

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

OTÁVIO PETITA BALAN

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À
SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO I POÇOS DE CALDAS MINAS
GERAIS**

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2020

OTÁVIO PETITA BALAN

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À
SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO I, POÇOS DE CALDAS MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Professora Ms Zilda Cristina dos Santos

CAMPOS GERAIS/ MINAS GERAIS

2020

OTÁVIO PETITA BALAN

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À
SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO I POÇOS DE CALDAS MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Professora Ms Zilda Cristina dos Santos - UFTM

Professora Dra. Eliana Aparecida Villa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 de setembro de 2020.



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

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 12 dias do mês de Setembro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família - CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do aluno **OTAVIO PETITA BALAN** intitulado PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DOM BOSCO I POÇOS DE CALDAS MINAS GERAIS, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. ZILDA CRISTINA DOS SANTOS e Profa. Dra. ELIANA APARECIDA VILLA. O TCC foi aprovado com a nota 80.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia doze do mês de setembro do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 18 de novembro de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação, em 19/11/2021, às 19:14, 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, informando o código verificador 1088114 e o código CRC BDFCE789.

DEDICATÓRIA

Quero dedicar esse trabalho em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. À minha família, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. E aos meus pacientes que me motivam a ser um melhor médico a cada dia.

*“Quando o mundo estiver unido na busca do conhecimento,
e não mais lutando por dinheiro e poder, então nossa
sociedade poderá enfim evoluir a um novo nível.”*

Thomas Jefferson

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, motivo pelo qual constituem agravos de saúde pública, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. O presente projeto de intervenção teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes na Estratégia Saúde da Família Dom Bosco 1. Para tanto, foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas da área da saúde. Também foi utilizado o planejamento estratégico situacional, que consiste na estimativa rápida dos problemas observados, definição do problema prioritário, definição dos nós críticos e por fim, a construção do plano de intervenção, com a descrição das ações que visam reduzir a incidência de hipertensão e diabetes na população. Ficou evidente que a participação da equipe, a adoção de uma abordagem multidimensional e multidisciplinar, além de uma medicina centrada no paciente são aspectos essenciais para que as ações sejam eficientes e efetivas.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are the main population risk factors for cardiovascular diseases, which is why they constitute public health problems, where about 60 to 80% of cases can be treated in the basic network. The present intervention project aimed to improve the health care of users with hypertension and diabetes in the Dom Bosco Family Health Strategy 1. For this purpose, a bibliographic search was carried out in the scientific databases of the health area. Situational strategic planning was also used, which consists of a quick estimate of the problems observed, definition of the priority problem, definition of critical nodes and finally, the construction of the intervention plan, with a description of the actions aimed at reducing the incidence of hypertension and diabetes in the population. It was evident that the team's participation, the adoption of a multidimensional and multidisciplinary approach, in addition to a patient-centered medicine are essential aspects for the actions to be efficient and effective.

Keywords: Family Health Strategy. Primary Health Care. Chronic Disease. Diabetes Mellitus. Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADEFIPE	Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APAE	Associação dos Pais e Amigos do Excepcional
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministérios da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Agenda do Médico do PSF Dom Bosco 1	17
Quadro 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Dom Bosco 1, Poços de Caldas.	19
Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	29
Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	30
Quadro 5 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais	31

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos Gerais do Município	12
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	13
1.3 Aspectos da Comunidade	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Dom Bosco 1	15
1.5 Equipe de Saúde da Família do PSF Dom Bosco 1 da Unidade de Saúde Dom Bosco 1	15
1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde Dom Bosco 1 e sua Equipe Dom Bosco	16
1.7 O Dia a Dia da Equipe Dom Bosco 1	16
1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)	17
1.9 Priorização dos Problemas a Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)	18
2. JUSTIFICATIVA	20
3. OBJETIVO	21
4. METODOLOGIA	22
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Hipertensão	23
5.2 Diabetes mellitus	24
5.3 A Estratégia de Saúde de Família e seu papel no controle das Doenças Crônicas.	25
6. PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	27
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	27
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.4 Desenho das operações (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos Gerais do Município

Poços de Caldas é uma cidade com 167.397 habitantes (IBGE, 2019), localizada na região sudeste e distante 461 km da capital do Estado. Na última década a cidade teve um bom crescimento populacional, sendo que o censo de 2010 apontava uma população de 152.435 habitantes, esse crescimento foi impulsionado pelo desenvolvimento econômico e da infraestrutura da cidade (IBGE, 2019).

A economia da cidade está baseada no Turismo e na Indústria. Dentro do contexto industrial, existe também a pesquisa de minerais no subsolo, extração de alumínio e bauxita (empresa Alcoa), produção de derivados lácteos e chocolates (Danone e Ferrero Rocher). Poços de Caldas conta também com universidades, PUC-Mg, Unifenas, UNIFal, UEMG, e hospitais que são referências na região (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

São atrações turísticas desta cidade: Thermas Antônio Carlos, Calendário Floral, Palace Hotel, Rio das Antas, Cascata das Noivas, Cristo Redentor, Praça dos Macacos dentre outros. A cidade conta também com uma feira de artesanato aos fins de semana (FEARPO) e artesãos que trabalham com cristal murano, aos moldes das fábricas Italianas (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017)

No transporte a cidade possui vias de ligações primárias e secundárias e vias de acesso aéreo. Conta com Aeroporto, Embaixador Walter Moreira Salles, que atende a região do Sul de Minas e do Leste Paulista. Existem 54 linhas de ônibus urbano e uma ferrovia para trens cargueiros para o transporte de bauxita entre os estados de Minas Gerais e São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

O sistema educacional é de boa qualidade com um índice de alfabetização de aproximadamente 95%. Existem na cidade 66 escolas de Ensino Inicial, 49 de Ensino Fundamental e 16 de Ensino Médio (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

Assim, Poços de Caldas é um Município com um bom desenvolvimento humano, um enorme atrativo turístico, uma indústria desenvolvida, educação de qualidade e uma boa rede de comunicação.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

A Rede de serviços próprios do Município de Poços de Caldas, administrados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) está organizada em Atenção Básica; Atenção Especializada; Saúde Mental; Urgência e Emergência; Laboratório Municipal de Análises 11 Clínicas; Assistência Farmacêutica; e Vigilância em Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2013).

Além disso, a SMS conta com um Setor de Medicina Social; Setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e toda a área de gestão administrativa e financeira da Rede de Atenção à Saúde. Cada uma destas áreas está formada por serviços e programas: 32 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo 26 na área urbana e seis na área rural, com 28 Equipes de Saúde da Família cadastradas, quatro equipes de Saúde Bucal e três Equipes de Núcleo Apoio a Saúde da Família (NASF); três Unidades Básica de Saúde (UBS); Programa Materno Infantil; um Equipe de Atenção Domiciliar (fora de área); dois Consultórios Volantes de Odontologia; um consultório odontológico no centro de referência DST/AIDS; Serviços de Saúde Mental: um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) II; 01 CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). Como serviços de Urgência e Emergência existem: 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) na Zona Leste; PA do Hospital Municipal Margarita Morales; SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2019).

Os serviços privados, conveniados ao SUS (Sistema Único de Saúde) são: Hospital Santa Casa de Poços de Caldas; Hospital Santa Lúcia; Associação dos Pais e Amigos do Excepcional (APAE); Clínica Santa Clara (internação para dependentes químicos); Associação de Assistência a Criança Deficiente (AACD) e Associação dos Deficientes Físicos de Poços de Caldas (ADEFIPE) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2019).

Parte da assistência farmacêutica é realizada dentro dos PSF, principalmente das medicações de mais utilizadas pela população, como alguns anti-inflamatórios, anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, as demais medicações são distribuídas em três farmácias da cidade, a Farmácia Central, localizada na policlínica, a farmácia Zona Sul, localizada no Hospital Margarita Morales e a Farmácia Zona Oeste. Além disso existem farmacêuticos nas equipes do NASF que oferecem orientação a população e apoio a equipe (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2013).

Poços de Caldas é referência para muitas cidades da região, principalmente para o Hospital Santa Lúcia, que é referência no tratamento de pacientes cardíacos. Poços de Caldas também referência pacientes para o Hospital das Clínicas Samuel Libânio, em Pouso Alegre/MG, quando necessário principalmente na área de transplantes (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2013).

1.3 Aspectos da Comunidade

Dom Bosco é uma comunidade de cerca de 2500 habitantes, localizada na zona leste do município Poços de Caldas tem um nível de vida média baixa visto que os moradores do bairro são trabalhadores dos diferentes negócios, lojas, fábricas, setor público do município e da comunidade em geral. Possui um elevado número de desempregados e consumo de drogas. O problema das drogas é mais evidente nos jovens que não estudam e nem possuem um emprego. O bairro possui uma boa infraestrutura com casas, prédios e ruas em bom estado, além disso tem um serviço de água potável e um bom saneamento dos resíduos líquidos e sólidos em toda na área (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

O nível de alfabetização é alto, com os níveis fundamental e médio, a maioria das pessoas empregadas trabalham no comércio, seja ele no bairro ou em outros locais da cidade, como o centro. Existe também trabalhadores da indústria da cidade. Na comunidade Dom Bosco não existem hospitais, há duas equipes de saúde da família do SUS, Dom Bosco I e II, existe também um consultório odontológico no Posto de Saúde da Família (PSF) Dom Bosco II e um privado. Há no bairro escolas, creches, e igrejas, dentre elas pertencem a população abrangida pelo PSF uma escola, uma creche, asilo, duas igrejas evangélicas e um SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial) (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS, 2017).

A população adscrita é de 2285, sendo do sexo masculino 1042 pessoas, representando o 45.60 % do total da população e 1243 do sexo feminino, representando os outros 54.40 %. Essa população está dividida em 571 famílias, todas na área urbana. A grande maioria da população encontra-se na faixa etária dos 50-59 anos de idade, sendo que boa parte é usuária do SUS.

Assim, pode-se dizer, que a população da comunidade do bairro Dom Bosco 1 é de classe média-baixa, possui uma boa escolaridade e a infraestrutura do bairro é boa. Grande parte de sua população é atendida pelo PSF e pelo SUS.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Dom Bosco 1

A Unidade de Saúde da Família de Dom Bosco 1 foi inaugurada há cerca de 20 anos pela prefeitura municipal em um esforço para melhorar o acesso aos serviços de saúde desta comunidade.

O PSF é bem estruturado com espaço para recepção, área de espera, sala de curativos, sala de reunião, sala de vacina, triagem, consultório médico e de enfermagem, sala dos agentes comunitários de saúde (ACS), área de serviço e cozinha.

Na unidade os usuários tem acesso a consultas médicas e de enfermagem, essas consultas podem ser agendadas ou de demanda imediata (espontânea). Grupos de gestantes, grupos de atividades física (caminhada) e grupos de artesanatos, esses grupos são oferecidos pelos profissionais do NASF e também pelos ACS. O PSF também realiza coleta de exames laboratoriais e citopatológico preventivo (Papanicolaou), e distribui algumas medicações de uso contínuo (principalmente anti-hipertensivos e hipoglicemiantes).

Dentre as atividades com a comunidade desenvolvidas pelo PSF existe uma horta comunitária, mantida pela equipe e pelos usuários. Essa foi uma iniciativa conjunta da Equipe do PSF Dom Bosco 1 e os usuários. Também existe um cabide solidário, onde podem ser colocadas roupas e aqueles que necessitarem mais podem pegar qualquer peça disponível. Essa ação também possui um forte apoio da população.

1.5 Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Dom Bosco 1

A equipe de saúde do PSF Dom Bosco I é formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar administrativa e seis agentes comunitários de saúde. A equipe também recebe apoio de uma equipe completa do NASF. Os profissionais do NASF são responsáveis por grupos de atividades junto à população atendida, como grupos de atividade física, ginástica, convivência, além de

realizar atendimentos individuais em suas respectivas especialidades, como psicologia, psicoterapia, fisioterapia, farmácia e nutrição.

O acesso dos pacientes aos profissionais do NASF é feito através de encaminhamentos dos profissionais da equipe. Os profissionais do NASF também realizam matriciamentos junto a equipe para discutir casos de pacientes, elaborar planos de atenção e capacitações em temas diversos.

1.6 O Funcionamento da Unidade de Saúde Dom Bosco 1 e sua Equipe Dom Bosco

A Unidade de Saúde Dom Bosco 1 funciona das 7:00 h às 17 horas e, neste período, são realizadas as atividades pelos diversos profissionais que compõem a equipe. As atividades, como citado anteriormente, seguem uma escala que é definida por toda a equipe durante as reuniões. Cada membro da equipe possui suas atribuições específicas e também aquelas comuns que são divididas entre todos os integrantes. A equipe administrativa é responsável pela recepção e controle da agenda com as atividades diárias, contemplando a atenção à demanda espontânea (condição aguda) e à atenção programada (condição crônica). A atenção por demanda espontânea é inicialmente julgada pela equipe de enfermagem, que irá classificar a necessidade de atendimento médico bem como a urgência do caso. Casos muito urgentes ou aqueles onde não existem recursos no PSF para o seu tratamento são encaminhados para UPA.

Dentro das consultas agendadas existem consultas para o tratamento de patologias crônicas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão, puericultura, consulta clínica geral, acompanhamento de pré-natal; atendimento individualizado de acordo com cada pessoa, e com o tempo necessário para fazer a avaliação de cada um. Sempre é reservada vaga para a demanda espontânea.

1.7 O Dia a Dia da Equipe Dom Bosco 1

O trabalho da equipe é dividido nas diversas agendas, sendo que cada profissional possui a sua. A equipe de enfermagem realiza, durante a semana, atendimentos de puericultura, vacinas, curativos, testes rápidos de IST (Infecção Sexualmente Transmissível), exame citológico preventivo (Papanicolaou) e coletas de sangue para

exames. A equipe do NASF possui agenda própria, com grupos de atividades física, redução do tabagismo, controle de diabetes e hipertensão, de gestantes e de adolescentes. O quadro 1 apresenta a agenda do médico da unidade.

Quadro 1 - Agenda do Médico do PSF Dom Bosco 1

Período/Dia da Semana	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
Manhã	08:00 as 12:00 – Consultas agendadas e demandas espontâneas	08:00 as 12:00 – Consultas agendadas e demandas espontâneas	08:00 as 09:00 – Consultas agendadas 09:00 as 11:20 – Visitas Domiciliares 11:20 as 12:00 – Lavagem de Ouvido	08:00 as 12:00 – Consulta com gestantes	Não há atendimento Médico
Tarde	13:00 as 17:00 – consultas agendadas e demandas espontâneas	13:00 as 17:00 – consultas agendadas e demandas espontâneas	13:00 as 17:00 – consultas agendadas e demandas espontâneas	13:00 as 17:00 – consultas agendadas e demandas espontâneas	Não há atendimento Médico

Fonte: Próprio Autor, 2020

1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da Comunidade (Primeiro Passo)

Após análises da estimativa rápida realizada com a equipe foram identificados vários problemas no território e da comunidade do ESF Dom Bosco I, da zona leste do município Poços de Caldas, entre eles temos:

Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica, produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento farmacológico, maus hábitos alimentares com alto consumo de sal, alimentos gordurosos, massas, pacientes expostos a estresse crônico, sedentarismo, uso de bebidas alcoólicas e sobrepeso.

Alta Incidência de Diabetes Mellitus, produzida principalmente pela falta de adesão ao tratamento farmacológico, maus hábitos alimentares com alto consumo de doces, alimentos gordurosos, massas, pacientes expostos a estresse crônico, genética predisponente, sedentarismo e sobrepeso.

Uso descontrolado de benzodiazepínicos: na Unidade Dom Bosco 1 existem muitos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos por extensos períodos de tempos, existindo pacientes que tomam a medicação há mais de trinta anos. Além disso muitos desses pacientes não fazem acompanhamento do uso da medicação, indo ao PSF apenas para pegar novas receitas. Além disso muitos desses pacientes não aceitam as orientações para retirada gradual da medicação, ou quando ela ocorre, buscam outros médicos que acabam fornecendo a receita.

Aumento do consumo de drogas: tem sido observado um aumento no consumo de drogas, principalmente entre os jovens e adolescentes. Esse fator pode estar associado a falta de atividades direcionadas para essa população.

1.9 Priorização dos Problemas a Seleção do Problema para Plano de Intervenção (Segundo Passo)

Após a identificação dos problemas, foi realizada uma discussão deste diagnóstico com a equipe Dom Bosco I, com todos seus membros, que fizeram várias sugestões em relação à lista de problemas levantados. Neste mesmo processo, junto com a equipe, se estabeleceu uma ordem de prioridade para os problemas identificados.

O problema escolhido foi a Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus. São 337 pacientes hipertensos cadastrados e acompanhados, representando o 14.74% da população. Destes 110 são idosos sendo o 32.64%, tabagistas e usuários de álcool 116, sendo o 29.08%. Há outro grupo expostos a alto nível de estresse 186 sendo o 55.10%. Em relação ao sedentarismo temos 124 representando o 36.79%.

Foi realizado um levantamento dos dados sobre diabetes na área de abrangência e foi levantado 119 pessoas com essa doença, representando o 5.20% da população, destes 78 são idosos sendo o 65.54%, tabagistas e usuários de álcool 45 sendo o 37.81%. Dos expostos a alto nível de estresse 98 sendo o 82,35%, e a grande maioria do total de pessoas 364, tem maus hábitos alimentares, sendo o 79.82%.

A grande quantidade de idosos dificulta a adesão ao tratamento, pois, estes apresentam declínio cognitivo, dificultando a memorização dos horários ou até mesmo lembrar-se dos remédios, sendo que muitos moram sozinhos com um suporte social frágil. Assim, é preciso diminuir os fatores de risco comportamentais como o uso de

álcool e o tabagismo, aumentar o nível de práticas de exercícios, melhorar os hábitos alimentares e diminuir o nível de estresse.

O quadro 2 apresenta a classificação de prioridade dos problemas levantados. Essa classificação foi realizada de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento:

Quadro 2 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Dom Bosco 1, Poços de Caldas, Minas Gerais, 2019.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta Incidência de Hipertensão Arterial Sistêmica.	Alta	10	Parcial	1
Alta Incidência de Diabetes Mellitus.	Alta	10	Parcial	2
Uso descontrolado de benzodiazepínicos.	Alta	5	Parcial	3
Aumento do consumo de drogas.	Alta	5	Parcial	4

Fonte: Próprio Autor, 2019

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2. JUSTIFICATIVA

Estudos de Castilho mostram que cerca de 25% da população Brasileira tenha diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e esse número aumenta para 61% na faixa etária acima de 65 anos (CASTILHO, 2019).

Em relação ao Diabete Melitus (DM) cerca de 8,9% da população brasileira possui esse diagnóstico e os gastos com a doença podem chegar a 800 reais por mês e um valor de até 123 bilhões de reais para os cofres públicos (ABDALLA, 2018).

Em um levantamento realizado com a população da equipe do Dom Bosco 1 verificou que 15% da população (337 pacientes) possui HAS, e desses 110 são idosos (33%). Em relação a DM existem 120 pessoas acompanhadas pelo PSF com esse diagnóstico, representando 5,2% da população e desses 66% são idosos (78 pacientes).

Assim, este projeto se justifica pela relevância e o impacto positivo na qualidade de vida das pessoas com diabetes e hipertensão. Nesse sentido está de acordo com as políticas de saúde, que orientam as ações para o atendimento integral e multidisciplinar do paciente, trabalhando os aspectos já inerentes da Atenção Básica em Saúde (ABS) e a Estratégia de Saúde da Família (ESF), como medicina centrada no paciente, proximidade da população e educação em saúde e ações intersetoriais.

3. OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para melhoria do atendimento e acompanhamento regular das pessoas com diabetes e hipertensão da Estratégia de Saúde da Família Dom Bosco 1 no Município de Poços de Caldas, Minas Gerais.

4. METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Foi realizado o diagnóstico situacional no território de abrangência da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, por meio do método da estimativa rápida onde foram identificados os problemas mais relevantes que afetam a população (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Para subsidiar a elaboração do plano de intervenção foi feita uma revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e no *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), bem como nos manuais do Ministério da Saúde (MS).

Optou-se por utilizar como material, artigos científicos em língua portuguesa, espanhola e inglesa produzidos entre 2000 e 2018 e livros científicos. Para a busca das publicações foram utilizados os seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Doença Crônica. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

O impacto das doenças crônicas na saúde da população é crescente em todo o mundo, a hipertensão arterial é um dos agravos mais comuns com repercussões clínicas mais graves.

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica -HAS) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90 mmHg ou superior. Os fatores de risco para a doença são dislipidemias, diabetes mellitus, obesidade e sedentarismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Entre as principais complicações da HAS, estão o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a insuficiência renal crônica. Podem ocorrer outras alterações associadas às alterações funcionais dos órgãos afetados rins, vasos sanguíneos, coração e encéfalo e às alterações metabólicas, modificações no volume do líquido circulante e resistência vascular periférica resultando em riscos cardiovasculares, tendo alta prevalência e baixas taxas de controle, considerada um dos maiores desafios de saúde pública (RONDON; BRUM, 2003).

Segundo o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, realizado no ano de 2018, aproximadamente 25% da população possui Hipertensão Arterial e, das pessoas afetadas, 61% possuem idade superior a 65 anos. A pesquisa também evidenciou que as populações com menores índices de escolaridade eram mais afetadas, usuários com menos de 8 anos de estudo representavam 42,5% das pessoas hipertensas, enquanto aqueles com 12 anos ou mais representavam apenas 14,2%. (CASTILHO, 2019).

A HAS causa, direta ou indiretamente, com 50% das mortes por doenças cardiovasculares, sendo que o prejuízo estimado por redução na produtividade do trabalho gira em torno de 4,2 bilhões de dólares entre os anos de 2006 e 2015 (SCALA et.al., 2015).

Doenças crônicas, como a HAS, exigem monitoramento e controle constantes. Assim, Lopes (2008) aponta que, no Brasil, estamos muito aquém de um controle adequado da HAS, sendo que as principais razões para isso são o desconhecimento da

população, o acesso a medicação e a dificuldade de adesão ao tratamento ao longo prazo (LOPES et al, 2008).

Assim, o conhecimento sobre sua condição, permite ao portador de hipertensão uma compreensão crítica, aumentando a busca por soluções individuais e coletivas, bem como mudanças de comportamento e corresponsabilidade no seu tratamento (HAUSCHILD, 2015). Assim a ESF deve quebrar a ideia de que a educação é apenas a transferência de conhecimento de uma pessoa a outra, mas sim uma via de mão dupla, onde os agentes são corresponsáveis no processo saúde-doença.

5.2 Diabetes mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser definido com uma disfunção metabólica onde os níveis sanguíneos de glicose são persistentemente elevados. Isso ocorre por problemas na produção ou na ação do hormônio insulina ou uma combinação dos dois fatores. Essa hiperglicemia, por longos períodos, leva a complicações micro e macro vasculares, com amputações, neuropatias, cegueira, aumentando as taxas de morbi e mortalidade e reduzindo a qualidade de vida dos pacientes (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

A DM pode ser classificada de acordo com seus fatores causais, ou seja, fatores ambientais, biológicos, genéticos e comportamentais. Esses fatores ainda não são completamente explicados e separam a DM em três grandes grupos, DM tipo 1, DM tipo 2 e DM Gestacional (DMG). A DM tipo 1 é um doença auto-imune, ou seja, o corpo da pessoa produz anticorpos que destroem as células produtoras de insulina no pâncreas, assim esses pacientes são dependentes de insulina e essa doença costuma se manifestar na infância. A DMG ocorrer durante a gravidez principalmente por hormônios hiperglicemiantes liberados pela placenta (OLIVEIRA; MONTENEGRO JÚNIOR; VENÂNCIO, 2017).

A DM tipo 2, cerca de 90 a 95% dos casos de DM, é considerada uma doença multifatorial e possui, entre seus fatores, forte influência comportamental, como sedentarismo, obesidade e hábitos dietéticos, e fatores de herança familiar. Na DM tipo 2 ocorre resistência à ação da insulina que ativa mecanismos de compensação aumentando a glicemia. Isso leva a uma posterior deficiência na secreção de insulina. A DM tipo 2 costuma ocorrer a partir da quarta década de vida, sendo os fatores de

risco mais comuns a história familiar, sedentarismo, dislipidemia, hipertensão arterial e idade avançada (OLIVEIRA; MONTENEGRO JÚNIOR; VENÂNCIO, 2017).

Como visto, existe uma grande influência dos comportamentos adotados pelo paciente no aparecimento da DM tipo 2 e também, devido a cronicidade da doença, é necessário acompanhamento constante. Nesse sentido é essencial estratégias de educação em saúde, orientação dos pacientes e acompanhamento do tratamento farmacológico, aumentando a autonomia e conhecimento do paciente sobre o tema. (BEZERRA; CARVALHO, 2009).

5.3 A Estratégia de Saúde de Família e seu papel no controle das Doenças Crônicas.

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, desde 1994, e se consolidou como a principal maneira de atender as necessidades básicas da população brasileira (RAMOS; GRIGOLETTO, 2019). A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

A ESF tem como objetivo melhorar a qualidade de vida da população através de ações de proteção e prevenção em saúde, como por exemplo, redução do sedentarismo, do tabagismo, melhora dos hábitos alimentares e controle de diabetes e hipertensão. Assim a ESF é a porta de entrada do SUS, uma vez que os problemas que não são resolvidos na ESF são encaminhados para outros níveis de atenção, como o secundário ou terciário (BRASIL, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família é o local preferencial para as ações de educação, prevenção e promoção em saúde em relação as doenças crônicas, como DM e HAS. O padrão crônico dessas doenças força uma reorganização das redes de assistência em saúde, visto que deve mudar de um padrão curativo para um padrão preventivo/protetivo e depois de acompanhamento (OLIVEIRA; ROSSI, 2019).

Nesse sentido as ESF estão mais próximas das famílias, conhecem seus hábitos de vida e assim podem agir de forma mais correta e próxima da realidade da população. É essencial conhecer os pacientes, os usuários, o ambiente, escolaridade, padrão de vida, história familiar, individualidades e a partir destas informações elaborar um atendimento mais eficaz e eficiente (PÉREZ, 2015).

Grillo e colaboradores (2013) mostram que a educação em saúde é uma estratégia importante no controle e tratamento de Doenças Crônicas, como HAS e DM, na mesma linha de pesquisa Dinnebier (2016) apontou que alterações nos hábitos de vida, dieta balanceada, redução do sedentarismo, acompanhamento nutricional e fomento a atitudes proativas dos pacientes mostram benefícios maiores que o tratamento farmacológico.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Alta Incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A Unidade de Saúde da Família Dom Bosco 1 se localiza em um bairro com renda média-baixa e com uma escolaridade básica. Este cenário permite que seja realizado um trabalho de educação da população para o autocuidado que a HAS e DM exigem. Na comunidade é observado que grande parte da sua população possui HAS e DM, e esse cenário se repete a nível nacional, sendo que cerca de 15% da população do bairro Dom Bosco possui HAS e 6% possui DM.

Agravando a situação, essas doenças possuem diversas complicações quando não são tratadas e acompanhadas de maneira adequada. Essas complicações aumentam exponencialmente o custo do tratamento bem como reduzem a qualidade de vida do paciente, sendo possível citar o acidente vascular encefálico, neuropatias diabéticas, infartos agudos do miocárdio, amputações e cegueiras. Esse risco é ainda maior quando paciente possui as duas patologias.

A equipe também percebeu que existem outros fatores de risco que contribuem para o aparecimento e agravamento dessas doenças como a obesidade, tabagismo e sedentarismo. Assim a ESF precisa atuar de maneira protetiva e preventiva, educando a população de forma a melhorar seus hábitos de vida. Esse processo deve ocorrer de forma eficiente, possibilitando uma troca de informações de forma bilateral, considerando a realidade e conceitos do paciente.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A HAS e a DM são doenças de causas multifatoriais, associadas fortemente a fatores comportamentais. Obesidade, sedentarismo, alta carga de estresse e não adesão ao tratamento são fatores de risco importantes principalmente quando aliados ao

envelhecimento populacional que também é um fator que aumenta a incidência de HAS e DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; (OLIVEIRA, et.al., 2017).

Dentro deste contexto, os processos de educação em saúde são primordiais, pois sensibilizam o usuário quanto a prevenção do aparecimento e controle dessas patologias. Esse processo deve potencializar o paciente, fazendo com que sua participação no tratamento seja significativa e assim, engajados, uma participação mais eficiente (GRILLO, 2013; DINNEBIER, 2016).

As complicações da HAS e DM impactam significativamente na qualidade de vida dos pacientes bem como nos gastos em saúde, dessa forma a prevenção deve ser uma ação conjunta entre paciente, equipe de saúde, educação, assistência social e outros atores no processo de saúde-doença (RONDON; BRUM, 2003).

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir do problema descrito, foram selecionados três nós críticos fundamentais para a abordagem e planejamento de ações para solucionar a questão, são eles:

- Falta de conhecimento da população sobre HAS e DM.
- Ausência de protocolos de ação com a equipe.
- Estabelecer ações para atuação fora da ESF.

6.4 -Desenho das operações (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

O desenho das operações em cada nó crítico são apresentados nos quadros a seguir, separado para cada nó crítico.

Quadro 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de conhecimento do usuário em relação a HAS e DM
6° Passo: Operação (operações)	Melhorar o conhecimento do usuário em relação a HAS e DM por meio de processos de educação em saúde, como orientações para o paciente e familiares, palestras, folders e panfletos informativos e ações na sala de espera
6° Passo: Projeto	Conhecimento é poder
6° Passo: Resultados esperados	Melhoria dos hábitos de vida; Melhoria do controle da HAS e DM; Autocuidado mais eficiente do paciente; Familiares orientados e engajados no tratamento do paciente .
6° Passo: Produtos esperados	Trabalhos Educativos na ESF. Grupos de educação em saúde. Palestras. Grupos de atividade física.
6° Passo: Recursos necessários	Cognitivo: Leitura de artigos e referenciais para elaboração de material didático, palestras e panfletos. Financeiro: Material educativo para distribuição na ESF. Político: Equipe motivada para auxiliar nos processos de educação em saúde, principalmente os ACS. Apoio da gestão municipal para elaboração do material.
7° Passo: Viabilidade do Plano Recursos críticos	Cognitivo: Material recente e bem elaborado para educação em saúde. Político: Equipe motivada para realizar os processos de educação em saúde
8° Passo: Controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Controle das ações durante as reuniões de equipe; Número de participantes em cada grupo; Ações junto aos ACS para motivá-los; Apresentação de resultados para os usuários, motivando-os com suas conquistas.
9° passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Enfermeiro e Médicos (Gestores da Unidade), 2 meses para preparação do material. 4 meses para realização do projeto
10° passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Verificar junto à equipe, durante as reuniões, a razão dos problemas. Buscar soluções de forma flexível. Escutar o paciente para entender a razão da não adesão. Mudança de estratégia que funcione para cada usuário.

Quadro 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Ausência de protocolos de ação com a equipe
6° Passo: Operação (operações)	Montar um protocolo de atendimento ao paciente com HAS e DM. Capacitar a equipe para utilização do protocolo. Implantar o Protocolo junto a equipe. Acompanhar a eficiência do protocolo
6° Passo: Projeto	Planejar é preciso!
6° Resultados esperados	Atenção ao paciente mais organizado e planejado. Aumento do conhecimento da equipe sobre HAS e DM. Equipe engajada no tratamento do paciente.
6° Produtos esperados	Protocolo de atenção ao paciente com HAS e DM
6° Recursos necessários	Cognitivo: Referências sobre o tema, protocolos já utilizados por outros profissionais. Político: Gestão da unidade; participação e boa vontade de toda a equipe em seguir o protocolo criado.
7° Viabilidade do Plano Recursos críticos	Cognitivo: Motivação da equipe em seguir o protocolo Político: Gestão motivar a equipe
8° Passo: Controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Acompanhamento da implantação do protocolo. Avaliação Contínua para melhoria e adaptação que se fizerem necessárias
9° acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médico. 3 meses para elaboração e implantação do protocolo.
10° passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Monitorar a aplicação do protocolo. Avaliar junto a equipe a efetividade do protocolo. Verificar a satisfação do paciente.

Fonte: Próprio Autor, 2020

Quadro 5 Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Alta incidência de HAS e DM” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dom Bosco 1, do município de Poços de Caldas, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Estabelecer ações para atuação fora da ESF
6° Passo: Operação (operações)	Rastrear paciente com HAS e DM; Revisão bibliográfica; Elaborar ações para atuar fora da ESF.
6° Passo: Projeto	Atendimento de dentro e fora!
6° Resultados esperados	Realizar e construir estratégias e ações para o atendimento do paciente fora da ESF.
6° Produtos esperados	Protocolos de atuação fora da ESF. Realizações de ações intersetoriais
6° Recursos Fonecessários	Cognitivo: Leitura bibliográfica sobre o HAS e DM e sobre oficinas de trabalho; educação permanente da equipe. Financeiro: Material para divulgação, recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: organização da agenda da equipe, motivação da equipe, parceria com outros atores (escolas, Centro de Referência Assistência Social).
7° Viabilidade do Plano Recursos críticos	Cognitivo: Educação permanente da equipe; Político: Parceria com outros atores (CRAS e Escolas); Financeiro: Material para divulgação
8° Passo: Controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Avaliação das ações fora do ESF. Satisfação dos Pacientes. Concretização das parcerias com outros atores.
9° acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gestores da unidade (médico e enfermeira); 2 meses para elaboração de material 4 meses para implantação das ações
10° passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Adesão da população; Adesão de outros atores; Reestruturação junto a equipe caso necessário

Fonte: Próprio Autor, 2020

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em vista do que foi lido e pesquisado, além da realidade observada, fica evidente o impacto e a importância de criar mecanismo para lidar com a HAS e a DM. Estas duas patologias tem impacto direto nos custos de saúde bem como na qualidade de vida dos pacientes. Devido as suas características multifatoriais a HAS e DM necessitam de uma abordagem multidisciplinar e multidimensional, tanto em processos de prevenção quanto no acompanhamento, controle e tratamento.

Nesse cenário a equipe de saúde da família apresenta diversos papéis, não apenas o de tratamento, mas também de levar conhecimentos ao paciente, auxiliar nas mudanças de prática e estimular que o paciente também seja parte integrante do processo e não apenas um ator passivo.

Para que essas ações sejam efetivas é necessário realizar um planejamento estratégico para que seja possível entender todos os fatores que interferem direta ou indiretamente no problema. Deve-se observar os agentes participantes, os recursos necessários, fortalezas e fraquezas, atuando sobre os pontos críticos e monitorar os processos primordiais.

Assim, o Planejamento Estratégico aliado à medicina centrada no indivíduo são estratégias que devem ser aplicadas no dia a dia do PSF, pois são capazes de melhorar o monitoramento e acompanhamento da HAS e DM.

O projeto foi criado pensando em alterar a realidade que se apresenta na Unidade de Saúde Dom Bosco 1, onde existe uma alta prevalência de HAS e DM. As ações propostas visam, não apenas as questões curativas da medicina tradicional, como também, ações de proteção e prevenção em saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do paciente e uma atuação de acordo com as políticas públicas em saúde e com as melhores práticas encontradas na literatura científica. Dessa forma foi possível realizar o projeto de maneira eficaz e eficiente para a comunidade assistida.

REFERÊNCIA

ABDALLA, A. **Qual a Situação da Diabetes no Brasil**. 23/09/2018. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/expresso/2018/09/23/Qual-a-situa%C3%A7%C3%A3o-da-diabetes-no-Brasil.-E-o-custo-da-insulina> . Acesso em: 05/12/2019.

BEZERRA D.S, SILVA A.S., CARVALHO A.L.M. **Avaliação das características das características dos usuários com hipertensão Arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guarapes-PE, Brasil**. Rev Ciênc. Farm. Básica Apl.,2009; 30(1):69-73. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/878/752 Acesso em: Junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Secretaria de atenção à Saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2017.

CASTILHO, I. Hipertensão é diagnosticada em 24,7% da população, segundo a pesquisa Vigitel. **Agência de Saúde / Ministério da Saúde**. Maio 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45446-no-brasil-388-pessoas-morrem-por-dia-por-hipertensao>. Acesso em: 05/12/2019

DINNEBIER, D. A. **Impotência das atividades educativas de grupo desenvolvidas pela ESF e NASF para os pacientes portadores de Diabetes Mellitus**: relato de experiência. 2016. 26 p. Dissertação (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis) — Universidade Federal de Santa Catarina.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: Acesso em 14 de junho de 2019.

GRILLO, M. de F. F. *et al*. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Associação Médica Brasileira**, Porto Alegre, v. 59, n. 4, p. 400 – 405, 2013.

HAUSCHILD, D.R. **Práticas de educação em saúde utilizadas por enfermeiros no enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): uma revisão integrativa**. 2015. 39p. Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas** [Internet]. 7th ed. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2015. Available from: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>. Acesso em: 15/12/2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População estimada de Poços de Caldas. **Estimativa da População Residente**, Brasília, Julho 2019.

Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/pocos-de-caldas.html>? Acesso em: 12/05/2019.

LOPES M. C. L., CARREIRA L., MARCON S. S., SOUZA A. C., WAIDMAN M. A. P.O auto cuidado em individuo com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev eletrônica de enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 1, p. 198-211, 2008. ISSN 1518-1944. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a18.htm>. Acesso em: 15/12/2019.

OLIVEIRA, J. E. P. de; MONTENEGRO JÚNIOR, R. M.; VENÂNCIO, 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: 15/12/2019.

OLIVEIRA, A. S.; ROSSI, E. C. Envelhecimento Populacional, segmento mais idoso e as atividades básicas da vida diária como indicador de velhice autônoma e ativa. **Geosul**, Florianópolis, v. 34, n. 73, p. 358-377, Dezembro 2019. Disponível em: <http://doi.org/10.5007/1982-5153.2019v34n73p358>

PÉREZ J.R.H. Saber mais: **Intervenção educativa junto a pacientes hipertensos e diabéticos**. Trabalho de conclusão de curso. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul., 2015. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/PI%20Jesus%20(1).pdf>. Acesso em: 15/12/2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. **A Cidade de Poços de Caldas**. 2017. Disponível em: <https://pocosdecaldas.mg.gov.br/a-cidade/historia/> . Acesso em: 05/12/2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS DE CALDAS. Plano Municipal de Saúde de Poços de Caldas. Poços de Caldas, p.1 – 68, 2013. Disponível em : http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16821-pocos-de-caldas-mg&Itemid=30192 . Acesso em: 05/12/2019.

RAMOS, L. H. D.; GRIGOLETTO, M. V. D. **Gestão de Serviços de Saúde**. 2019. Online. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/178>. Acesso em: 05/12/2019.

RONDON, M. V. P. B.; BRUM, P. C. - Exercício físico como tratamento não farmacológico da Hipertensão Arterial. - Revista Brasileira de Hipertensão: 2003; 10 (2): 135-37

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 1, supl. 1, p. I-III, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05/12/2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2010001700001>.

SCALA, L. C.; MAGALHÃES, L. B.; MACHADO, A. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; **Sociedade Brasileira de Cardiologia**. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª. ed. São Paulo: Manole; 2015a. p. 780-5.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Primeira. Rio de Janeiro: SBC, 2016. v, 107. 103p. ISSN 0066-782X. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 15/12/2019.