

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO**

CAMILA EVANGELISTA TORRES GONÇALVES

**O PAPEL DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM GRUPOS COM IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

Uberlândia - MG

2020

CAMILA EVANGELISTA TORRES GONÇALVES

**O PAPEL DAS ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS EM GRUPOS COM IDOSOS
PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NO
MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
curso de Graduação em Nutrição da Universidade
Federal Uberlândia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Luciana Saraiva da Silva.

Uberlândia - MG

2020

RESUMO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas um grave problema de saúde pública. As estratégias de educação realizadas na Atenção Primária à Saúde contribuem para a promoção e proteção da saúde, prevenção e controle dessas comorbidades. O objetivo do estudo foi analisar o papel das estratégias de educação em saúde em grupos realizados com idosos portadores de hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM) no Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), em Uberlândia, Minas Gerais. Foi realizado um ensaio clínico não randomizado, durante os meses de abril a agosto de 2019. A amostra foi constituída por 10 idosos portadores de HA e DM, sendo a maioria do sexo masculino (60%) e com faixa etária entre 60 a 70 anos (60%). Durante cinco meses, foram desenvolvidas cinco atividades em grupo por meio de metodologias ativas e com dinâmicas interativas em uma unidade de saúde de Uberlândia, Minas Gerais. Em relação aos resultados, observou-se que, antes da intervenção, os participantes tiveram dificuldades na definição e no conhecimento das doenças. Após a intervenção, 50% dos participantes responderam que a saúde estava muito melhor do que no período anterior; 50% relataram mudanças na alimentação (redução do consumo de temperos industrializados, óleo, frituras e sal) e aumento da prática de atividade física. Portanto, as estratégias educativas podem ser um importante instrumento para as modificações no estilo de vida dos portadores de HA e DM. Ademais, a Atenção Primária é um local privilegiado para o desenvolvimento dessas estratégias.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hipertensão. Diabetes. Atenção Primária à Saúde. Educação Alimentar e Nutricional. Nutrição.

ABSTRACT

Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are considered a serious public health problem. The education strategies carried out in Primary Health Care contribute to the promotion and protection of health, prevention and control of these comorbidities. The objective of the study was to analyze the role of health education strategies in groups carried out with elderly people with arterial hypertension (AH) and diabetes mellitus (DM) at the Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), in Uberlândia, Minas Gerais. A non-randomized clinical trial was carried out from April to August in 2019. The sample was found by 10 elderly people with AH and DM, most of whom were male (60%) and aged between 60 and 70 years old (60%). During five months, five activities were carried out in groups through active methodologies and interactive dynamics in a health unit in Uberlândia, Minas Gerais. Regarding the results, it was observed that, before the intervention, the participants had difficulties in conceptualizing and knowing the diseases. After the intervention, 50% of the participants responded that their health was much better than in the previous period; 50% reported changes in diet (reduced consumption of industrialized spices, oil, fried foods and salt) and increased physical activity. Therefore, educational strategies have proved to be an important tool for modifying the lifestyle of patients with AH and DM. In addition, Primary Care is a privileged place for the development of these strategies.

Keywords: Health Education. Hypertension. Diabetes. Primary Health Care. Food and Nutrition Education. Nutrition.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	06
METODOLOGIA	08
RESULTADOS	11
DISCUSSÃO	18
CONCLUSÃO	21
REFERÊNCIAS	22

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis pela morte de 41 milhões de pessoas a cada ano, o que corresponde a 71% de todas as mortes no mundo. As DCNT são de longa duração e, como consequência acarretam uma ligação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (GLOBAL BURDEN OF DISEASE, 2016). Dentre as DCNT, destacam-se a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) que representam importantes fatores de risco para complicações cardiovasculares, coronarianas, vasculares periféricas e renais (BRASIL, 2013c; WILLIANS, 2008).

A HA é uma doença que se caracteriza por elevação sustentada dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg, que geralmente estão associados a alterações funcionais, estruturais e metabólicos de alguns órgãos, sendo agravada pela presença de fatores de risco, como hereditariedade, idade, alimentação inadequada, sedentarismo e outros (BRASIL, 2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016). De acordo com a Organização Mundial da Saúde, cerca de 600 milhões de pessoas serão acometidas com a HA, com crescimento global de 60% dos casos até 2025 (MALTA *et al.*, 2018). Calcula-se que 36 milhões de pessoas no Brasil apresentavam HA no ano de 2016 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A DM é uma síndrome de variadas causas, consequente da incapacidade da insulina de realizar suas funções, além da sua falta levar à resistência insulínica. Em 2019, a Federação Internacional de Diabetes avaliou que 463 milhões de pessoas viviam com DM. Já no Brasil, cerca de 12,5 milhões de pessoas tinham DM. Além disso, esta doença é responsável por 10,7% da mortalidade mundial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Para a prevenção e controle dessas doenças, as modificações no estilo de vida são consideradas fundamentais. A alimentação adequada, redução e controle do peso corporal, prática de atividade física e combate ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool representam as principais mudanças para redução do risco (BRASIL, 2013a; 2013b; 2014; RIBEIRO *et al.*, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Neste contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui um importante e privilegiado local para o desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, as quais são consideradas um valioso instrumento que estimula a responsabilização e o auto-cuidado (EINLOFT *et al.*, 2016). As estratégias de educação em saúde contribuem na promoção,

proteção, prevenção de agravos e controle dessas situações. A utilização de práticas educativas mobiliza as pessoas na busca pela autonomia, na auto-estima e na melhora do senso de humor. Além disso, o convívio entre pessoas, cria vínculos que favorecem a comunicação, o incentivo a troca de informação e experiências, promovendo a inclusão social (AFONSO, COUTINHO, 2010; BOTELHO *et al.*, 2016; MACHADO *et al.*, 2016; SILVA, VIEIRA, 2006).

Evidências científicas mostram que as estratégias que visam modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas de forma coletiva. No entanto, há um maior número de estudos que desenvolveram estratégias de educação em grupos e apresentaram os resultados (PAVA-CÁRDENAS *et al.*, 2018; SCHEMBRI *et al.*, 2015) e não como essas atividades foram executadas, planejadas e desenvolvidas. Além disso, quando apresentados, os resultados são generalizados, dificultando a compreensão do propósito das intervenções (MURIMI *et al.*, 2017; PAVA-CÁRDENAS *et al.*, 2018). Sendo assim, o objetivo do presente estudo foi analisar o papel das estratégias de educação em saúde em grupos realizadas com idosos portadores de HA e DM no Centro de Saúde Escola Jaraguá (CEJAR), em Uberlândia, Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de um ensaio clínico não randomizado, realizado durante os meses de abril a agosto de 2019, com idosos portadores de HA e DM cadastrados e acompanhados pelo CEJAR, que funciona como Unidade Básica de Saúde em Uberlândia, Minas Gerais.

Participaram do estudo 10 indivíduos, sendo este um número ideal para estratégias em grupos, pois o ambiente de aprendizagem se torna mais acolhedor e confortável, além de favorecer maior adesão (AFONSO, 2010; VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO, 2017). Para a inclusão no grupo, foram considerados os seguintes critérios: idade maior ou igual a 60 anos, ser portador de HA e/ou DM, aceitar participar do estudo após assinar o termo de consentimento livre e esclarecido e ter disponibilidade de participar das atividades em grupo. Os critérios de exclusão do estudo foram: indivíduos que apresentavam condições clínicas graves, que necessitassem de atendimento especializado, assim como indivíduos com história de alcoolismo e/ou uso abusivo de drogas.

As intervenções ocorreram em um período de cinco meses. Foram realizadas oficinas educativas mensais e em grupo, em que os participantes foram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades. O estudo teve como foco principal o desenvolvimento de estratégias de educação em nutrição e saúde, sendo estas planejadas e desenvolvidas por meio de dinâmicas elaboradas pelos pesquisadores.

Os encontros tinham duração média de uma hora e ocorreram no próprio CEJAR. Todas as oficinas foram planejadas de forma a utilizar metodologias ativas, com dinâmicas interativas, demonstrações práticas com auxílio de recursos audiovisuais e materiais, com participação ativa dos indivíduos. A definição dos conteúdos baseou-se na demanda do público alvo e as referências para elaboração das dinâmicas foram consultadas nos canais de comunicação do Ministério da Saúde.

As oficinas educativas constaram dos seguintes temas e estratégias:

Encontros	Tema	Estratégias realizadas
Oficina 1	O que é saúde para você?	Foi utilizado o recurso de PowerPoint, em que foram projetadas perguntas para os participantes, com o objetivo de nortear a discussão. As perguntas foram “O que é saúde para você?”, “O que é necessário fazer para se ter saúde?”, “Qual a importância das atividades em grupo para a saúde?”, e a partir das respostas, os participantes deveriam se dividir em pequenos grupos e criar entre eles um único conceito de saúde que representasse o conhecimento do grupo. No final, discutiu-se sobre o conceito de determinantes sociais da saúde adotado pela Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008).
Oficina 2	Óleos e gorduras	Foi apresentada uma introdução sobre óleos e gorduras, e, no decorrer da oficina, foram discutidas as dúvidas, como: a diferença entre os tipos de óleos e gorduras e os benefícios e malefícios do consumo. Depois, os participantes foram convidados a demonstrar a quantidade de óleo de cozinha que utilizavam para a preparação de uma xícara de arroz em suas residências, com o auxílio de: uma panela, óleo de soja e colheres de diversas medidas para realizar a demonstração. Após a participação na dinâmica, apresentou-se a quantidade recomendada pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (2013) de óleo, seguida de orientações para o preparo no dia a dia.
Oficina 3	Rotulagem	Foi apresentado como deve ser feita a leitura de um rótulo em uma embalagem. Foram discutidas as diferenças entre alimentos in natura, processados e ultraprocessados e a importância de observar a qualidade e a quantidade dos ingredientes presentes nos produtos. Além disso, foram discutidas as diferenças entre os produtos light e diet. Por último, foram dadas orientações sobre os produtos integrais. Ao final, foram distribuídos rótulos aleatórios a cada um dos participantes para que eles observassem e refletissem sobre o que foi discutido durante o encontro.
Oficina 4	Temperos	Nesta oficina, tratou-se sobre a importância de reduzir o consumo de sal no dia a dia e de evitar temperos industrializados, devido ao alto teor de sódio nesses produtos. Depois, falou-se sobre os tipos de temperos naturais e seus benefícios. Realizou-se uma dinâmica, em que foram colocados vários temperos naturais em recipientes fechados com alguns furos na tampa e cada participante deveria sentir o cheiro e descobrir qual o nome do tempero que estava dentro do recipiente. Ao final, foi entregue a receita do Sal de Ervas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) para que os participantes utilizassem nas preparações em casa.
Oficina 5	Diabetes	Neste encontro, realizou-se uma dinâmica de “verdadeiro ou falso”, que continham perguntas sobre sintomas do diabetes e alimentação saudável. Assim, as perguntas foram feitas aos participantes e eles indicavam a placa que condizia com a sua resposta (V ou F). Durante a dinâmica, cada afirmação foi explicada e discutida, o que sanou as dúvidas dos participantes.

Fonte: Elaboração própria.

Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas individualizadas utilizando questionário semi-estruturado, elaborado pela equipe de pesquisadores testado previamente. Foram avaliados dados sobre o perfil sociodemográfico, hábitos de vida, percepção sobre a alimentação e saúde e conhecimento sobre HA e DM, e estes foram coletados antes da intervenção. As perguntas sobre as mudanças na alimentação, no estilo de vida e o papel dos grupos educativos foram coletadas após a intervenção. Os participantes que manifestaram fazer o uso de bebidas alcoólicas e de cigarros foram considerados no estudo como tabagistas e etilistas.

Para a avaliação da frequência de atividade física, foi utilizada a versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física proposta pela Organização Mundial da Saúde, traduzido para o português e validada no Brasil (MATSUDO *et al.*, 2001).

Para a criação da nuvem de palavras (Figura 2) foi utilizada mensagens deixadas pelos participantes sobre o grupo e sobre a sua participação nas oficinas educativas.

Para a análise quantitativa dos dados, foi usado o *software* SPSS for Windows (Version 20.0; SPSS Inc, Chicago). Os dados foram apresentados por meio de tabelas de frequências absoluta e relativa.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), sob número de parecer 3.273.406. Conforme a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se a confidencialidade das informações e o anonimato dos mesmos.

RESULTADOS

Na Tabela 1, observa-se as características sociodemográficas, econômicas e os hábitos de vida dos participantes do estudo, as quais foram avaliadas antes das intervenções. Verificou-se maior participação de indivíduos do sexo masculino (60%), com faixa etária entre 60 e 70 anos (60%), com ensino fundamental incompleto (70%) e pardos (60%). Quanto ao estado civil, 70% dos participantes do estudo tinham companheiro(a). Em relação à ocupação, observou-se que 50% eram aposentados/pensionistas; quanto à renda, 80% recebia entre 1 a 3 salários mínimos. Quanto à prática de atividade física, verificou-se que 80% eram considerados ativos. Em relação ao tabagismo, 70% dos indivíduos declararam ser ex-fumantes e 30% nunca fumaram. Quanto ao consumo de bebida alcoólica, 50% dos indivíduos nunca beberam.

Tabela 1. Dados sociodemográficos, econômicos e hábitos de vida dos participantes do estudo. Uberlândia, 2019.

(continua)			
	Variáveis	n (10)	%
Sexo	Masculino	6	60
	Feminino	4	40
Faixa etária (em anos)	60 – 70	6	60
	71 - 80	3	30
	81 – 90	1	10
Escolaridade	Fundamental incompleto	7	70
	Fundamental completo	2	20
	Ensino médio incompleto	1	10
Raça	Branca	3	30
	Preta	1	10
	Parda	6	60
Estado Civil	Sem companheiro	3	30
	Com companheiro	7	70
Ocupação	Trabalho formal com vínculo	1	10
	Trabalho informal	1	10
	Do lar	3	30
	Aposentado/pensionista	5	50
Renda (salário mínimo)	1 - 3 salários mínimos	8	80
	3 - 5 salários mínimos	2	20

Tabela 1. Dados sociodemográficos, econômicos e hábitos de vida dos participantes do estudo. Uberlândia, 2019.

		(conclusão)	
Prática de atividade física	Ativo	8	80
	Não ativo	2	20
Tabagismo	Nunca fumou	3	30
	Ex-fumante	7	70
Tempo que parou de fumar (em anos) (n=7)	Menos de 10 anos	1	14,3
	Mais de 10 anos	6	85,7
Consumo de bebida alcoólica	Não bebe nunca	5	50
	Menos de 1 vez no mês	3	30
	1 vez ou mais por mês	2	20

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à percepção da alimentação e da saúde, 80% dos participantes classificaram sua alimentação e sua saúde como sendo “boa” (Figura 1). Também, foi perguntado como cada participante classificaria sua saúde atual comparada há um ano e 40% dos participantes responderam que a saúde estava “um pouco melhor”. Ao término da intervenção, foi feita a mesma pergunta aos participantes, porém comparando a saúde em relação há seis meses, tempo correspondente ao grupo; as respostas foram: 50% responderam que a saúde estava “muito melhor” e 40% disseram estar “quase a mesma”, como descrito na Tabela 2.

Figura 1. Percepção da alimentação e da saúde dos participantes do estudo. Uberlândia, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

Tabela 2. Caracterização da percepção de saúde dos participantes do estudo. Uberlândia, 2019.

	Variáveis	n (10)	%
Comparada há 1 ano atrás, como você classificaria sua saúde agora? (antes da intervenção)	Muito melhor	1	10
	Um pouco melhor	4	40
	Quase a mesma	2	20
	Um pouco pior	3	30
	Muito pior	0	0
Comparada há 6 meses atrás, como você classificaria sua saúde agora? (após a intervenção)	Muito melhor	5	50
	Um pouco melhor	0	0
	Quase a mesma	4	40
	Um pouco pior	1	10
	Muito pior	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Com relação às doenças existentes, 60% apresentavam DM e HA, 30% somente DM e 10% somente HA. Ao avaliar o conhecimento dos indivíduos (Tabela 3) sobre o que é HA para os sete participantes que apresentavam esta doença, 42,8% relacionou a comorbidades associadas, dentre elas foram citadas a presença de *gordura no sangue* e *doenças do coração* (fala dos participantes). Em relação a como descobriram a doença, 42,8% disseram que foi ao aferir a pressão por outros motivos. Quanto aos fatores para prevenir a HA, 42,8% dos participantes relacionaram à alimentação e 28,6% relacionaram à prática de atividade física. Já em relação aos participantes que apresentavam DM, 33,4% associaram à definição de diabetes com a presença de *açúcar no corpo* (fala dos participantes); 56% dos participantes descobriram que tinham DM enquanto realizavam exames de rotina, e com relação a forma de prevenir ou evitar a DM, 66,7% relacionaram à alimentação saudável. As demais informações podem ser visualizadas na Tabela 3.

Tabela 3 – Conhecimento dos participantes sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus. Uberlândia, 2019.

Variáveis		n (10)	%
Doenças presentes	HA	1	10
	DM	3	30
	HA e DM	6	60
Variáveis – HÁ		n (7)	%
Você sabe o que é HA?	Não soube explicar	2	28,6
	Relaciona a comorbidades associadas	3	42,8
	Relaciona a alimentação	1	14,3
	Relaciona a sinais e sintomas	1	14,3
Há quanto tempo descobriu que tem HA?	Menos de 10 anos	1	14,3
	Mais de 10 anos	6	85,7
Como descobriu que tem HA?	Apresentou sinais e sintomas e procurou o serviço de saúde	2	28,6
	Descobriu ao aferir a pressão por outros motivos	3	42,8
	Realização de exames de rotina	2	28,6
Para você, como prevenir ou evitar o aparecimento da HA?	Alimentação saudável	3	42,8
	Prática de atividade física	2	28,6
	Relaciona ao emocional	1	14,3
	Não soube responder	1	14,3
Variáveis – DM		n (9)	%
Você sabe o que é DM?	Relaciona a presença de açúcar no corpo	3	33,4
	Doença relacionada ao sangue	2	22,2
	Relaciona à alimentação inadequada	1	11,1
	Relaciona a sinais e sintomas da doença	1	11,1
	Relaciona ao índice glicêmico	1	11,1
	Não soube responder	1	11,1
Há quanto tempo descobriu que tem DM?	Menos de 10 anos	3	33
	Mais de 10 anos	6	67
Como descobriu que tem DM?	Apresentou sinais e sintomas e procurou o serviço de saúde	4	44
	Realização de exames de rotina	5	56
Para você, como prevenir ou evitar o aparecimento de DM?	Alimentação saudável	6	66,7
	Prática de atividade física	2	22,2
	Assistência médica	1	11,1

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 4 apresenta o papel dos grupos educativos, especialmente nas modificações ocorridas no estilo de vida após a intervenção. Foi possível verificar que 50% dos participantes relataram mudanças na alimentação, como redução do consumo de temperos industrializados, óleo, frituras e sal. Quanto às vantagens na saúde devido às modificações na alimentação, 40% dos participantes não relataram, enquanto 20% apresentaram melhora do sono e 10% apresentaram diminuição da ansiedade, melhora da qualidade de vida, perda de peso e controle do DM. Sobre dificuldades para realizar as modificações alimentares orientadas, 90% dos participantes relataram não terem tido dificuldades. Quando questionados sobre os fatores que facilitaram as mudanças ocorridas, 30% responderam sobre as orientações dadas quanto à alimentação saudável, que ampliaram o conhecimento e 20% citaram a relação de integração estabelecida no grupo e a motivação para mudar, ampliada pelo grupo. Em relação à prática de atividades físicas, 40% dos participantes passaram a fazer algum tipo de atividade física, como caminhada ou pilates.

Dos participantes, 80% revelaram não terem participado de grupos anteriormente, e quando questionados sobre o que motivou a participar dos grupos, 60% responderam que foi devido à possibilidade de aprendizado, 30% devido à relação entre pessoas, como troca de informações, compartilhamento de dúvidas e, integrar com pessoas que apresentavam condições semelhantes de saúde. Cada participante pôde expor sobre as percepções das dinâmicas realizadas nos grupos e 80% expressaram como “muito boas” ou “boas”. Ao final, os constituintes do grupo puderam avaliar (em pontuação) as dinâmicas que foram trabalhadas durante as oficinas educativas, os quais 50% deram nota “dez”, o que corresponde à nota total. Por fim, cada participante deixou uma mensagem sobre o grupo e sobre a sua participação nas oficinas educativas, e as palavras mais destacadas em suas falas foram: *bom* e *conhecimento*, além de *saudades*, *amizades*, *feliz*, *paciência* e *grupo* (Figura 2).

Tabela 4 – Caracterização das modificações, motivações e opiniões após a realização das cinco oficinas educativas. Uberlândia, 2019.

			(continua)	
Variáveis			n (10)	%
Nos últimos 5 meses, após as orientações e intervenções realizadas por nossa equipe, houve alguma mudança em sua alimentação e de sua família?	Redução do consumo de temperos industrializados, óleo, frituras e sal		5	50
	Não relataram		5	50

Tabela 4 – Caracterização das modificações, motivações e opiniões após a realização das cinco oficinas educativas. Uberlândia, 2019.

(conclusão)

Você percebeu alguma vantagem na sua saúde devido às modificações na sua alimentação?	Diminuição da ansiedade	1	10
	Melhora do sono	2	20
	Melhora da qualidade de vida	1	10
	Perda de peso	1	10
	Controle de DM	1	10
	Não relataram	4	40
Você teve alguma dificuldade para realizar as modificações alimentares orientadas?	Não teve dificuldades	9	90
	Teve dificuldade para diminuir a quantidade de óleo	1	10
Que fatores facilitaram as mudanças ocorridas?	A relação que teve com o grupo (conversas com integrantes do grupo)	2	20
	A preocupação com a saúde	1	10
	As orientações quanto à alimentação saudável, que ampliaram o conhecimento	3	30
	A motivação para mudar, ampliada pelo grupo	2	20
	Não relataram	2	20
Em relação à realização de atividades físicas houve alguma mudança?	Passou a fazer algum tipo de atividade física (caminhada ou pilates)	4	40
	Teve mais motivação	1	10
	Não houve mudança	5	50
Você já tinha participado de grupos educativos antes?	Sim	2	20
	Não	8	80
O que te motivou a participar dos grupos?	Possibilidade de aprendizado	6	60
	Relação/integração entre pessoas	3	30
	Curiosidade	1	10
O que você achou das dinâmicas realizadas nos grupos?	Contribuiu para o aprendizado	2	20
	Muito boas ou boas	8	80
Qual nota você daria para as atividades realizadas?	10	5	50
	9	1	10
	8	4	40

Fonte: Elaboração própria.

Figura 2. Comentários deixados sobre a participação nas atividades em grupo. Uberlândia, 2019.



Fonte: Elaboração própria.

DISCUSSÃO

O presente estudo identificou que os participantes tiveram dificuldade na definição de HA e DM, além de apresentar pouco conhecimento sobre as doenças. No entanto, as intervenções educativas realizadas com o uso de metodologias ativas se mostraram promissoras para ampliação do conhecimento, podendo refletir em resultados positivos quanto ao bem estar, alimentação e melhora da saúde.

No momento inicial do estudo, verificou-se a dificuldade dos participantes em definir HA e DM, sendo que o conhecimento estava relacionado com sintomatologias das doenças, o que foi semelhante aos estudos de COTTA *et al.*, (2008) e DELL'AQUA *et al.*, (1997), em que também foi observada a dificuldade dos indivíduos quanto a conceituação de DM e HA, nos quais os participantes associaram a fatores de risco, sintomas e complicações.

O perfil sociodemográfico e econômico dos indivíduos do presente estudo foi semelhante ao encontrado em outros estudos, que mostraram que a maioria dos participantes das intervenções educativas na APS é idosos, de baixa escolaridade e de baixa renda (OLIVEIRA *et al.*, 2013 e RIBEIRO, *et al.*, 2011). Também, são esses fatores que levam a uma limitação ao acesso das informações, dificuldade de leitura, escrita e fala, assim como compreensão da fisiopatologia da doença (DOAK, DOAK, ROOT, 1996 e GAMBIA *et al.*, 2004), além da dificuldade de entendimento nas orientações dadas pelos profissionais de saúde, o que pode justificar os achados do presente estudo, especialmente em relação ao limitado conhecimento sobre as doenças e seus fatores de riscos.

Estudos mostram a importância e a necessidade em direcionar e preparar as equipes multidisciplinares que atuam nas unidades, para que elas possam levar conhecimento aos pacientes, o que proporciona uma melhor adesão ao auto-cuidado (OLIVEIRA, ZANETTI, 2011). Além disso, é fundamental a construção de estratégias específicas de intervenção e de ensino-aprendizagem, direcionadas ao perfil do paciente para sua melhor compreensão dentro das unidades básicas de saúde.

Embora os participantes do estudo tivessem dificuldade em definir as doenças, eles demonstraram reconhecer alguns fatores de risco, como alimentação inadequada, falta de exercício físico, hábitos inadequados em geral e relações com a saúde mental, ao contrário do que foi achado em outros estudos (CARVALHO, TELAROLLI JUNIOR, MACHADO, 1998; COTTA *et al.*, 2008; PÉRES, MAGNA, VIANA, 2003), em que as respostas mais descritas

para tratamento foram a consulta médica e o uso de fármacos. Além disso, após as intervenções educativas, foi possível perceber um progresso relatado pelos participantes, quanto a melhora da saúde e das práticas alimentares.

Este estudo demonstrou que as atividades educativas em grupo realizadas em um período de cinco meses alcançaram resultados positivos, que puderam ser observados quando a percepção de saúde melhorou em relação ao período anterior à intervenção e pela redução do consumo de temperos industrializados, óleo, frituras e sal, além do aumento das práticas de atividade física. Isto corrobora com o estudo de OTERO, ZANETTI, OGRIZIO (2008), que também obteve bons resultados em pacientes com DM que realizaram intervenção educativa durante o período de doze meses. Outros estudos também encontraram melhora na adesão ao tratamento em pacientes com HA após participarem de intervenções educativas (MENG-PING *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2011). O dinamismo de atividades educativas associado a um suporte social adequado mostra que, quando essas atividades são executadas de forma constante, contribuem positivamente para a adesão e promoção da participação dos indivíduos ao tratamento (ARAUJO, GARCIA, 2006).

Um estudo de revisão (GRILLO *et al.*, 2013) verificou que, quanto maior o tempo das intervenções educativas, mais efetivas elas são. Portanto, torna-se importante que as atividades educativas sejam contínuas e longitudinais para que os participantes possam de fato incorporar hábitos de vida saudáveis. Destaca-se ainda a importância da utilização das metodologias ativas, que são importantes ferramentas no processo educativo, estimulando o pensamento crítico e reflexivo através da participação ativa dos indivíduos, o que favorece a sua autonomia por meio do ouvir, falar, perguntar, discutir, fazer e ensinar (BARBOSA, MOURA, 2013; BORGES, ALENCAR, 2014; MOREIRA, RIBEIRO, 2016).

Outro aspecto importante se refere à utilização de pequenos grupos, que possibilita a maior adesão dos participantes. O grupo menor permite uma melhor identificação entre os membros e união entre eles, suporte social e manifestações de expressões; além disso, o ambiente de aprendizagem se torna mais acolhedor e confortável, como pode ser percebido nos relatos da Figura 2, onde os participantes mencionaram: conhecimento, amizades, feliz, comunicação, prazer, saudades, entre outras palavras de afeto. Em concessão, aos estudos de AFONSO (2010) e VINCHA, SANTOS, CERVATO-MANCUSO (2017) apresentam argumentos como o uso da criatividade e o privilégio do conhecimento que levam a reflexões que são bem aprimoradas em grupos compostos de cinco a doze participantes, ações estas que

não seriam vistas em um número maior de componentes, sendo este um dos aspectos mais importantes do presente estudo.

Neste contexto, o sucesso das estratégias de educação em saúde depende também do indivíduo, que é capaz de permitir as mudanças nos seus hábitos e estilo de vida, com atitude e iniciativa para agir frente às intercorrências que surgem ao longo da adesão ao tratamento (GRILLO *et al.*, 2013). O educador, juntamente com o grupo, possibilita um cenário de segurança e apoio para melhorar as tomadas de decisões.

Por fim, o estudo teve como limitações o possível viés de memória, que pode ter afetado a acurácia das respostas dos questionários, já que o grupo foi composto por idosos. Os hábitos enraizados podem ter dificultado a adesão às orientações realizadas. Apesar disso, todas as dinâmicas foram preparadas com metodologias ativas, colocando o participante como centro das ações e das tomadas de decisões em relação ao estilo de vida. Apesar das limitações mencionadas, este estudo apresenta contribuições para a APS, pois demonstra a necessidade e o importante papel das estratégias em educação para portadores de DM e HA.

CONCLUSÃO

As estratégias educativas desenvolvidas no CEJAR podem ser instrumentos importantes para a modificação no estilo de vida, no consumo alimentar e na saúde de idosos portadores de DM e HA.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Como construir uma proposta de oficina. **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2º ed. p. 133-230, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-1104201700030094900002&lng=en. Acesso em: 16 mar. 2020.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde. **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**, São Paulo: Casa do Psicólogo, 2º ed. p. 59-83, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S0103-1104201700030094900002&lng=en. Acesso em: 16 mar. 2020.

ARAÚJO, G. B. S.; GARCIA, T. R. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: uma análise conceitual. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Paraíba, vol. 8, n. 2. p. 259-72, 2006. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v8i2.7041>. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7041>. Acesso em: 09 jun. 2020.

BARBOSA, E. F.; MOURA, D. G. Metodologias ativas de aprendizagem na Educação Profissional e Tecnológica. **Boletim Técnico do SENAC**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p.48-67, 2013. DOI: <https://doi.org/10.26849/bts.v39i2.349>. Disponível em: <https://www.bts.senac.br/bts/article/view/349>. Acesso em: 25 set. 2020.

BORGES, T. S.; ALENCAR, G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do ensino superior. **Cairu em Revista**, [s. l.] ano. 3, n. 4, p.119-143, 2014. Disponível em: <https://www.ea2.unicamp.br/mdocs-posts/metodologias-ativas-na-promocao-da-formacao-critica-do-estudante-o-uso-das-metodologias-ativas-como-recurso-didatico-na-formacao-critica-do-estudante-do-ensino-superior/>. Acesso em: 25 set. 2020.

BOTELHO, F. C. *et al.* Estratégias pedagógicas em grupos com o tema alimentação e nutrição: os bastidores do processo de escolha. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1889-1898, jun. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08862016>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601889&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial**: reduzir consumo de sal auxilia na prevenção da doença. **Blog da Saúde**, 2016. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/50910-hipertensao-arterial-reduzir-consumo-de-sal-auxilia-na-prevencao-da-doenca>. Acesso em: 16 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 35, 162 p., Brasília, 2014. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: diabetes mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 36, 162 p., Brasília, 2013a. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404119/>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 37, 128 p., Brasília, 2013b. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/404120/>. Acesso em: 24 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 16, 58 p. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

CARVALHO, F.; TELAROLLI JUNIOR, R.; MACHADO, J. C. S. Uma investigação antropológica na terceira idade: concepções sobre a hipertensão arterial. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 617-621, jul. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1998000300019>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000300019&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2020.

Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **EDITORA FIOCRUZ**, Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em 17 nov. 2020.

COTTA, R. M. M. *et al.* Reflexões sobre o conhecimento dos usuários no contexto do Programa de Saúde da Família: a lacuna entre o saber técnico e o popular. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 745-766, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000400008>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312008000400008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2020.

DELL'ACQUA, M. C. Q. *et al.* Comunicação da equipe multiprofissional e indivíduos portadores de hipertensão arterial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 3, jul. 1997. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11691997000300007>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691997000300007&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2020.

DOAK, C.; DOAK, J.; ROOT, C. Teaching patients with low literacy skills. **Health Literacy Studies, Harvard**, Philadelphia: Mosby, 2nd ed. p. 1-9, 1996. Disponível em:

<https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>. Acesso em: 09 jun. 2020.

EINLOFT, A. B. do N. *et al.* Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n.4, p. 529-541, ago. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1678-98652016000400008>. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732016000400529&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 13 abr. 2020.

GAMBA, M. A. *et al.* Amputações de extremidades inferiores por diabetes mellitus: estudo caso controle. **Revista de Saúde Pública**, USP, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 399-404, 2004.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102004000300010>. Disponível em:

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000300010. Acesso em: 12 jun. 2020.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE (GBD). Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. **Lancet**, [s. l.], v. 388, p. 1659-1724, out. 2016. DOI:

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31679-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8). Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31679-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31679-8/fulltext). Acesso em: 13 abr. 2020.

GRILLO, M. de F. F. *et al.* Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 59, ed. 4, p. 400-405, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>. Disponível em:

[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000400021&script=sci_abstract&tlng=pt)

[42302013000400021&script=sci_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302013000400021&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 10 jun. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Global Fact Sheet**, 9th edition, 2019.

Disponível em:

https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/2019/2019_global_factsheet.pdf. Acesso em: 13 abr. 2020.

MACHADO, J. C. *et al.* Análise de três estratégias de educação em saúde para portadores de hipertensão arterial. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 611-620, fev. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20112014>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2016.v21n2/611-620/es/#>. Acesso em: 16 mar. 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos, Pesquisa Nacional de Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 21, supl. 1, e180021, 2018 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720180021.supl.1>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200419. Acesso em: 13 abr. 2020.

MATSUDO, S. M. *et al.* Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira Atividade Física e Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 10, p. 5-18, 2001. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/931/1222>. Acesso em: 08 jun. 2020.

MENG-PING, W. *et al.* Effectiveness of a community-based health promotion program targeting people with hypertension and high cholesterol. **Nurs Health Sci**, Taiwan, v. 14, n. 2, p. 173-181, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2011.00675.x>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1442-2018.2011.00675.x>. Acesso em: 12 jun. 2020.

MOREIRA, J. R.; RIBEIRO, J. B. P. Prática pedagógica baseada em metodologia ativa: aprendizagem sob a perspectiva do letramento informacional para o ensino na educação profissional. **Outras Palavras**, [s. l.], v. 12, n. 2, 2016. Disponível em: <http://revista.faculdadeprojecao.edu.br/index.php/Projecao5/article/view/722>. Acesso em: 25 set. 2020.

MURIMI, M.W. *et al.* Factors influencing efficacy of nutrition education interventions: a systematic review. **Journal of Nutrition Education and Behavior**, [s. l.], vol. 49, 2º ed. p.142 -165, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.09.003>. Disponível em: [https://www.jneb.org/article/S1499-4046\(16\)30785-0/fulltext](https://www.jneb.org/article/S1499-4046(16)30785-0/fulltext). Acesso em: 27 jul. 2020.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 862-868, ago. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000400010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 15 jun. 2020.

OLIVEIRA T. L. *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentosos da hipertensão arterial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 179-184, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000200012>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 15 jun. 2020.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; OGRIZIO M. D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, pág. 231-237, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000200010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200010&lng=en&tlng=en. Acesso em: 15 jun. 2020.

PAVA-CÁRDENAS, A. *et al.* Promoting healthy eating in primary health care from the perspective of health professionals: a qualitative comparative study in the context of South America. **BMC Nutrition**, [s. l.], 2018. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40795-018-0244-9>. Disponível em: <https://bmcnutr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40795-018-0244-9>. Acesso em: 27 jul. 2020.

PÉRES, D. S.; MAGNA, J. M.; VIANA, L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 635-642, out. 2003. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102003000500014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000500014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 jun. 2020.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Non pharmacological treatment of hypertension in primary health care: A comparative clinical trial of two education strategies in health and nutrition. **BMC Public Health**, [s. l.], 2011. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-637>. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-637>. Acesso em: 15 jun. 2020.

RIBEIRO, A. G. *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 25, n. 2, p. 271-282, abr. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732012000200009>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 mar. 2020.

SCHEMBRI, L. *et al.* The effect of nutrition education on nutrition-related health outcomes of Aboriginal and Torres Strait Islander people: a systematic review. **Australian and New Zealand Journal of Public Health**, [s. l.], jun. 2015. DOI: <http://doi.wiley.com/10.1111/1753-6405.12392>. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1753-6405.12392>. Acesso em: 27 jul. 2020.

SILVA, M. V.; VIEIRA, C. M. Oficina da saúde: Grupos de educação nutricional com idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis na Unidade de Saúde Parque Orlanda. **UNIMEP**, Piracicaba, 2006. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/376>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, set. 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf. Acesso em: 16 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **I Diretriz sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular**. Rio de Janeiro, v. 100, n. 1, supl.3, jan. 2013. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2013/Diretriz_Gorduras.pdf. Acesso em 16 mar. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Editora Científica, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2020.

VINCHA, K. R. R; SANTOS, A. D. F; CERVATO-MANCUSO, A. M. Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde em debate, Faculdade de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 114, p. 949-962, jul. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0949.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2020.

WILLIAMS, B. M. D. The year in hypertension. **Journal of the American College of Cardiology**, [s. l.], v. 51, p. 1803-1817, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2008.03.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109708010322?via%3Dihub>. Acesso em: 16 mar. 2020.