information in the ESF electronic system; performance of complementary exams according to Brazilian Ministry of Health protocols; and raising awareness among team professionals about their responsibilities to strengthen the healthcare offered. Thus, the objective is to strengthen the work process to improve the care of hypertensive and/or diabetic patients at the Mormaço Family Health Program (FHS) (RS). To achieve this objective, this IP is anchored in the assumptions of Situational Strategic Planning (SSP). To support the intervention proposal, a narrative literature search was conducted using the following keywords: primary health care, hypertension, diabetes, and work process. The action plan includes: care for patients who seek care unaware of their hypertension and/or diabetes; monitoring patients with a history of hypertension and/or diabetes; and counseling and education of all patients about the symptoms and warning signs of hypertension and/or diabetes. With the IP implemented, it is expected that health professionals will be trained to enter and maintain updated patient information records in the electronic system, increasing the adherence of hypertensive and/or diabetic patients treated at the Mormaço Family Health Program to the HIPERDIA program.

**Keywords:** primary health care; hypertension; diabetes; work process.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (Diabetes mellitus)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1</b>	<b>Aspectos gerais do município e o sistema municipal de saúde vivenciado .....</b>	<b>8</b>
<b>1.2</b>	<b>A Unidade Básica de Saúde cenário deste projeto.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>14</b>
<b>4.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>14</b>
<b>4.2</b>	<b>Objetivos específicos .....</b>	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1</b>	<b>Detalhamento do plano de ações estratégicas .....</b>	<b>16</b>
<i>5.1.1</i>	<i>Registros no prontuário eletrônico .....</i>	<i>16</i>
<i>5.1.2</i>	<i>Organização do atendimento para pacientes hipertensos e/ou diabéticos .....</i>	<i>16</i>
<i>5.1.3</i>	<i>Solicitação dos exames complementares.....</i>	<i>17</i>
<i>5.1.4</i>	<i>Conscientização dos profissionais da equipe .....</i>	<i>18</i>
<i>5.1.5</i>	<i>Aumento da participação no HIPERDIA .....</i>	<i>18</i>
<i>5.1.6</i>	<i>Educação em saúde para a população frente aos hábitos e estilo de vida saudáveis.....</i>	<i>19</i>
<i>5.1.7</i>	<i>Promoção da saúde nutricional dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos.....</i>	<i>20</i>
<b>6</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS .....</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é considerada o principal fator de risco para outras doenças cardiovasculares, sendo uma doença que atinge os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar paralisação dos rins. Em 90% dos casos é de origem hereditária, entretanto diversos fatores podem influenciar nas alterações dos níveis de pressão arterial, estando entre eles o fumo, consumo de bebidas alcoólicas, obesidade, estresse, elevado consumo de sal, níveis altos de colesterol e sedentarismo. Além desses fatores de risco, sabe-se que há maior incidência na população negra, aumentando com a idade. É mais prevalente em homens com até 50 anos, entre mulheres acima de 50 anos e em pessoas diabéticas (Gomes *et al.*, 1997).

Quanto à Diabetes Mellitus (DM), trata-se de uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade e/ou falta da insulina exercer adequadamente seus efeitos, caracterizando altas taxa de glicose no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (Assunção; Santos; Gigante, 2001).

Dados atualizados no ano de 2024 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), registram que em torno de 2.756 pessoas procuram a Estratégia Saúde da Família (ESF) e apresentam sintomas passíveis de cuidados relacionados à hipertensão e diabetes. Segundo o Ministério da Saúde, o número de adultos com diagnóstico médico de hipertensão aumentou 3,7% em 15 anos no Brasil. Os índices saíram de 22,6% em 2006 a 26,3% em 2021, houve também um aumento na prevalência entre os homens, variando 5,9% para mais (IBGE, 2024; Ministério da Saúde, 2022).

Com base nas evidências científicas apresentadas, é notório a necessidade de intervenções robustas para promover saúde e prevenir agravos frente a esta realidade. Neste sentido, esse presente projeto de intervenção (PI), visa desenvolver ações que melhorem o atendimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuram a Unidade de Saúde de Mormaço-RS.

Isso se justifica devido a identificação de uma alta demanda de pacientes com hipertensão e/ou diabetes na unidade de saúde Mormaço, a partir da vivência profissional da proponente deste estudo. Importante mencionar ainda que estes pacientes não realizam o acompanhamento adequado, não participam dos grupos de

HIPERDIA, e que se percebe uma fragilidade no registro dos dados no sistema eletrônico utilizado pela secretaria de saúde.

Neste sentido, a proposta deste PI é melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na ESF Mormaço-RS, ampliar a cobertura de atendimento, garantir que 100% dos desses pacientes realizem os exames complementares em dia conforme preconizado pelo Ministério de Saúde, e fortalecer o registro das informações dos pacientes no sistema eletrônico. Com o intuito de atingir tais objetivos será preciso implementar ações estratégicas que possam ser constantemente revistas, com vias a promover saúde e prevenir potenciais complicações, tendo como foco os usuários portadores de HAS e/ou DM.

### **1.1 Aspectos gerais do município e o sistema municipal de saúde vivenciado**

O município de Mormaço tem um total de 3.139 habitantes, dos quais tem-se registro 585 hipertensos e 252 diabéticos, o que representa, sucessivamente, 19% de hipertensos e 8% de diabéticos, respectivamente. Os problemas de saúde da comunidade percebidos pela profissional proponente deste projeto são: aumento dos casos de hipertensão arterial no período de um ano, aumento da incidência de Diabetes Mellitus tipo 2, aumento do sobrepeso e obesidade em crianças, adolescentes e adultos, uso excessivo de medicamentos para tratamento de transtornos mentais como ansiedade e depressão, falta de atividades de saúde em grupo na comunidade. Há também problemas sociais do território, com destaque para a escassez de espaços de lazer para a população local.

O sistema municipal de saúde de Mormaço-RS está inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) nacional, e é responsável por fornecer atendimento de saúde pública a toda a população, com foco na universalidade, integralidade e equidade. Com relação à estrutura e funcionamento, o município conta com as Unidades de Saúde Básica (UBS), que são a porta de entrada do SUS, oferecendo serviços de prevenção, promoção da saúde, tratamento de doenças comuns e reabilitação. As equipes de saúde da família incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde que atendem as necessidades básicas da população.

Também nas USB, há o setor de Atenção Especializada, ou seja, promove o encaminhamento a pacientes que necessitam de atendimento especializado. Estes são

encaminhados para centros de referência em municípios próximos, devido à limitada capacidade de oferecer serviços especializados específicos dentro de Mormaço-RS.

No entanto, algumas parcerias e convênios são de responsabilidade da prefeitura, que pode estabelecer relações mútuas com outras cidades ou com instituições privadas para garantir o acesso a serviços especializados.

Os Programas de Saúde Pública existentes são:

- Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente: foco na saúde reprodutiva, no acompanhamento pré-natal, na vacinação e no crescimento e desenvolvimento das crianças.
- Controle de Doenças Crônicas: tem a função de monitorar e tratar doenças crônicas como diabetes e hipertensão, incluindo campanhas de prevenção e educação em saúde.
- Saúde Mental: oferece atendimento e suporte para questões de saúde mental, com apoio psicológico e psiquiátrico disponível, muitas vezes em parceria com outras cidades.

Com relação às principais campanhas de saúde e prevenção, pode-se destacar as campanhas de vacinação que são realizadas periodicamente buscando a imunização da população. Há também a Educação em Saúde, com programas educativos que são implementados para conscientizar a população sobre hábitos saudáveis, prevenção de doenças e cuidados com a saúde.

O financiamento do sistema de saúde municipal provém de recursos federais, estaduais e municipais. A gestão eficiente dos recursos é crucial para garantir a continuidade e qualidade dos serviços. A gestão participativa com conselhos de saúde locais, permite a participação da comunidade na tomada de decisões e na fiscalização dos serviços de saúde ofertados.

Contudo, alguns desafios estão presentes, a saber: recursos limitados; capacitação e retenção de profissionais e a infraestrutura, que, devido à pequena população e a limitação de recursos financeiros, podem dificultar a expansão e a melhoria dos serviços de saúde. Da mesma forma, tem-se dificuldades em atrair e manter profissionais de saúde qualificados em áreas rurais, sendo esse um desafio constante. Diante disso, há necessidade de investimentos em infraestrutura para melhorar as condições de atendimento e ampliar os serviços disponíveis.

Alguns serviços básicos, como sistema de esgoto e a coleta de lixo, que é realizado regularmente, abrangendo as áreas urbanas e rurais do município. A

existência de sistema de esgoto, apesar de ser básico, com algumas áreas ainda utilizando fossas sépticas, a prefeitura desenvolve projetos que visam a melhoria do saneamento, demonstrando ser uma prioridade para reduzir problemas de saúde pública.

Quanto ao abastecimento de água, essa é potável e fornecida por poços artesianos e sistema de abastecimento local. A qualidade da água é monitorada periodicamente. A colaboração entre os serviços básicos, apoios sociais e as organizações comunitárias é fundamental para promover a saúde e o bem-estar da comunidade.

## **1.2 A Unidade Básica de Saúde cenário deste projeto**

A Unidade Básica de Saúde, cenário da intervenção proposta, é um local adaptado de localização urbana, que atualmente está sendo ampliado para uma melhor estruturação. É composta por salas e consultórios amplos contemplando: uma sala de vacinas estruturada, com uma localização que evita o trânsito dos usuários nas demais dependências da UBS; uma sala de nebulização, de curativos e procedimentos de enfermagem; uma farmácia com armazenamento dos medicamentos; dois consultórios com sanitários; e um consultório odontológico com equipamento para o compressor. Além disso, conta com copa e cozinha para uso dos funcionários, depósito de limpeza, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos e depósitos para o lixo não contaminado.

Todas as paredes internas e os pisos da UBS são de superfícies lisas e laváveis, as janelas são de alumínio e laváveis, todas as portas também são laváveis e possuem puxadores do tipo de maçaneta de alavanca. A única sinalização visual que existe dos ambientes é através das figuras, não existindo assim sinalizações pelo sistema Braille, auditivas e/ou sonoras. Todos os consultórios são compartilhados pelos profissionais da equipe e possuem condições e tamanho adequado para realizar atendimento com qualidade.

Na unidade de Mormaço-RS há apenas uma equipe de saúde, a qual é composta por: Dois médicos Clínicos Gerais, um deles é a proponente deste projeto, que está diretamente vinculada à Estratégia da Saúde da Família (ESF). Existem também 1 ginecologista, 1 pediatra, 2 dentistas, 2 fisioterapeutas, 1 auxiliar de saúde

bucal, 2 enfermeiros, 8 técnicos em enfermagem, 2 farmacêuticos e 2 profissionais de serviços gerais, 1 fonoaudióloga, 2 psicólogas, 1 nutricionista e 1 assistente social, assim como 5 agentes comunitários de saúde.

Quanto ao funcionamento a unidade de Mormaço-RS e sua equipe de saúde, reúne a maioria das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) estabelecidos na PORTARIA Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (Brasil, 2011). São feitos atendimentos de urgências e emergências, estas são manejadas com a estabilização do usuário e o posterior encaminhamento para o hospital de referência Frei Clemente, no município Soledade, cumprindo com os protocolos de atuação para cada caso em questão.

Em relação ao processo do trabalho na Unidade, é possível considerar sua relevância diante da diversidade dos grupos na comunidade do município de Mormaço-RS, tais como de grupos de adolescentes, preocupação com o aleitamento materno, campanhas de combate ao tabagismo, grupos de idosos, saúde mental de grupos de portadores de sofrimento psíquico, saúde da mulher.

Os serviços de saúde são oferecidos de segunda a sextas-feiras para toda a população. Na área de abrangência também existem quatro Unidades de Saúde, no interior do município, situados em Santo Antônio, São Miguel, Posse Godoy e Água Branca para onde me desloco nas terças e quintas-feiras, facilitando a acessibilidade dos pacientes ao serviço de atendimento.

Vale reiterar que durante o período de realização das atividades laborais na Unidade foi possível perceber a alta prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e aumento da incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 em adultos, aumento do sobrepeso e obesidade em todas as faixas etárias, uso excessivo de medicamentos para tratamento de transtornos mentais (depressão e ansiedade), e que os pacientes portadores de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, não participam do grupo HIPERDIA. Também foi possível observar a fragilidade ou ausência de registro, nos prontuários eletrônicos, dos resultados dos exames laboratoriais e das atividades de grupo realizadas pela equipe.

Neste sentido, a vivência profissional permite afirmar que os principais problemas a serem tratados nesse projeto de intervenção são: a falta de informações dos pacientes no sistema eletrônico da ESF; a realização dos exames complementares de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil; e a

conscientização dos profissionais da equipe sobre suas atribuições para o fortalecimento da atenção à saúde ofertada.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Devido à irregularidade dos acompanhamentos longitudinais e a baixa adesão aos tratamentos não farmacológicos, uma quantidade significativa dos acolhimentos é decorrente das complicações de doenças crônicas com mau controle e da falta de prevenção. Não sendo realizado o acompanhamento contínuo, como a realização dos exames laboratoriais de rotina, os pacientes buscam atendimento quando tem sintomas agudos, aumentando a fila da demanda espontânea, comprometendo outras ações de saúde.

Muitos pacientes com HAS e/ou DM são tratados nos serviços de atenção básica à saúde, pois o diagnóstico é fácil e utiliza tecnologia simples. São controlados com medicamentos eficazes que estão disponíveis no SUS ou são de baixo custo (Brasil, 2009). Entretanto, o processo de trabalho estabelecido pela equipe de saúde pode comprometer a saúde destes pacientes, expondo-os a complicações. Ademais, também é preciso conscientizar usuários, familiares e trabalhadores sobre suas atribuições e responsabilidades frente a esta realidade.

A partir destas reflexões, endossa-se a importância de ações de intervenção para promover a melhoria dos índices vivenciados, uma vez que se demonstra necessário ampliar a cobertura aos Hipertensos e/ou Diabéticos, garantindo que estes pacientes realizem os exames complementares como preconizado pelo Ministério de Saúde. Também é de suma importância que sejam realizados os registros fidedignos dos atendimentos dos usuários no sistema eletrônico para avaliação assertiva dos profissionais de saúde envolvidos, justificando assim a escolha deste tema.

## **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A Hipertensão Arterial é um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares (DCV) que atualmente é a maior causa de mortalidade, sendo muitas vezes silenciosa, o que implica no atraso do início do tratamento. A gravidade da hipertensão está associada a outras doenças como a dislipidemia e a obesidade

visceral, o que aumenta significativamente a morbimortalidade cardiovascular (Brasil, 2009).

Quanto à Diabetes Mellitus (DM), trata-se de uma doença crônica que afeta cerca de 3% da população mundial, com perspectiva de aumento até 2030. Trata-se de uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Brasil, 2022).

Na busca por ações que promovam a atenção dos profissionais da saúde aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, segundo dados da Fiocruz (2024), os métodos e as técnicas que estão no escopo do PES possibilitam a solução de problemas e a melhoria de processos organizacionais, o que facilita na organização de propostas concretas para aplicação em prol da qualidade de vida dos pacientes. Pode-se dizer que no campo da saúde, sua aplicação objetiva definir ações voltadas às necessidades de saúde da população, de modo a obter melhores resultados sanitários (Fiocruz, 2024).

Dessa forma, é importante destacar que a Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. As atividades na APS são realizadas por equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária, oferecendo perspectivas para a solução de problemas.

Para solucionar um problema é necessário o conhecimento da causa, ir além do tratamento dos sintomas. A APS é importante para hipertensos e/ou diabéticos, sendo imprescindível a compreensão da comorbidade, enfatizando-se que não somente os sintomas sejam erradicados, mas principalmente as causas. Assim, tem-se o potencial de mitigar problemas mais urgentes no futuro e desperdícios de tempo na resolução dessas demandas (Lina, 1993).

Neste sentido, para que a APS seja efetiva, é preciso ter um processo de trabalho organizado, dinâmico e que atenda às necessidades dos trabalhadores e dos

usuários. No campo da saúde, de acordo com Travagim *et al.* (2016), o processo de trabalho é definido como uma estratégia para desenvolver práticas assistenciais e de mobilização comunitária que facilitem a identificação e o atendimento dos problemas de saúde dos usuários, além de criar vínculos de corresponsabilidade na manutenção e na recuperação da saúde.

O processo de trabalho é importante, pois os usuários de saúde e a comunidade devem ser encarados como parceiros no trabalho da Atenção Básica, tão responsáveis quanto e com poder de decisão semelhante aos das equipes de saúde. Serviços de saúde com processos bem definidos contribuem para as perspectivas e participação de indivíduo/família, e dos profissionais de saúde na concepção, mensuração e coordenação (Almeida *et al.*, 2018).

Na Atenção Básica (AB) os processos precisam estar bem definidos e a equipe de saúde treinada, para que esse seja efetivo. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde menciona que o cotidiano é o lugar ideal para intervenções, acolhimento de desafios e substituição criativa de modelos por práticas cooperativas, colaborativas, integradas e corajosas na arte de escutar a diversidade e a pluralidade do País. Educar em saúde é essencial, pois ajuda na prevenção de doenças. É a educação para a saúde que oferece às pessoas as informações e orientações de que precisam para cuidar melhor de si mesmas e estarem atentas àqueles com quem convivem (Ministério da Saúde, 2014).

Em síntese, as evidências científicas analisadas corroboram para a relevância da intervenção proposta, com vistas a fortalecer o atendimento à população. Adicionalmente, almeja conscientizar os profissionais da equipe sobre seus papéis na implementação deste projeto de intervenção, e educar a comunidade quanto aos hábitos e estilo de vida mais saudável.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo geral**

Reorganizar o processo de trabalho frente ao atendimento dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos na ESF Mormaço (RS).

## 4.2 Objetivos específicos

- ❖ Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos no sistema eletrônico da ESF;
- ❖ Garantir que a totalidade dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuram a ESF de Mormaço/RS realizem os exames complementares em dia de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil;
- ❖ Conscientizar os profissionais da equipe sobre seus papéis na realização deste projeto de intervenção;
- ❖ Aumentar a participação dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da ESF Mormaço no grupo HIPERDIA.

## 5 METODOLOGIA

Para alcançar os objetivos propostos, este projeto de intervenção se ancora nos pressupostos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que foi criado por Carlos Matus, economista chileno, na década de 80, com o objetivo de governar e planejar. Na área da Saúde, utilizado na gestão em saúde coletiva, o PES facilita a organização do trabalho (Matus, 1993).

O PES é dividido em quatro etapas, a saber: a primeira o momento explicativo que é quando analisa-se os problemas; o momento normativo que estabelece a situação ideal; o momento estratégico que elenca todas as adversidades daquele plano e ações estratégicas para sua viabilidade; e por fim, o momento tático-operacional que executa e monitora as ações (Nascimento *et al.*, 2015).

Para fundamentar a proposta de intervenção, foi realizada uma pesquisa bibliográfica do tipo narrativa utilizando-se as seguintes palavras-chaves: Atenção básica de saúde, hipertensão, diabetes, processo de trabalho.

O público alvo deste PI são todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos na unidade de saúde de Mormaço/RS. o plano de ação envolve a equipe multiprofissional que trabalha na unidade, e realização de reuniões, palestras, orientações e registro correto no sistema eletrônico.

Para que este projeto de intervenção seja realmente válido, propõe-se que haja reuniões trimestrais para avaliação das ações. A avaliação será realizada

continuamente e deverão abranger: avaliação das ações realizadas, da satisfação dos pacientes e dos profissionais, assiduidade nos grupos, desempenho da equipe, impacto nos indicadores de saúde e na produção mensal da médica e enfermeira, durante as consultas a médica irá verificar se o sistema está sendo preenchido continuamente e repassará a enfermeira os pontos que necessitam ser fortalecidos.

## **5.1 Detalhamento do plano de ações estratégicas**

### *5.1.1 Registros no prontuário eletrônico*

**Objetivo:** Melhorar o registro das informações dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos no sistema eletrônico da ESF.

**Meta:** Manter atualizada a ficha eletrônica de acompanhamento de todos os hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

**Profissionais envolvidos:** Enfermeiras, técnicos de enfermagem, médicos, nutricionista, agentes Comunitários de Saúde (ACS).

**Como será realizado:** Será realizada reunião, que terá duração máxima de 2 horas, com os profissionais envolvidos para conscientização da necessidade do adequado registro dos atendimentos no sistema informatizado utilizado pelo município. A enfermeira deverá identificar todos os usuários que vieram ao serviço nos últimos 6 meses com a revisão dos prontuários eletrônicos individuais e relatórios do e-SUS para monitorar o adequado registro da aferição de pressão arterial em hipertensos e hemoglobina glicada em diabéticos.

**Forma de avaliação:** através de verificação dos prontuários durante as consultas e no relatório eletrônico.

**Previsão de tempo:** Início imediato com avaliação a cada 03 meses durante 12 meses.

### *5.1.2 Organização do atendimento para pacientes hipertensos e/ou diabéticos*

**Objetivo:** Organizar os atendimentos dos pacientes.

**Meta:** Melhorar a comunicação com os pacientes, divulgando as datas dos grupos e retorno das consultas.

**Profissionais envolvidos:** enfermeira, médica, nutricionista, odontóloga, educador físico e farmacêutico

**Como será realizado:**

A enfermeira da unidade ficará responsável por relacionar todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que utilizam o serviço de saúde da UBS. Logo, os pacientes serão informados sobre a realização dos grupos de atendimento e de esclarecimento para cada patologia. Os grupos de atendimento serão realizados uma vez por mês para cada patologia, com limite máximo de vinte pessoas por grupo e com duração máxima de 2 horas, podendo haver vários grupos dependendo da demanda. O trabalho em grupo será realizado na sala de reuniões da UBS, com a participação da equipe multidisciplinar (enfermeira, médica, nutricionista, odontóloga, educador físico e farmacêutico), prestando informações sobre a doença e seu manejo, desde alimentação adequada, prática de atividade física continuada, estilo de vida, riscos do tabagismo, controle da doença através de exames laboratoriais quando necessário, até a dispensação de medicamento e orientações sobre a maneira correta de tomar as medicações, tudo isso visando melhorar o acesso dos usuários à UBS. Pacientes participantes dos grupos terão prioridade no agendamento das consultas médicas e terão um período exclusivo para atendimentos.

**Forma de avaliação:** Através do registro da atividade, assim como solicitação de sugestões e avaliação ao paciente.

**Previsão de tempo:** Início imediato com duração de 12 meses.

### *5.1.3 Solicitação dos exames complementares*

**Objetivo:** Garantir que todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos que procuram a ESF de Mormaço/RS realizem os exames complementares de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil.

**Meta:** Alcançar a totalidade de pacientes hipertensos e/ ou diabéticos com os exames complementares realizados de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde do Brasil.

**Profissionais envolvidos:** Médicos, enfermeiras e técnicas de enfermagem.

**Como será realizado:** Durante o acolhimento a enfermeira com ajuda da técnica de enfermagem verificará os prontuários e questionará os usuários sobre a solicitação e realização dos exames de laboratório conforme protocolo. Durante a consulta o

médico acompanhará as datas dos exames, analisando a necessidade de encaminhar novo exame e informará o paciente quanto a data que deve retornar para nova consulta. Caso o paciente não retorne, o ACS deverá realizar a busca ativa do paciente, acompanhando no prontuário as datas de retorno.

**Forma de avaliação:** A cada 02 meses a equipe se reunirá para avaliar as ações e entender os erros e acertos da ação, fazendo auto avaliação de cada um da equipe.

**Previsão de tempo:** 12 meses.

#### *5.1.4 Conscientização dos profissionais da equipe*

**Objetivo:** Conscientizar os profissionais da equipe sobre suas atribuições.

**Meta:** Equipe integrada, consciente e com conhecimento quanto a população atendida.

**Profissionais envolvidos:** Todos da equipe.

**Como será realizado:** Primeiramente, será realizada pela proponente deste projeto, uma reunião, que terá duração máxima de 4 horas, com a equipe para organização do cronograma das atividades, distribuição de tarefas e capacitação dos profissionais. A equipe tem que conhecer a análise situacional e o foco da intervenção. Estarão presentes a equipe completa, incluindo técnico de enfermagem, enfermeiro, médico e agentes comunitários de saúde (ACS). As reuniões deverão ser mensais, com perspectiva formativa, abordando protocolos técnicos de hipertensão arterial e diabetes mellitus do Ministério da Saúde disponíveis na UBS.

**Forma de avaliação:** A cada reunião a equipe discutirá e irá avaliar as ações que estão sendo realizadas, realizando autoavaliação.

**Previsão de tempo:** Início imediato e prazo de 12 meses.

#### *5.1.5 Aumento da participação no HIPERDIA*

**Objetivo:** Aumentar a participação no grupo HIPERDIA dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da ESF Mormaço.

**Meta:** Garantir a participação da maioria dos hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à ESF Mormaço.

**Profissionais envolvidos:** Médicos, enfermeiras, nutricionista, ACS, gestores de saúde.

**Como será realizado:** Em cada consulta realizada por enfermeiras, médicos e nutricionista todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes serão orientados e incentivados para participar do grupo HIPERDIA. Os ACS divulgarão na comunidade sobre a importância da participação dos usuários hipertensos e/ou diabéticos nas atividades de grupo na comunidade durante as visitas domiciliares, realizando o convite, assim como divulgando as datas, locais e horário da atividade. Para estimular a participação dos usuários, os profissionais envolvidos e da gestão entraram em contato com representantes da comunidade para realizar os grupos em locais como igrejas e Centros Tradicionais Gaúchos (CTG) que contam com maior espaço.

**Forma de avaliação:** Através do registro da atividade coletiva no sistema eletrônico e do tema escolhido durante as palestras ou reuniões de grupo com avaliação mensal.

**Previsão de tempo:** Iniciar de imediato e prazo de 12 meses.

#### *5.1.6 Educação em saúde para a população frente aos hábitos e estilo de vida saudáveis*

**Objetivo:** Aumentar o conhecimento da população com relação aos hábitos e estilo de vida saudáveis e sua relação com as DCNT.

**Meta:** Garantir que os pacientes tenham conhecimento quanto às doenças e suas complicações.

**Profissionais envolvidos:** Médicos, enfermeiras, nutricionista, ACS.

**Como será realizado:** Confecção de cartilha didática de fácil entendimento, abordando hábitos e estilo de vida saudáveis para distribuição aos usuários da UBS, participantes dos grupos de HIPERDIA e da comunidade em geral, sendo de responsabilidade do médico da UBS e da enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde. O conteúdo dos assuntos da cartilha serão os mesmos encontrados no programa Saúde Brasil do Ministério da Saúde, disponível no site: <https://saudebrasil.saude.gov.br/>

**Forma de avaliação:** Questionamentos quanto aos assuntos tratados nas cartilhas, durante os grupos, para verificar se está sendo atingido o resultado proposto.

**Previsão de tempo:** Ao longo do ano, em um período de 12 meses.

### 5.1.7 Promoção da saúde nutricional dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos

**Objetivo:** Promover saúde nutricional de usuários hipertensos e/ou diabéticos

**Meta:** Garantir que todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos recebam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

**Profissionais envolvidos:** Nutricionista, médica, enfermeira e ACS.

**Como será realizado:** Todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos serão orientados adequadamente sobre a importância de uma alimentação saudável, durante cada consulta realizada tanto pelos médicos quanto pela nutricionista. Enquanto as ACS estarão acompanhando e apoiando os usuários e suas famílias nas comunidades durante a realização das visitas domiciliares.

**Forma de avaliação:** Questionamentos durante os grupos para verificar se está sendo atingido o resultado proposto.

**Previsão de tempo:** Início imediato, com duração de 12 meses.

#### **Avaliação e Monitoramento**

Para o monitoramento e avaliação das ações serão realizadas reuniões para acompanhar, verificar se são necessários ajustes e alinhar as ações com a equipe, estas reuniões deverão ser trimestrais, com duração máxima de 1 hora, e a avaliação final será ao término de 12 meses, comparando os dados iniciais e os resultados alcançados. Espera-se iniciar este projeto em novembro de 2024.

**Custos do Projeto:** O presente PI não terá custos adicionais para sua efetivação.

## **6 RESULTADOS ESPERADOS**

Com o Projeto de Intervenção (PI) sendo aplicado espera-se que os profissionais de saúde estejam capacitados para inserir e manter atualizado os registros das informações dos pacientes no sistema eletrônico, aumento na adesão dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos atendidos pela UBS Mormaço ao programa HIPERDIA.

Também se espera que o serviço prestado pela equipe seja fortalecido, tendo um melhor controle das complicações dessas doenças, aumentando a qualidade de vida dos pacientes atendidos na UBS Mormaço, assim refletindo no aumento dos indicadores de saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta de Intervenção leva em consideração que é imprescindível o estabelecimento de trabalho em equipe e que este seja baseado no conhecimento da realidade das famílias, com ênfase para as características epidemiológicas e sociais. O planejamento das propostas de intervenção necessitou da pactuação de ações para a superação dos desafios destacados na autorreflexão da Equipe.

Para que o PI seja efetivo os membros da equipe precisam estar sensibilizados para a realização do processo de trabalho, assim como é necessário que sejam orientados sobre os assuntos abordados. É primordial o diagnóstico situacional de saúde da população atendida, o planejamento de ações e a organização dos processos de trabalho. A Elaboração do PI oportunizou a reflexão sobre como está sendo realizado o atendimento e demonstrar a importância de cada profissional para que cada ação seja realizada.

Nesta perspectiva, a comunidade atendida tem muito a ganhar com a melhoria no atendimento, preenchimento correto dos prontuários, e com as ações de conscientização da população. Assim, com a realização desta Proposta de Intervenção se espera contribuir para a melhoria da qualidade da assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos atendidos na UBS Mormaço/RS.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F.; MEDINA, M. G. FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. especial, p. 244-260, 2018.

ALVES, C. R. L.; SCHERRER, I. R. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança**: aspectos básicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao-a-saude-da-crianca-aspectos-basicos-versao\\_final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao-a-saude-da-crianca-aspectos-basicos-versao_final.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; GIGANTE, D. P. Diabetes mellitus at the primary health care level in Southern Brazil: structure, course of action and outcome. **Revista Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/tTK4xq3S5Wc3r3cwRrGppMm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2024.

BORGES, D. B.; OLIVEIRA, E.; CASTRO, J. P. O.; OLIVEIRA, S. V. Projeto de intervenção para reduzir suicídios por intoxicação exógena em Campo Grande, Mato

Grosso do Sul. **Revista Saúde e Meio Ambiente**. Três Lagoas, v. 13, n. 1, p. 73-86, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/index.php/sameamb/article/view/13726>. Acesso em: 3 set. 2024.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <http://saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Orientacoes\\_Implementacao\\_Linha\\_Cuidado\\_AtencaoIntegral\\_Saude\\_Pessoa\\_Idosa\\_SUS.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Orientacoes_Implementacao_Linha_Cuidado_AtencaoIntegral_Saude_Pessoa_Idosa_SUS.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Coordenação de Saúde da Pessoa Idosa. **Orientações técnicas para a implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Orientac](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Orientac)

oes\_Implementacao\_Linha\_Cuidado\_AtencaoIntegral\_Saude\_Pessoa\_Idosa\_SUS.pdf. Acesso em: 10 jun. 2024.

CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco na atenção básica à saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/fam%C3%ADlia-como-foco-atencao-basica-saude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. 1978, Alma-Ata, URSS. 6-12 de setembro de 1978. Disponível em:

<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia:**

trabalho de conclusão de curso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo\\_Iniciacao-Metodologia\\_TCC.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Modulo_Iniciacao-Metodologia_TCC.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

COUTO, A. C. P.; SOUSA, G.; SAPORETTI, G. M. **Educação Física:** atenção à saúde da criança e do adolescente. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2019.

Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-fisica-atencao-saude-crianca-adolescente\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Educacao-fisica-atencao-saude-crianca-adolescente_Versao_Final.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

DESCRITORES em Ciências da Saúde. DeCS/MeSH. São Paulo:

BIREME/OPAS/OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 10 jun. 2024.

EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY. **ESC/ESH Arterial Hypertension (Management of) Guidelines:** ESC Clinical Practice Guidelines. France, 2019.

Disponível em: <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Arterial-Hypertension-Management-of>. Acesso em: 10 jun. 2024.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018.

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO\\_AVALIA CAO\\_PROGRAMACAO\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIA CAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F.; SANTOS, M. A. TEIXEIRA, P. F. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017. 93p.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/processo-trabalho-saude-modelo-atencao-2017.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

GOMES, M. B.; LUCCHETTI, M. R., GAZZOLA, H.; DOMEZ, T.; LOBÃO, V. I.; STUM, J. A. Perfil lipídico, microalbuminúria e pressão arterial sistêmica em pacientes com diabetes insulino-dependentes. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 68, n. 2, p. 85-89, 1997. Disponível em: <http://cardiol.br/portal-publicacoes/Pdfs/ABC/1997/V68N2/68020003.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

MALACHIAS, M. V. B. 7ª. Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 2-3, 2014. Disponível em: [http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

MELO, M. C. B.; SILVA, M. L. C. **Rede de atenção: urgências**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao-urgencias\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Rede-atencao-urgencias_Versao_Final.pdf). Acesso em: 10 jun. 2024.

OLIVEIRA, J. E. P.; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M.; VENCIO, S. (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Clannad, 2017. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

PEBMED. **Nova diretriz de hipertensão da European Society of Cardiology**. 2018. Disponível em: <https://pebmed.com.br/nova-diretriz-de-hipertensao-da-esc-2018/>. Acesso em: 10 jun. 2024.

SILVA, F. H. M., CORREIA, V. G. A.; SILVA, M. T.; LIMA, R. T. S.; DANTAS, E. O. M.; PITA, B. R. Intervenção de saúde sobre hipertensão e diabetes. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11417/13203>. Acesso em: 3 set. 2024.

TRAVAGIM, D. S. A.; OLLER, G. A. S. A. O.; OLIVEIRA, M. P.; KUSUMOTA, Luciana. Prevenção da doença renal crônica: intervenção na prática assistencial em uma equipe de saúde da família. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3361-3368, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11417/13203>. Acesso em: 3 set. 2024.

VASCONCELOS, M. G.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas e tecnologias em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/praticas-educativas-tecnologias-saude.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.