



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Jose Rocha Junior

Pacientes crônicos: como melhor acolhe-los e
acompanha-los em uma Estratégia de Saúde da Família.

Florianópolis, Março de 2023

Jose Rocha Junior

Pacientes crônicos: como melhor acolhe-los e acompanha-los em
uma Estratégia de Saúde da Família.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Priscila Orlandi Barth
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Jose Rocha Junior

Pacientes crônicos: como melhor acolhe-los e acompanha-los em
uma Estratégia de Saúde da Família.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Priscila Orlandi Barth
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A comunidade que utiliza dos serviços da ESF Pedras Brancas possui um perfil demográfico onde encontramos a maior parte da população idosa, junto a esse dado podemos identificar doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, podemos destacar também o grande índice de pacientes que possuem alguma doença de cunho psicológico, infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças gastrointestinais e pulmonares. Conforme o mapeamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e reuniões de equipe onde discutimos a prevalência de doenças na população identificamos a necessidade de ser abordado e planejado ações em relação a Hipertensão e Diabetes e em conjunto a promoção de saúde mental que vem associada ao estado de bem-estar físico. **Objetivo:** realizar ações organizacionais e de gestão para acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos da ESF Pedras Brancas. **Metodologia:** Para alcançar este objetivo será realizado treinamentos com a equipe para desenvolver uma melhor forma de abordar os pacientes em suas residências, circuitos de palestras e rodas de conversa com os familiares de pacientes crônicos para auxiliá-los com a rotina de vida, atividades em sala de espera para conscientização da comunidade para com os riscos das doenças crônicas e promoção de saúde mental. **Resultados esperados:** Com a aplicação deste projeto de intervenção esperamos que os pacientes da Estratégia de Saúde Pedras Brancas se tornem mais presentes em suas consultas clínicas e que assim possamos controlar as doenças crônicas já instaladas, promovendo saúde física e mental com o objetivo de não ocorrer um agravamento das suas condições de saúde. As estratégias propostas promoverá muitos impactos positivos no dia a dia de cada usuário e de sua família. Sendo, inicialmente, percebidas melhorias que acarretarão desde o controle da hipertensão arterial até possível novas fontes de ganhos financeiros, seja na criação de um horta para consumo ou para venda dos itens produzidos. Com a adoção das práticas administrativas (questionários, palestras, rodas de conversa) poderemos ter uma maior credibilidade como Unidade de Saúde, o que proporcionará maior confiança aos usuários que frequentam os serviços e aos seus familiares que inúmeras vezes os acompanham, e não menos importante, fazer deste projeto uma forma engrandecedora para a comunidade científica e para gestão de saúde do município, podendo disponibilizar o presente estudo para pesquisas e inovações na gestão de saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família, Hipertensão, Serviços Comunitários de Saúde Mental

Sumário

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 9 |
| 2 | OBJETIVOS | 13 |
| 2.1 | Objetivo geral | 13 |
| 2.2 | Objetivos Específicos | 13 |
| 3 | REVISÃO DA LITERATURA | 15 |
| 4 | METODOLOGIA | 19 |
| 5 | RESULTADOS ESPERADOS | 21 |
| | REFERÊNCIAS | 23 |

1 Introdução

A Estratégia de Saúde da Família Pedras Brancas localiza-se no bairro Pedras Brancas, no município de Guaíba. A equipe Pedras Brancas é composta por um médico clínico do programa Mais Médicos que também é responsável pelas visitas domiciliares, uma enfermeira de nível superior que tem 20 anos de experiência profissional e com pós graduação em Saúde da Família, uma técnica de enfermagem com pós graduação em Vigilância Sanitária reside no bairro e possui mais de 20 anos de atuação, dois Agente Comunitários de Saúde, sendo que um deles está cursando Psicologia, uma higienizadora responsável pela limpeza do local e uma recepcionista responsável pelo agendamento das consultas, marcação de exames e consultas com especialistas bem como o primeiro acolhimento com os usuários.

A equipe Pedras Brancas atende uma população de 5.000 habitantes, os serviços ofertados são: consulta médica, consultas de enfermagem com realização de testes rápidos de HIV, Sífilis e Hepatites, acolhimentos em Saúde Mental, primeira consulta de pré-natal, atendimentos de puericultura e coletas de preventivos de câncer de colo de útero, a técnica de enfermagem é responsável por alguns cuidados na unidade de cada paciente, aferição de pressão arterial, HGT, curativos e administração de medicamentos, os agentes comunitários realizam visitas domiciliares (VDs), programas de Saúde na Escola (PSE) e Promoção e Prevenção de Saúde com orientação nos domicílios.

As consultas são agendadas com a recepcionista para atendimento clínico e VDs, as vezes com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde, todos os dias temos cotas de demanda espontânea através do acolhimento da enfermeira ou da técnica de enfermagem, o Tele saúde é usado sempre que aparecem dúvidas em relação a alguma conduta médica.

A ESF Pedras Brancas localiza-se em um bairro afastado do centro do Município de Guaíba, em relação a localização dentro do bairro, a ESF fica localizada na entrada, onde tem uma menor concentração de população e de menor vulnerabilidade. O bairro é voltado para a produção agrícola familiar, possui saneamento básico mas muitas ruas possuem esgoto a céu aberto fato que contribui com muitas doenças apresentadas pela comunidade, principalmente em épocas de calor intenso, grande parte da população é de renda média baixa e possuímos uma estimativa de que a grande maioria dos moradores são idosos, um grande desafio é trazer esses usuários para dentro do serviço para atividades de Promoção de Saúde, observamos que a comunidade ainda tem uma visão de atendimento voltado ao fornecimento de receitas e tratamentos de doenças, mas estamos trabalhando para que os mesmos vejam a ESF como um local de saúde, de prevenção e de acolhimento.

Algumas características que identifiquei com positiva na gestão atual é a grande oferta de testes rápidos para identificação de IST's, já que o bairro apresenta um grande índice de Sífilis, também estamos proporcionando em maior quantidade o teste de escarro (BK)

para a identificação de tuberculose, coletas de preventivo de câncer de colo de útero com maior quantidade de vagas e também uma maior acolhida de pacientes com demandas em Saúde Mental, sendo que uma vez por mês ocorre Matriciamentos com a a equipe do Caps Viver (adultos), Caps Infância e Juventude (IJ) e o Caps Álcool e outras Drogas (AD), onde junto com a enfermeira e agentes comunitários discutimos casos de pacientes e suas condutas médicas, proporcionando encaminhamentos para rede do município e também para Universidade (ULBRA) de Guaíba que proporciona atendimentos psicológicos com valor reduzido para a comunidade.

O bairro conta com duas escolas, uma de ensino fundamental e médio, e a outra apenas para educação infantil, com uma média de 900 alunos matriculados neste semestre. Um fato relevante que observei durante os atendimentos é que muitos usuários do serviço não são alfabetizados, mesmo a escola dispo de turmas de educação de Jovens e Adultos (EJA). Durante todo o anos proporcionamos encontros com as escolas para realizar atividades de Promoção e Prevenção de Saúde, com assuntos variados e que vem de encontro com a realidade da comunidade.

A equipe realiza semanalmente reunião com a participação de todos os componentes para discussões e sugestões de melhorias para com os atendimentos e relacionamentos com os usuários, assim como educações permanentes em saúde, para qualificar os profissionais e melhor atender todos que procuram a unidade, creio que estes momentos de fala proporcionam um grande crescimento profissional para pois podemos trocar experiências e dividir anseios que surgem durante nossa rotina de trabalho.

A Estratégia de Saúde da Família Pedras Brancas é uma unidade nova, tendo dois Agentes Comunitários de Saúde – ACS, e atende aproximadamente 5.000 pessoas, mas devido a falta de 3 ACS abrangemos 1850.00 até o exato momento. A sua distribuição por faixa etária é de 367 crianças menores de 12 anos, 391 mulheres em idade fértil e 356 idosos, predominando área rural.

A taxa de mortalidade geral da população de Guaíba é de 6,8 a cada 1000 habitantes, infelizmente não há um senso da nossa comunidade. Outros dados importantes a assinalar são: a Taxa de Mortalidade Infantil no 2015 foi de 9,5 por 1.000 nascidos vivos, não temos mortalidade materna desse ano, obtendo um coeficiente de natalidade de 11,82.

Conforme os cadastros realizados nos domicílios e também a demanda que aparece na unidade, identificamos 372 casos de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 164 casos de diabetes mellitus (DM) em nossa comunidade. Em relação ao HIV, identificamos 6 casos porém o questionário preenchido pelos ACS é auto referido e muitas vezes o paciente não revela sua real condição de saúde.

A cobertura vacinal em menores de 1 ano em 2016 foi: Febre Amarela 85,91 %, VIP 86,81 %, Meningocócica C 95,42 %, Rotavirus 87,01 %, Penta valente 91,53 %, Pneumocócica 10 : 88,03 %, Triplece viral 98,79 %, conforme dados disponibilizados pela Secretária Municipal de Saúde.

Atualmente a ESF faz o acompanhamento de 12 gestantes, através de Visitas Domiciliares (VD), consultas na unidade sendo preconizada no mínimo 7 consultas de pré-natal durante a gestação e a realização de testes rápidos pela enfermeira no primeiro e terceiro trimestre de gestação.

Dentre as 5 queixas mais comuns que fizeram as mães de crianças menores de 1 ano procurarem a unidade de saúde foi: faringite, diarreia, resfriados, asma e otite.

Conforme o levantamento epidemiológico da nossa comunidade, podemos identificar um grande índice de doenças psiquiátricas, das 1850 pessoas cadastradas 140 se identificam como usuárias de algum serviço de saúde mental ou fazem uso de antidepressivos, antipsicóticos ou ansiolíticos.

Toda a equipe está ciente deste perfil de nossa comunidade e trabalha em conjunto para poder diminuir estes índices. Atualmente estamos engajados na produção de uma Horta comunitária que tem como objetivo envolver os pacientes no trabalho manual e em grupo visando a promoção e a prevenção em saúde, estimular a produção de seus alimentos e consumo de forma saudável para reduzir os índices de HAS e DM e também trazer os familiares dos usuários para dentro da nossa unidade, proporcionando momentos de convívio em família e aumento da saúde mental.

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

A comunidade que utiliza dos serviços da ESF Pedras Brancas possui um perfil demográfico onde encontramos a maior parte da população idosa, junto a esse dado podemos identificar doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, podemos destacar também o grande índice de pacientes que possuem alguma doença de cunho psicológico, infecções sexualmente transmissíveis (IST), doenças gastrointestinais e pulmonares. Conforme o mapeamento realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e reuniões de equipe onde discutimos a prevalência de doenças na população identificamos a necessidade de ser abordado e planejado ações em relação a Hipertensão e Diabetes e em conjunto a promoção de saúde mental que vem associada ao estado de bem-estar físico.

Pensando em todos esses itens e vulnerabilidade que a comunidade apresenta, em união com a equipe de trabalho, decidimos focar na promoção de saúde mental aos pacientes com doenças crônicas, pois é um fator de imensa necessidade de intervenção e que através de estudos já realizados podemos ver a eficácia deste trabalho junto ao grupo de pacientes e o reflexo em suas relações familiares. Todas as doenças crônicas devem ter um suporte da saúde mental, pois os pacientes precisam aprender a conviver com a doença da forma mais saudável possível.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Realizar ações organizacionais e de gestão para acompanhamento de pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e/ou diabéticos;
- Aumentar a adesão dos usuários as consultas clínicas;
- Qualificar os registros e mapeamentos da população de risco;
- Promover saúde mental aos pacientes com doenças crônicas.

3 Revisão da Literatura

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

Em 2018, 24,7% da população que vive nas capitais brasileiras afirmaram ter diagnóstico de hipertensão. Os novos dados Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2018) mostram também que a parcela da sociedade mais afetada é formada por idosos: 60,9% dos entrevistados com idade acima de 65 anos disseram ser hipertensos, assim como 49,5% na faixa etária de 55 a 64 anos. Essa última edição da pesquisa foi realizada por telefone com 52.395 pessoas maiores de 18 anos, entre fevereiro e dezembro do ano de 2018. A pesquisa Vigitel 2018 destaca ainda que as pessoas com menor escolaridade são as mais afetadas. Do público com menos de oito anos de estudo, 42,5% disse sofrer com a doença; dos com 9 a 11 de estudo, 19,4%; e 12 ou mais, 14,2%. As capitais com maior prevalência são Rio de Janeiro (31,2%), Maceió (27,1%); João Pessoa (26,6%); Belo Horizonte (26,5%), Recife (26,5%), Campo Grande (26,0%) e Vitória (25,2%). E as com menores índices: São Luís (15,9%); Porto Velho (18,0%); Palmas e Boa Vista (18,6%) (??)

Dados preliminares do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde, também mostram que, em 2017, o Brasil registrou 141.878 mortes devido a hipertensão ou a causas atribuíveis a ela. Esse número revela uma realidade preocupante: todos os dias 388,7 pessoas se tornam vítimas fatais da doença, o que significa 16,2 óbitos a cada hora. Grande parte dessas mortes é evitável e 37% dessas mortes são precoces, ou seja, em pessoas com menos de 70 anos de idade (??).

A hipertensão arterial ou pressão alta é uma doença crônica caracterizada pelos níveis elevados da pressão sanguínea nas artérias. Acontece quando os valores máximo e mínimo são iguais ou ultrapassam os 140/90 mmHg (ou 14 por 9), fazendo com que o coração exerça um esforço maior do que o normal para fazer a distribuição do sangue no corpo. A doença é um dos principais fatores de risco para a ocorrência de acidente vascular cerebral (AVC), enfarte, aneurisma arterial e insuficiência renal e cardíaca. A prevenção está ligada a uma dieta equilibrada e a realização de atividades físicas (??).

O diabetes mellitus (DM) caracteriza-se por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, resultante da hiperglicemia causada por defeitos da ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. É uma das quatro doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) identificadas como prioritárias para intervenção pela Organização Mundial da

Saúde (OMS) e pelo Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT. A população mundial com DM é estimada em 387 milhões e desses, cerca de 80% vivem em países de baixa e média renda, com crescente proporção de pessoas com DM em grupos etários mais jovens. A mortalidade pelo DM foi estimada em 1,5 milhão no ano de 2012. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, a prevalência de DM autorreferido para a população brasileira de 18 anos ou mais de idade foi de 6,2%, sendo 7% em mulheres e 5,4% em homens (MALTA, 2019)

O DM pode afetar a qualidade de vida, sendo estimados 89 milhões de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (disability adjusted life years - DALYS) no mundo. Entre as complicações do DM, destacam-se as macrovasculares (cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doença arterial periférica) e as microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia). Por causa das suas inúmeras comorbidades, complicações e incapacidades, o DM afeta a vida social e ocupacional dos indivíduos acometidos e acarreta custos diretos e indiretos aos portadores, aos sistemas de saúde e à sociedade (MALTA, 2013)

Na estrutura da 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. É responsável também por realizar 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 (BRASIL, 2013).

Assim, o desenvolvimento do cuidado integral à saúde que impacte na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades passa por um papel central da ABS, de modo articulado com os demais pontos de atenção da rede. Para que a ABS desempenhe efetivamente seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é fundamental garantir sua expansão e qualificação em todo território que abrange. Parte-se do pressuposto de que é fundamental a identificação de outras doenças crônicas em pessoas com sofrimento mental, como o DM e a HAS, tendo em vista as necessidades de saúde que possui o doente mental, para além do diagnóstico de transtorno psiquiátrico (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004).

Ainda de acordo com a OMS, os fatores que influenciam a adesão do paciente estão relacionados ao tratamento (custos, efeitos indesejáveis, falta de resultados, esquemas terapêuticos complexos e tempo de espera e de atendimento) e aos sistemas e às equipes de saúde (serviços de saúde, relação médico-paciente e equilíbrio desta relação assimétrica). Por isso, é de extrema importância que o profissional procure se atualizar, além de buscar novos conhecimentos (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004)

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) foi elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com vários minis-

térios, instituições de ensino e pesquisa, ONGs da área da saúde, entidades médicas, associações de portadores de doenças crônicas, entre outros. As DCNT se constituem como o grupo de doenças de maior magnitude no país, atingindo, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade. Dessa forma, o Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter as DCNT até 2022. O Plano de Enfrentamento de DCNT visa promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (MALTA, 2013)

Além de todos os problemas de ordem física já conhecidos que acometem os portadores de HAS e DM, existem evidências que níveis elevados de pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD) estão relacionados com o declínio da capacidade cognitiva, tanto em jovens quanto em idosos, sendo que adultos jovens com níveis pressóricos muito elevados possuem maiores riscos de desenvolvimento de demência na terceira idade (NINOMIYA et al., 2011).

Corroborando a isto, a perda de memória é um dos déficits cognitivos mais relatados entre os diabéticos, causando comportamentos que afetam o controle da doença, interferindo no auto-cuidado durante o tratamento e favorecendo a permanência do estado de hiperglicemia (PALTA et al., 2014). Assim podemos identificar a importância da inclusão da saúde mental nas atividades da Atenção Básica, pois iremos cuidar das atividades cognitivas, auto-estima e auto-cuidado e também uma maior abordagem sobre a doença que portam.

4 Metodologia

Será desenvolvido treinamentos semanais por 2 meses, ministrados pelo Médico da Saúde da Família e com a Enfermeira para os Agentes Comunitários de Saúde afim de traçar uma estratégia viável para aumentar a cobertura de pacientes cadastrados. Propondo assim uma força tarefa da equipe em um dia da semana ou um mutirão em um semana estabelecida e com estes treinamentos atingiremos o objetivo de qualificar o mapeamentos e os registros desta população de risco, designando assim um periodo semanal para qualificação profissional dos envolvidos. Os treinamentos serão realizados na sala de reuniões da unidade de saúde, através de apresentações de Power Point e dinâmicas de grupo para auxiliar no ensaio das abordagens com os pacientes.

Será realizado atividades de educação em saúde nos momentos de sala de espera e acompanhamento familiar com os pacientes de risco, com o intuito de os mesmos aderirem ao tratamento e se manterem ativos as consultas clínicas. As atividades acontecerão na sala de espera da ESF ministradas pelos ACS junto com a recepcionista e terá em média 15 minutos de duração, traremos cartazes produzidos com cartolinas e folders informativos sobre assuntos como: alimentação saudável, realização de hortas orgânicas, cuidados com a Diabetes e Hipertensão, dicas de locais para promoção de saúde, etc. Se preciso contaremos com a presença de profissionais como Nutricionista e Psicólogo para auxiliar nos debates.

Iremos propor também questionários para a população responder, com questionamentos voltados ao atendimento clinico e quais sugestões para melhor atende-los. Os questionários serão realizados por meio físico (papel) e conterá questões como: Você acha suficiente o tempo de duração das consultas clínicas?, Você se sente confortável na sala de atendimento?, Os barulhos de outras salas atrapalham seu atendimento? Quais sugestões você tem para melhorar os atendimentos?, algumas questões serão de multipla escolha (apenas marcar a alternativa que mais corresponde a sua opinião) e outras precisarão que o paciente escreva um parágrafo de resposta. Esses questionários serão aplicados pelo técnico de enfermagem responsável pela triagem antes da consulta clínica e os resultados serão contabilizados pela enfermeira no fim de cada mês.

Realizaremos atividades voltadas a promoção de saúde mental como grupos de convivência, rodas de conversa com profissionais da psicologia e orientações para familiares de pacientes crônicos. Todas as atividades serão realizadas quinzenalmente conforme combinado em equipe, com duração de 30 minutos e com os Agentes Comunitários de Saúde coordenando os grupos. Utilizaremos de meios digitais como Power Point e vídeos para apresentar a população, iremos também utilizar em média 20 cadeiras na sala de reuniões para acomodar os participantes, a cada encontro o profissional da psicologia irá desenvolver estratégias de enfrentamento para os familiares lidarem com os pacientes crônicos,

através de dinâmicas, de fala livre e de questionamentos Socráticos a cada participante.

5 Resultados Esperados

Com a aplicação deste projeto de intervenção esperamos que os pacientes da Estratégia de Saúde Pedras Brancas se tornem mais presentes em suas consultas clínicas e que assim possamos controlar as doenças crônicas já instaladas, promovendo saúde física e mental com o objetivo de não ocorrer um agravamento das suas condições de saúde. As estratégias propostas promoverão muitos impactos positivos no dia a dia de cada usuário e de sua família. Sendo, inicialmente, percebidas melhorias que acarretarão desde o controle da hipertensão arterial até possível novas fontes de ganhos financeiros, seja na criação de um horta para consumo ou para venda dos itens produzidos.

Com a adoção das práticas administrativas (questionários, palestras, rodas de conversa) poderemos ter uma maior credibilidade como Unidade de Saúde, o que proporcionará maior confiança aos usuários que frequentam os serviços e aos seus familiares que inúmeras vezes os acompanham, e não menos importante, fazer deste projeto uma forma engrandecedora para a comunidade científica e para gestão de saúde do município, podendo disponibilizar o presente estudo para pesquisas e inovações na gestão de saúde.

Referências

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. Doenças crônicas não-transmissíveis no brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Cien Saude Colet*, v. 4, p. 833–840, 2004. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Brasília : Ministério da Saúde.: MS, 2013. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. *VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão*. Arq Bras Cardiol: Arq Bras Cardiol., 2010. Citado na página 15.
- MALTA, D. C. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol Serv Saude.*, p. 22–64, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- MALTA, D. C. Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira. *Pesquisa Nacional de Saúde*, v. 22, p. 120–126, 2019. Citado na página 16.
- NINOMIYA, T. et al. Midlife and late-life blood pressure and dementia in japanese elderly: the hisayama study. *Hypertension*, p. 8–22, 2011. Citado na página 17.
- PALTA, P. et al. Mild cognitive dysfunction does not affect diabetes mellitus 6 control in minority elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, p. 2363–2364, 2014. Citado na página 17.
- SCHMIDT, M. I. S. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, p. 1–14, 2011. Citado na página 11.