



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**JOSOE BORGES DE VASCONCELOS**

**ENVELHECER ATIVAMENTE: MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA DOS EM  
IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE , EM VILA NOVA DOS  
MARTÍRIOS-MA**

**MARANHÃO**

**2018**

**JOSOE BORGES DE VASCONCELOS**

**ENVELHECER ATIVAMENTE: MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA DOS EM  
IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE , EM VILA NOVA DOS  
MARTÍRIOS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
submetido à Coordenação do Curso de  
Especialização em Saúde da Família,  
modalidade semipresencial,  
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS)  
- Núcleo Do Ceará, Núcleo de  
Tecnologias em Educação a Distância  
Em Saúde, Universidade Federal do  
Ceará, como requisito parcial para  
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Ms Reagan Nzundu  
Boigny

**MARANHÃO**

**2018**

**Página para inserir ficha catalográfica**

**ENVELHECER ATIVAMENTE: MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA DOS EM  
IDOSOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE , EM VILA NOVA DOS  
MARTÍRIOS-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ms Reagan Nzundu Boigny

---

Prof.

---

Prof.

## RESUMO

A assistência à saúde é fundamental para a manutenção da qualidade de vida do idoso, principalmente porque nessa idade há uma maior propensão ao desenvolvimento de diversos tipos de doenças que são comuns ao envelhecimento, e que se forem negligenciadas podem tornar-se fatais. A possibilidade de diagnóstico precoce e a melhoria no tratamento, muitas vezes, evitam que essas patologias tenham complicações, aumentando o tempo de vida do paciente. Ao realizar uma entrevista de assistência com pacientes na UBS Curvelândia no Município de Vila Nova dos Martírios no Maranhão, detectou-se que a maioria dos idosos realizam o tratamento medicamentoso para suas enfermidades de forma correta, porém eles possuem comportamentos prejudiciais à saúde, como sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada que favorecem o surgimento de doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Ao considerar a importância da assistência à saúde para a diminuição de fatores de riscos para os idosos é que se realizou este trabalho, tendo como objetivo implementar um projeto de intervenção para reduzir o descontrole do diabetes mellitus e da hipertensão arterial entre os idosos dessa UBS, através da mudança do estilo de vida e de ações educativas para a promoção da saúde no processo de envelhecimento.

**Palavras-chave:** Qualidade de vida, Idoso, Assistência à saúde.

## **ABSTRACT**

Health care is fundamental to maintaining the life quality of the elderly, especially since at that age there is a greater propensity to develop several types of diseases, which are common to aging, but if neglected they can become fatal. The possibility of early diagnosis and improvement in treatment often prevent these pathologies from having complications, increasing the patient's life span. When performing a patient care interview at UBS Curvelândia in the Municipality of Vila Nova dos Martírios, Maranhão, it was detected that the majority of elderly people receive medication for their illnesses correctly, but they have health-damaging behaviors, such as sedentary lifestyle, smoking, alcoholism and inadequate nutrition that favor the emergence of diseases such as diabetes mellitus and hypertension. When considering the importance of health care for the reduction of risk factors for the elderly, this work is carried out aiming to implement an intervention project to reduce the lack of control of diabetes mellitus and arterial hypertension at this UBS, through the change of lifestyle and educational actions to promote health in the aging process.

**Key words:** Quality of life, Elderly, Health care.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>PROBLEMA.....</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>7</b>
4.1	OBJETIVO GERAL.....	7
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
<b>5</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>8</b>
<b>6</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>20</b>
<b>7</b>	<b>CRONOGRAMA.....</b>	<b>23</b>
<b>8</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS.....</b>	<b>24</b>
<b>9</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS.....</b>	<b>25</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>26</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é definido como a modificação na estrutura etária da população, gerando um aumento significativo de pessoas acima de determinada idade, a qual é atribuída como o início da velhice. No Brasil, essa idade corresponde a 60 anos ou mais (BRASIL, 2010). Ele pode ser entendido como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconômico, mas também imprime desafios para a sociedade, exigindo adaptação que visa preservar a capacidade funcional e efetiva da saúde dos idosos, bem como sua participação social e de segurança (OMS, 2011).

O processo de envelhecimento vem sendo observado em diversos países, onde se nota que a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está crescendo mais rápido do que qualquer outra faixa etária (OMS, 2011). Observa-se que à medida que a pessoa envelhece, sua qualidade de vida é determinada predominantemente, pela sua capacidade de manter sua autonomia e independência. A perda da independência pode ser encarada como motivo de preocupação para maioria dos idosos, trazendo medos no processo de envelhecimento. A possibilidade de tornarem-se dependentes pela doença ou por não poderem exercer suas atividades cotidianas assusta os indivíduos que estão passando por este processo (FREITAS, QUEIROZ, SOUSA, 2010).

Os estereótipos de incapacidade em relação ao idoso repercutem negativamente sobre a sua autoestima, comprometendo o desenvolvimento de competências e habilidades de suportes internos e externos necessários ao enfrentamento destes e de outros desafios em suas rotinas. Assim a velhice é rotulada em nossa sociedade como um período de limitações e incapacidades, adoecimento, perdas, solidão e dependência, tanto do ponto de vista funcional como também financeiro, e a pessoa idosa é muitas vezes vista como chata, cheia de manias, triste e onerosa. (ALMEIDA; MOCHEL; OLIVEIRA, 2010).

Dentre as doenças que podem acometer o idoso devido a uma má alimentação e maus hábitos no estilo de vida, pode-se destacar a Diabetes mellitus (DM), que é considerada uma das principais doenças crônicas da atualidade. Em virtude de sua grande incidência no cenário mundial e de complicações relacionadas a essa doença, é



uma anormalidade endócrino- metabólica complexa, multifatorial e de presença global, que pode levar a complicações micro e macrovasculares (ARAÚJO *et al.*, 2013). Além desta doença, pode-se destacar também a hipertensão arterial sistêmica (HAS), que possui uma alta prevalência na população adulta e consiste em um dos principais fatores de risco cardiovascular (PEREIRA *et al.*, 2009).

## 2. PROBLEMA

Na UBS Curvelândia no Município de Vila Nova dos Martírios no Maranhão, constatou-se um aumento nos atendimentos por diabéticos e hipertensos descompensados. Durante a sessão de escuta foi possível identificar que a maioria dos idosos realiza o tratamento medicamentoso de forma correta, apesar de manter comportamentos como sedentarismo, tabagismo, etilismo e alimentação inadequada que favorece o descontrole do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e Hipertensão arterial sistêmica (HAS). Desta forma, percebe-se que é importante intervir sobre os comportamentos de riscos modificáveis para agravos e complicações cardiovasculares, sedentarismo e alimentação inadequada.

A prevenção e controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e seus fatores de risco são fundamentais para melhoria da qualidade de vida dos indivíduos (SOUZA *et al*, 2014).

O sedentarismo influencia negativamente no tratamento da HAS e do DM2. Além disso, a alimentação quando realizada de forma inadequada também pode levar ao surgimento da obesidade e interferir no controle das DCNT. Entre os fatores de riscos modificáveis, a boa prática alimentar é um dos elementos essenciais para o controle dessas doenças, uma vez que elas são frequentemente ocasionadas por estilos de vida não saudáveis (OZCARIZ, 2015).

### **3. JUSTIFICATIVA**

Diante do aumento de internações hospitalares e atendimento na atenção primária de idosos diabéticos e hipertensos descompensados surgiu a necessidade de elaborar intervenção que busque atuar em cima dos seus fatores de risco. Esses idosos realizavam o tratamento medicamentoso de forma correta, porém mantinham alguns comportamentos de riscos como alimentar-se de forma inadequada evidenciado pelos relatos como “comem de tudo” sem qualquer restrição e ainda não realizam atividade física, tornando-se conseqüentemente sedentário e/ou obeso.

Portanto a elaboração e implantação deste projeto de intervenção é de grande importância, pois irá sensibilizar os idosos para a importância de mudanças comportamentais como forma de prevenir complicações de DCNT e promover a saúde através da adesão a prática de atividades físicas e reeducação alimentar, associado ao tratamento medicamentoso para o efetivo controle do DM2 e HAS.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Implementar um projeto de intervenção para reduzir o descontrole do Diabetes mellitus e da hipertensão arterial entre os idosos da UBS Curvelândia, através da mudança do estilo de vida e de ações educativas para a promoção da saúde no processo de envelhecimento.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Reduzir as complicações decorrentes da hipertensão e do diabetes mellitus tipo 2 através de planos de informações aos idosos;
- Promover a conscientização dos idosos para a necessidade de mudanças no estilo de vida para manter o controle de suas co-morbidades;
- Estimular a adesão de práticas saudáveis como atividades físicas e alimentação adequada para a melhoria da qualidade de vida.

## 5 REVISÃO DE LITERATURA

### 5.1 Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das doenças de alta prevalência na população e considerada como um dos principais problemas de saúde. Ela é considerada uma doença silenciosa, crônico-degenerativa, sendo a principal causa das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

De acordo com o Ministério da saúde, a HAS é um dos mais importantes fatores de risco para doenças coronárias e cerebrovasculares, possuindo um elevado custo econômico e social, principalmente em decorrência das suas complicações, que por sua vez estão associadas a uma morbimortalidade elevada tanto no Brasil como no mundo (BRASIL, 2013).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2002), o controle da HAS é desafiador para os profissionais de saúde pelo fato de exigir o compromisso e a participação tanto do paciente como dos seus familiares, com a finalidade de facilitar adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. As ações prioritárias para controle da HAS estão centradas na alteração de hábitos de vida buscando uma alimentação adequada, associada a atividade física para reduzir a obesidade e sobrepeso, além de reduzir a ingestão elevada de sódio e álcool, evitar o tabagismo e o sedentarismo (SBC, 2002).

O diagnóstico da HAS é estabelecido quando os níveis pressóricos encontram-se com valores iguais ou superiores a 140/90mmHg, aferida com a metodologia e condições apropriadas. Compreende-se que a elevação prolongada da pressão arterial pode ocasionar lesões nos vasos sanguíneos, principalmente em órgãos-alvo, como o coração, rins, cérebro e olhos, além de provocar espessamento e perda de elasticidade das paredes arteriais e aumento da resistência vascular periférica nos vasos acometidos (ORQUIZA, 2017).

Segundo Potter e Perry (2001) os agravos consequentes da HAS descontrolada são o infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca e renal, AVC (acidentes vasculares cerebrais) e visão prejudicada. Dessa forma compreende-se que é relevante desenvolver um plano de ação para a redução dos agravos decorrentes da hipertensão arterial sistêmica.

A evolução do tratamento depende em grande parte do paciente, uma vez que a adesão ao tratamento e o comportamento do indivíduo, no que diz respeito a tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas de acompanhamento são essenciais para o controle da doença (BEZERRA; LOPES; BARROS,2014).

## **5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2**

As morbidades associadas ao diabetes mellitus tipo 2 (DM2) são, geralmente, conseqüentes da associação de comportamentos não saudáveis ao longo tempo de duração da doença com o mau controle glicêmico (MARTIN et al, 2012).

Com o diagnóstico do DM2, o paciente deve ser indicado ao controle glicêmico, esse controle ocorre a partir da realização do tratamento para a prevenção ou retardo das suas complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (SBD, 2016).

Ocorre que a maioria dos pacientes diabéticos tem como causa para o descontrole glicêmico a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim o tratamento do DM tipo 2 (DM2) inclui mudanças no estilo de vida, com a prática de exercícios físicos regularmente e o estabelecimento de uma dieta adequada. No caso de o tratamento não medicamentoso não atingir os resultados esperados, ou a adesão é insatisfatória, a terapia medicamentosa é instituída, iniciando-se com antidiabéticos orais (ADOs), e em determinadas situações, associa-se a insulina (SBD, 2016).

No entanto, compreende-se que medicamentoso e não medicamentos para o diabetes vêm sendo um problema reconhecido no cenário mundial. A adesão nos países desenvolvidos gira em torno de 50% e pode ser ainda menor em países em desenvolvimento (OMS, 2004).

No que refere-se a adesão ao tratamento, objetivo principal desta intervenção, exige que o paciente assuma a responsabilidade sobre o seu tratamento, tornando se um participante ativo em um processo que torna possível modular os estados biológicos por meio do comportamento humano, além de manter a consciência que deve ser acompanhado periodicamente pela equipe de saúde (COELHO & AMARAL, 2012).

Entende-se que um dos fatores considerados facilitadores para a aceitação e integração do regime terapêutico, é o conhecimento que a pessoa possui sobre a doença, sendo assim a prática de orientação embasada na educação popular em saúde vem sendo satisfatória para a resolutividade deste problema (CANHESTRO et al., 2010).

A prevalência de diabetes de acordo com Danaei et al (2011), em todo o mundo é alarmante e continua crescendo. No Brasil, atualmente 12 milhões de pessoas são portadoras de diabetes. A estimativa da Organização Mundial de Saúde é que até 2030, 347 milhões de pessoas no mundo terão diabetes, sendo que essa previsão pode subir para 552 milhões.

Esse aumento da prevalência de diabetes mellitus tipo 2 é decorrente dos fatores de riscos da Síndrome Metabólica que vem favorecendo no surgimento de DM2 (diabetes mellitus tipo 2), que é uma síndrome de origem múltipla, que decorre da falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, o que resulta em resistência insulínica (MCLELLAN et al.,2006).

O conceito de DM2 (diabetes mellitus tipo 2) segundo o Ministério da Saúde,(2006) esta definido como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia. Compreende-se que o diabetes mellitus tipo 2 por ser um problema de saúde pública é considerado como uma epidemia e corresponde por aproximadamente 90% de todos os casos de diabetes de acordo com o IDF - *International Diabetes Federation*. As estimativas para o ano de 2010, apresentaram cerca de 285 milhões de indivíduos no mundo com mais de 20 anos eram portadores da doença, levando a estimar para o ano de 2030, um quantitativo de 439 milhões. Acredita-se, ainda, que aproximadamente 50% dos diabéticos desconhecem que tem a doença (IDF, 2013; SHAW, SICREE, ZIMMET, 2010).

Os dados apresentados para o Brasil, a estimativa realizada pelo IDF e que até o ano de 2025 aproximadamente 11 milhões de pessoas serão diabéticas, sendo levando em consideração os dados registrados no ano de 2012 que apontava uma incidência da doença em 10,3% da população (BERTOLDI, et al, 2013; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2014).

O Diabetes pode ser tipo 1 e o tipo 2, este é o mais comum e a sua ocorrência está intimamente relacionada a qualidade de vida. Sendo assim sabe-se que o individuo que é sedentário, têm uma alimentação inadequada e possui fatores genéticos que favorecem o surgimento da doença, tem maior probabilidade em desenvolver a doença. De acordo

com os indicadores de saúde os dados apontam que o diabetes ocorre em pessoas com faixa etária entre 30 anos de idade ou mais, ao modo que o indivíduo envelhece as possibilidades de ser acometido por essa doença aumentam, embora que o DM pode ocorrer em qualquer fase da vida do ser humano, até mesmo em crianças e adolescentes, devido à resistência em insulina e ao aparecimento da obesidade nesse estágio da vida. (SILVA et al., 2013).

A prevalência de diabetes no mundo é algo assustador e continua crescendo. No Brasil atualmente 12 milhões de pessoas são portadoras de diabetes mellitus. A estimativa da Organização Mundial de Saúde só vem aumentando com o decorrer dos anos a cada projeção os números têm acréscimo estima-se que até 2030 no mundo podem ter mais de 500 milhões de diabéticos (DANAEI *et al*, 2011).

Para os autores Herman & Zimmet, (2012) o diabetes compromete a qualidade de vida do indivíduo sendo este um dos fatores de morbimortalidade, ficando logo abaixo da hipertensão. O elevado custo para realizar o tratamento e manter o controle também compromete as finanças do portador desta doença crônica (BERTOLDI *et al*, 2013).

Sendo o DM2 uma doença que está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, dos quais podemos citar: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Dentre as complicações decorrentes do DM2 apresenta-se a destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Compreende-se que as morbidades associadas ao DM2 são, geralmente, consequentes da associação de comportamentos não saudáveis ao longo tempo de duração da doença com o mau controle glicêmico (MARTIN *et al*, 2012).

O DM2 costuma surgir aos poucos tendo os sintomas identificados gradativamente. Essa doença crônica manifesta-se, em geral, em adultos com comportamento de riscos ao longo de sua vida não saudável, além de histórico familiar de DM2 obesidade, dislipidemias entre outros. No entanto, o maior vilão corresponde a epidemia de obesidade infantil que, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes, a definição “tipo 2” é usado para atribuir a uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos



anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico (BRASIL,2013).

A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave em paciente diabético. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente no indivíduo com esta doença crônica, permanecendo assintomática por vários anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Após o diagnóstico do DM2, o paciente deve ser indicado ao controle glicêmico, esse controle ocorre a partir da realização do tratamento para a prevenção ou retardo das suas complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (SBD, 2016).

### **5.2.1 Tratamento para Diabetes Mellitus tipo 2 na Atenção Básica**

Tendo em vista o aumento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e DM2 o Ministério da saúde implementou na atenção básica as Redes de Atenção à Saúde (RAS), estas compreendem os arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – portaria nº 4.279, de 30/12/2010).

Portanto a implementação das RAS contribui para o avanço do processo de efetivação do SUS, dessa forma a transição entre o ideário de um sistema integrado de saúde conformado em redes e a sua concretização passam pela construção permanente nos territórios, que permita conhecer o real valor de uma proposta de inovação na organização e na gestão do sistema de saúde (DAB, 2018).

A rede de atenção à saúde precisa adaptar-se à atual situação, reorganizando o cuidado à pessoa com doenças crônicas surgindo o protocolo para este fim, buscando dar conta dessa reorganização do sistema de saúde, em 2013, foi lançada a Portaria nº 252 do Ministério da Saúde, que institui a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,2013).

De acordo com o Ministério da Saúde as DCNT apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, e, geralmente, múltiplas causas. Seu tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que tem por objetivo

o controle da doença e não à cura, portanto o conceito aplicado seria à estabilização da condição de saúde e ao incremento da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2013).

Vale ressaltar que a RAS- Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a Atenção Básica à Saúde (ABS) tem caráter estratégico por ser o ponto de atenção com maior capilaridade e potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede. Esta RAS foi desenvolvida para promoção da saúde o portador de doença crônica além de ter a responsabilidade de desenvolver ações de promoção e de proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para a maior parte da população acometida por DCNT - doença crônica não transmissível (BRASIL, 2011).

O desenvolvimento do cuidado integral à saúde da população que traga impactos positivos na situação de saúde, além de estabelecer a autonomia das pessoas para o cuidado a saúde das coletividades passa por um papel central da Atenção Básica a Saúde, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede. Para obter êxito desempenhando o papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado é imprescindível assegurar a sua expansão e qualificação em todo o território nacional. Com base nisto, a Estratégia Saúde da Família consiste na principal estratégia de organização e expansão da ABS; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade é o principal indutor da ampliação do acesso e da qualidade do cuidado; e o Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde possibilita a qualificação da infraestrutura da ABS (BRASIL, 2013).

É importante apresentar que a Estratégia Saúde da Família é como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, geralmente a Estratégia de saúde da família é constituída por uma equipe denominada e-SF a qual é composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (DAB NET BRASIL, 2017).

Na ESF- Estratégia de Saúde da Família a equipe multidisciplinar desenvolve e implementa algumas ações e condutas que devem fazer parte da rotina de trabalho de toda a equipe, estas ações em saúde tem a finalidade de fortalecer o vínculo entre usuário e equipe, assegurar o efetivo cuidado a saúde, aplicação dos protocolos preconizados pelo SUS-Sistema Único de Saúde e a efetiva autonomia do paciente no cuidado a saúde.(BRASIL,2013)

Dentre as estratégias para o cuidado a saúde do portador de doença crônica na atenção básica temos:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu auto-cuidado tenham sido abordados.
- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado.
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente.
- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado. Lembrar que educar não é só informar.[...]” (CADERNOS DA ATENÇÃO BÁSICA Nº16 DIABETES MELLITUS BRASIL,2006)

É de grande importância para o cuidado integral ao paciente que o profissional em saúde esteja qualificado e devidamente qualificado para implementar e desenvolver estas ações em saúde. A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema único de Saúde seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutiva dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

A Portaria de nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e define

diretrizes e estratégias para a implementação da educação permanente em saúde, no âmbito da atenção básica adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Segundo o Ministério da Saúde (2009, p.01):

“[...] propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações”. [...] “O processo de educação permanente em saúde tem como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.”

Na atenção básica, a busca pela competência, pelo conhecimento e pela atualização é essencial para garantir a sobrevivência do profissional em saúde e da profissão. A contribuição da educação permanente na prática profissional evidencia-se por meio das atitudes que o profissional assume enquanto presta assistência ao usuário, dentre as quais está o compromisso firmado consigo mesmo, mediante a motivação pela busca do autoconhecimento, do aperfeiçoamento e da atualização, e prevendo melhorar o cuidado prestado ao usuário da unidade bem como a comunidade de forma geral. A educação permanente leva ao entendimento de que o indivíduo atuante na saúde deve ter no auto aprimoramento uma meta a ser seguida por toda sua vida (PASCHOAL et al, 2007).

A formação pode tomar como referência a busca para desenvolver condições de atendimento as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado, isto se aplica tanto ao agente comunitário de saúde quanto a toda a equipe multiprofissional da unidade (CECCIM & FEUERWERKE, 2004).

### **5.2.3 Educação em saúde para a autonomia do portador de DM2**

De acordo com a literatura a importância do modelo de promoção à saúde vem sendo difundido desde o Relatório Lalonde e a Conferência de Alma-Ata. O modelo Promoção da saúde prima pela capacitação da comunidade para a melhoria de sua qualidade de vida através de ações em saúde sob a forma de diálogo onde são expressos os saberes da coletividade a cerca de um determinado contexto dentro do processo saúde doença ao qual se busca através da educação em saúde a elevação do nível de

compreensão referente ao cuidado a saúde, identificando as causas para o surgimento de doenças bem como as formas de prevenção e tratamento (BRASIL, 2001).

A educação em saúde é uma estratégia fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário, aplica-se em intervenções relacionadas a doenças sazonais (preveníveis) e principalmente às doenças crônicas, devido a sua alta prevalência e morbimortalidade, as DCNT têm despontado como problema de saúde pública digno de políticas públicas de saúde voltadas para a elaboração de programas educativos, os quais contemplem as reais necessidades da população (BRASIL, 2001).

A educação em saúde vem sendo utilizada como estratégia para o enfrentamento do descontrole do DM2 entre os pacientes que por sua vez tem como causa a falta de adesão ao tratamento. Ocorre que a maioria dos pacientes diabéticos tem como causa para o descontrole glicêmico a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Assim o tratamento do DM2 inclui mudanças no estilo de vida, com a prática de exercícios físicos regularmente e o estabelecimento de uma dieta adequada. No caso de o tratamento não medicamentoso não atingir os resultados esperados, ou a adesão é insatisfatória, a terapia medicamentosa é instituída, iniciando-se com antidiabéticos orais (ADOs), e em determinadas situações, associa-se a insulina (SBD, 2016).

No entanto, compreende-se que medicamentoso e não medicamentoso para o diabetes vem sendo um problema reconhecido no cenário mundial. A adesão nos países desenvolvidos gira em torno de 50% e pode ser ainda menor em países em desenvolvimento (OMS, 2004).

No que refere-se a adesão ao tratamento, objetivo principal desta intervenção, exige que o paciente assuma a responsabilidade sobre o seu tratamento, tornando-se um participante ativo em um processo que torna possível modular os estados biológicos por meio do comportamento humano, além de manter a consciência que deve ser acompanhado periodicamente pela equipe de saúde (COELHO; AMARAL, 2012).

Entende-se que um dos fatores considerados facilitadores para a aceitação e integração do regime terapêutico, é o conhecimento que a pessoa possui sobre a doença, sendo assim a prática de orientação embasada na educação popular em saúde vem sendo satisfatória para a resolutividade deste problema (CANHESTRO *et al*, 2010).

Considerando a elevada carga de morbi-mortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública.

“Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).”(BRASIL,2016,p.11)

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

### **5.3 Mudança no estilo de vida na prevenção de agravos cardiovasculares**

O DM2 corresponde a um dos fatores de riscos para a ocorrência de doenças cardiovasculares e, frequentemente, associa-se a outras condições, tais como a obesidade visceral, a HAS e a dislipidemia. A síndrome metabólica (SM) é conjunto de alterações associadas a resistência da insulina que aumentam o risco cardiovascular (LAKA,2002).

Existem diversos fatores de risco para doenças cardiovasculares, os quais podem ser divididos em imutáveis e mutáveis. São considerados fatores imutáveis aqueles que não podemos mudar e por isso não podemos atuar disso. A maioria das doenças cardiovasculares está associada á fatores mutáveis como obesidade, sedentarismo, tabagismo e etilismo também se atribui ao surgimento de doenças cardiovasculares à aterosclerose, a qual é decorrente da alimentação inadequada que gera depósitos contendo LDL - colesterol (também conhecido como colesterol ruim) e gorduras neutras (placas de ateroma) no interior do vaso (NAVARRO; CONEGERO, 2002).

Para estes é possível mudar, uma vez que o paciente/indivíduo busque por mudança em seu estilo de vida a fim de manter hábitos saudáveis como alimentação adequada e prática de exercícios físicos. Compreende-se estilo de vida não saudáveis compromete a saúde e bem-estar do portador de hipertensão ou diabetes, observa-se que esta situação faz com que se origine agravos quer seja uma resposta inflamatória que altera componentes do vaso, podendo se desenvolver fibrose, alterando progressivamente e perigosamente o vaso, tornando-se uma cascata, pois quanto mais

alterado maior o risco de se aderirem à parede do vaso, como desenvolver uma arteriosclerose (NAVARRO e CONEGERO, 2002).

A arteriosclerose, muitas vezes, causa a oclusão dos vasos, levando a outras complicações cardiovasculares como o infarto agudo do miocárdio, Acidente Vascular Cerebral, Doença das Artérias Coronárias, a Cardiopatia Isquêmica - redução do Lúmen das artérias coronárias e esse estreitamento pode causar Angina de Peito ou Infarto do Miocárdio (BRUNNER e SUDDART, 2005).

Os fatores de riscos afetam o sistema circulatório como os vasos sanguíneos, incluindo artérias, veias e vasos capilares (AQUINO, 2001). Entre as doenças cardiovasculares (DCV) mais comuns pode-se referir o infarto agudo do miocárdio (IAM), a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), o acidente vascular cerebral (AVC), angina de peito e a aterosclerose (SMELTZER & BARE, 2006).

As doenças cardiovasculares atingem a população adulta em plena fase produtiva, onde nos óbitos aproximadamente 65% de dois terços da faixa de 30 a 69 anos, morrem por estas doenças. Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2002 essas doenças foram responsáveis por mais de 1,2 milhões de internações, que representaram 10,3% do total de internações e 17% dos gastos financeiros (BRASIL,2011).

É de grande importância intervir neste problema, que tem como causa principal os fatores de risco (FR) modificáveis, que são aqueles em que o cliente sofre interferência através de mudanças nos hábitos pessoais, que resultará em um melhor controle, tais como a hipertensão arterial, o tabagismo, o etilismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade, a hiperglicemia (ou seja, DM2) e as dislipidemias. Por outro lado, os não modificáveis são aqueles sob os quais a pessoa não tem controle. É uma consequência genética caracterizada pela idade, hereditariedade e sexo (LAURINDO, 2000).

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Tipo de estudo e cenário de pesquisa**

Trata-se de estudo descritivo, prospectivo, comparativo, a realizar-se na UBS Curvelândia no Município de Vila nova dos Martírios, Estado do Maranhão. O município localizado na mesorregião do Oeste Maranhense, população estimada em 2017 pelo IBGE, em 13.480 habitantes, índice de desenvolvimento humano municipal considerado baixo 0,594, densidade demográfica 9,47hab/km<sup>2</sup>. Taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 12.42 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 3,6 para cada 1.000 habitantes. Comparado a taxa de internações com todos os municípios do estado, fica nas posições 123 de 217 e 149 de 217, respectivamente. Quando comparado a taxa de internações devido a diarreia com as demais cidades do Brasil, essas posições são de 2.628 de 5.570 e 977 de 5.570, respectivamente (IBGE, 2017).

A realização deste estudo visa unir a pesquisa bibliográfica à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. É, portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta. O plano de intervenção será implementado em fevereiro a dezembro de 2019, sendo que ao longo do processo serão desenvolvidas ações de monitoramento e de ajustes no mesmo.

A Unidade Básica de Saúde de Curvelândia possui uma equipe formada por um médico, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar em saúde bucal, e ainda conta com 2.054 usuários cadastrados, distribuídos em seis micro-áreas sob a responsabilidade da equipe. Esta presta atendimento diariamente com o objetivo de assegurar a melhoria de vida e a prevenção de doenças crônicas e infecciosas aos habitantes e a preservação das potencialidades naturais da região, assim como a atenção às crianças gestantes e puérperas, a UBS possui grupos operativos como Hiperdia, programa puericultura e assistência pré-natal.

### **6.2. População público-alvo da intervenção**

A população que participará da intervenção será caracterizada como: hipertensos e diabéticos que possui faixa etária entre 40 a 75 anos, totalizando 22 pacientes diabéticos, 81 hipertensos e 53 diabéticos/hipertensos, residentes na área adscrita a UBS



Curvelândia, município Vila Nova dos Martírios, Estado Maranhão. Os usuários do Hiperdia serão convidados a participar da intervenção mediante orientação e aceitação para participação no grupo operativo.

### 6.3. Etapas do plano de intervenção

1. Realizar análise situacional identificando o problema a intervir de acordo com a capacidade de enfrentamento da equipe, realizar o levantamento de dados na unidade referente ao acompanhamento no hiperdia dos usuários hipertensos e diabéticos verificando a assiduidade nas reuniões e o controle de suas comorbidades;
2. Reunir a equipe de ESF e representantes da comunidade para apresentação do problema selecionado para intervir, capacitação em educação permanente para a equipe com temas relacionado as estratégias e o cuidado ao paciente hipertenso e diabético;
- 3 Avaliar com os ACS a caracterização do Públicoalvo da intervenção (diabéticos e hipertensos da área adscrita a UBS).
- 4 Desenhar uma estratégia educativa de incentivo aos participantes da intervenção para adesão ao tratamento e acompanhamento no grupo hiperdia.
  - a. Realizar convite aos participantes para reunião de apresentação do projeto de intervenção na unidade básica de saúde.
  - b. Realizar encontros semanais sob a forma de rodas de conversas, palestras, apresentação de slides, *folders* e cartazes educativos.
  - c. Fazer avaliação dos impactos das ações educativas verificando se ocorreu a compreensão sobre a importância do controle da PA e da Glicemia na prevenção de agravos cardiovasculares e quais as formas de tratamento e prevenção com inserção de atividades físicas e uma alimentação saudável na sua rotina diária associada ao medicamento de uso contínuo. Implementar esses temas nas visitas domiciliares e durante o atendimento reforçando o que foi desenvolvido no Hiperdia.
- 5 Propor uma capacitação para os profissionais da UBS com vistas à promoção do efetivo acompanhamento ao portador de diabetes e hipertensão
  - a. Realizar capacitação da equipe multiprofissional da UBS para desenvolver as atividades educativas;

- b. Pactuar a atualização dos dados cadastrais do paciente nos prontuários de atendimento;
- c. Intensificar no acompanhamento aos usuários do hiperdia implementando ações de prevenção e promoção à saúde reduzindo a incidência de agravos cardiovasculares
- d. Avaliar se ocorreu aumento na adesão ao grupo Hiperdia e em longo prazo cerca de 10 meses após a implantação através do SIAB;
- e. Avaliar se ocorreu redução nos indicadores de saúde referente a morbimortalidade por doenças cardiovasculares decorrentes de agravos da hipertensão/ diabetes na área adscrita a UBS através do SIM e SIAH/SUS.



## **8. RECURSOS NECESSÁRIOS**

Os recursos para os desenvolvimento do projeto são:

- Materiais de consumo: folha de papel A4, canetas, cartolinas, folders educativos, caderneta da criança e materiais de uso permanente da unidade de saúde, como: computador, caixa de som, microfone, cadeiras e DataShow.
- Recursos humanos: Médico, Enfermeira, Técnico em enfermagem, agente comunitário de saúde, auxiliar de saúde bucal.

## **9. RESULTADOS ESPERADOS**

Espera-se com esta intervenção em saúde promover o controle da HAS e DM2 e prevenir agravos entre os usuários da área adscrita a UBS, além do acompanhamento e adesão ao tratamento de até 90% dos usuários cadastrados na UBS. Além de alcançar os objetivos propostos neste trabalho.

## REFERÊNCIAS

- ADA. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 35, Suplemento 1, p. S64 a S71. Jan 2012.
- ALMEIDA, P. M.; MOCHEL, E. G.; OLIVEIRA, M. S. S. O idoso pelo próprio idoso: percepção de si e de sua qualidade de vida. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo (SP), v. 13, n. 2, p. 99-113, nov, 2010.
- AQUINO, E. M. M. L. L.; MAGALHÃES, L. B. N. C.; ARAÚJO, M. J.; ALMEIDA, M. C. C.; LETO, J. P. Hipertensão arterial em trabalhadoras de enfermagem: padrão de ocorrência, diagnóstico e tratamento. **RevistaArqBrasCardiol**. Vol. 76, nº. 3, 2001, p. 197-208
- ARAÚJO, K. O. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 7, n. 9, p. 5583-5589, 2013.  
Disponível:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13677>>.  
Acesso em: 08 nov. 2018.
- BERTOLDI AD, KANAVOS P, FRANÇA GVA, et al. Epidemiologia, manejo, complicações e custos associados ao diabetes tipo 2 no Brasil: uma revisão abrangente da literatura. **Saúde global**. 9: 62, 2013.
- BEZERRA, A. S. M.; LOPES, J. L.; BARROS, A. L. B. L..Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**. 2014 jul-ago;67(4):550-5. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0550.pdf>> acesso em 12 de maio de 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento/ Ministério da Saúde**, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.
- BRASIL. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_doenca\\_cronica\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf)>. Acesso em: 22/10/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da 2. atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2007. Disponível: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html), Acesso em: 10/11/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial atingi 24,3% da população adulta**. 2013. Disponível: [http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertenso\\_atingi\\_populacao\\_adulta](http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertenso_atingi_populacao_adulta). Acesso em 22/05/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

BRUNNER E SUDDARTH: **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CANHESTRO, M. R.; OLIVEIRA, E. A.; SOARES, C. M. B. Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **Rev Min Enferm**, 14(3):335-44. Set 2010.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf> > acesso em: 12/11/2018

COELHO, C. R.; AMARAL, V. L. A. R. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Ter Comport Cogn**. [Internet]. 2012 [Acesso 23 maio 2018];14(1):4-15. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452012000100001](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452012000100001)

DAB. Departamento de atenção básica. As Redes de Atenção à Saúde[online] disponível em:[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php) acesso em 12/11/2018

DAB NET. Departamento de atenção básica na internet. Ministério da saúde. Estratégia de Saúde da Família.2017. Disponível em:[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php) acesso em 10/11/2018

DANA EI, G. et al. Tendências nacionais, regionais e globais na prevalência de glicose e diabetes no plasma em jejum desde 1980: análise sistemática das pesquisas de xaminações e estudos epidemiológicos com 370 países-ano e 2,7 milhões de participantes. **Lanceta**. 378 (9785): 31-40. jul 2011.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Rev. esc. enferm. USP** [online], vol.44, n.2. pp.407-412, 2010

HERMAN, W. H.; ZIMMET, P. Diabetes tipo 2: uma epidemia que requer atenção global e ação urgente. **Diabetes Care**. 35 (5): 943-44, 2012.

IBGE. Municípios Brasileiros. IBGE@idades. Disponível em :<<https://idades.ibge.gov.br/brasil/ma/vila-nova-dos-martirios/panorama>> acesso em 05/06/2018

IDF. International Diabetes Federation. Diabetes e Obesidade: Ação Urgente Necessária. [citado 2014 14 de março]. Disponível em: [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/files-diabetesvoice-filesattachments-2009\\_3\\_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/files-diabetesvoice-filesattachments-2009_3_ES.pdf).

IDF. Federação Internacional de Diabetes. atlas do diabetes. 6a ed. Bruxelas: Federação Internacional de Diabetes; 2013

LAKKA HM, et al. **A síndrome metabólica e a dissmortalidade total e cardiovascular em homens de meia-idade**. 288: 2709-16, 2002.

LAURINDO, F. R. M. **Fisiopatologia da circulação coronariana**. SILVA, M. R. **Fisiopatologia cardiovascular**. São Paulo: Atheneu, 2000.

MARTIN, I. S.; BERALDO, A. A.; PASSERI, S. M. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Acta Paul Enferm**. [Internet]. 2012 [Acesso 14/NOV/2018];25(2):218-24.



Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a10v25n2.pdf> doi: S0103-21002012000200010

MCLELLAN, K. C. P. et al.. Diabetes mellitus do tipo 2, Síndrome Metabólica e Modificação no Estilo de Vida. Campinas-SP: **Revista de Nutrição**, 2007.

NAVARRO, S.C.; CONEGERO, C.I. Os fatores de risco da doença aterosclerótica. **Arquivo de Ciências da Saúde. Unipar**, p.151-156, 2002. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/1193/1054>>. Acesso em:04/05/2018

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción**. Genebra: OMS; p. 202, 2004.

ORQUIZA, S. M. C. **Hipertensão Arterial**. 2017 [online] <Disponível em: [www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial3.asp](http://www.orientacoesmedicas.com.br/hipertensaoarterial3.asp) - 48k>. Acesso em 17 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Ageing. **World Health Organization** - WHO, 28 ago. 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/en/>>. Acesso em: 02/02/2018.

OZCARIZ, S. G., et al. As práticas alimentares entre indivíduos com diabetes e hipertensão são semelhantes às de pessoas saudáveis: um estudo de base populacional. **BMC Public Health**. 2015 maio 15: 479.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima and MEIER, Marineli Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2007, vol.41, n.3, pp.478-484. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000300019>. Disponível em:<<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/742.pdf>>. Acesso em 10/11/2018.

PEREIRA, M., LUNET, N., AZEVEDO, A., BARROS, H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. **J Hypertension**; 27(5): 963–975, 2009.

POTTER.P.A.; PERRY,A.G. **Grande tratado de enfermagem prática**. São Paulo: Editora Santos livraria, 2001, 3ºed.

SBD.Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: **AC Farmacêutica**; 348 p. 2016.

SILVA, A. F. et al. Problemas relacionados aos medicamentos em idosos fragilizados da Zona da Mata Mineira, Brasil. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.16, n.4, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000400691&script=sci\\_abstr a ct &lng =pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000400691&script=sci_abstr a ct &lng =pt) >. Acesso em: 03 nov 2018

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade brasileira de hipertensão. Sociedade brasileira de nefrologia. **4ª Diretriz Brasileira de Hipertensão arterial**. Campos do Jordão; 2002

SBC. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes** (2015-2016). São Paulo: AC Farmacêutica; 2016. 348 p.

SMELTZER, S. C. BARE.; B. G. Tratamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOUZA, C. S.; STEIN, A. T.; BASTOS, G.; PELANDA. L. C. Controle da pressão arterial em pacientes hipertensos no "Programa Hiperdia": um estudo baseado em território. **Arq Bras Cardiol**. 102 (6): 571-78. Jun 2018.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Estimativas globais da prevalência de diabetes para 2010 e 2030. **Diabetes Res Clin Pract**; 87: 4-14. 2010.