



CONSTRUÇÃO DE MAPA VIVO COMO ESTRATÉGIA DE PLANEJAMENTO DAS AÇÕES EM SAÚDE DO IDOSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE – PB

Willyane de Souza Guedes¹
Marina Souza Barbosa de Mattos²
Raíssa Souza Taveira³
Yvinna Tamiris Rodrigues⁴

RESUMO

Para além da delimitação do serviço de saúde e localização de agravos, análise da influência de determinantes sociais e áreas de risco, o mapa vivo inteligente também deve ser capaz de retratar a realidade dos espaços e a dinamicidade dos processos saúde-doença. Neste sentido o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de alunos do curso de fisioterapia, participantes do estágio supervisionado em atenção primária à saúde, nas atividades realizadas no período do mês de maio de 2022 referentes a construção de mapa vivo como instrumento de planejamento para as ações em saúde do idoso em uma ESF. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, decorrente do estágio supervisionado em atenção primária com alunos do curso de fisioterapia da Universidade estadual da Paraíba (UEPB). A vivência ocorreu no território de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Campina Grande- PB. Em parceria com os Agentes de saúde da família (ACS), os grupos fizeram um rastreio dos riscos e vulnerabilidades à saúde de idosos nas microáreas do território. Duas equipes ficaram responsáveis pelo mapeamento de duas microáreas. Como conclusão foi evidenciado, através da experiência do mapeamento, a dinamicidade territorial, a influência dos riscos sociais e ambientais no âmbito da saúde, além da importância da análise dos riscos físicos/funcionais à pessoa idosa. Foi constatada a forte presença de doenças crônicas na população idosa, mais especificamente Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes estes dados visualizados e fornecidos através da construção do mapa vivo podem ser utilizados pela equipe de saúde para planejamento e controle de estratégias e ações em saúde.

Palavras-chave: Mapa vivo, estratégia em saúde, idoso, atenção primária.

¹ Graduando do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, willyane.guedes@aluno.uepb.edu.br;

² Graduando do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, marina.mattos@aluno.uepb.edu.br;

³ Doutoranda em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, raissa.taveira@gmail.com;

⁴ Doutoranda do Curso de Pós graduação em Fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, yvinna.t@gmail.com;



INTRODUÇÃO

De acordo com o Ministério de Saúde, através da implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS instituída pela Portaria MS/GM número 687, de 30 de março de 2006, constatam-se diversas mudanças nos modos de organização, planejamento, realização, análise e avaliação dos trabalhos no campo de saúde tendo como base a construção de ações que visam a prevenção e promoção de saúde com objetivo centrado na qualidade de vida da população brasileira. Nesse contexto pode-se evidenciar o nível da atenção básica de saúde.

Tendo em vista a necessidade de reorganização da atenção básica de saúde, em 1994 foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF) baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS. As ESF's desenvolvem ações orientativas, porém nota-se uma deficiência de atividades práticas que ampliem a participação e inclusão da população no processo de cuidado à saúde. Através dessas práticas, os sujeitos participam como atores na construção de saberes e ações que visam favorecer as condições de saúde de uma determinada população e, nesse sentido, é de suma importância que as ESFs evidenciem a elaboração e divulgação dos resultados de trabalhos de prevenção e promoção de saúde desenvolvidos no domínio da unidade básica. (BRIXNER et al., 2017).

Para Brixner et al. (2017) a atuação da equipe multiprofissional junto à população possibilita que toda a rede de atenção primária à saúde consiga se reproduzir, se adequar às diferentes realidades ou, até mesmo, melhorar as estratégias de saúde já implementadas.

A territorialização é uma técnica de planejamento e gestão dos serviços que implica na coleta e análise sistemática de dados que informam sobre as condições de vida e saúde de uma determinada população em um território específico. O processo de territorialização possibilita, entender os contextos de uso do espaço geográfico, além de identificar vulnerabilidades e populações expostas a agravos permitindo a seleção de problemas prioritários para a implementação de intervenções da equipe de saúde, assim como a avaliação dos impactos de ações em saúde (MONKEN, 2008).

O conceito de território deve ser compreendido como um espaço vivo e dinâmico, geograficamente delimitado e ocupado por uma população constituída de identidades culturais, sociais e políticas específicas. O município pode ser dividido em diversos territórios para a implantação das áreas de abrangência das equipes de unidades básicas em saúde da família. Cada território possui suas singularidades em relação a seus usuários e equipes, à sua capacidade de estrutura física e recursos financeiros, organização social, conflitos e



contradições inerentes ao local em que se encontra inserido. Dessa forma as estratégias de saúde, para a melhor condução dos seus sistemas, deverão se adequar às diferenças regionais, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

No domínio da atenção primária, o processo de territorialização tem como objetivos a demarcação de limites das áreas de trabalho dos serviços, o reconhecimento do ambiente, da população e da dinâmica social envolvida (como, por exemplo, a identificação de agravos e facilitadores sócio-ambientais) além da criação de vínculo e responsabilidade entre os serviços de saúde e seus usuários (PESSOA et al., 2011). Nesse sentido pode-se enfatizar o processo de construção de um mapa vivo que, sob a ótica dos citados objetivos do processo de territorialização, busca fornecer dados concretos que auxiliem nas ações de promoção e prevenção em saúde de uma população específica.

Segundo Budal et al. (2018) a construção de um modelo de mapa vivo inteligente durante as atividades da unidade de saúde permite maior e melhor operacionalização do trabalho, visto que presenciar e participar do cotidiano dos agentes comunitários de saúde e equipes no decorrer da aplicação dos mapas permitem o reconhecimento de lacunas sociais vigentes, a resolução das necessidades populacionais encontradas e a identificação do potencial de aplicabilidade do instrumento de territorialização em saúde. A visualização da realidade dos usuários em seu território faz com que os profissionais compreendam fragilidades e potencialidades do território, compreendendo a real situação de saúde, obtendo dados úteis no planejamento e implementação de ações de estratégia em saúde. o desafio que se segue é de que as equipes, a partir de um processo educativo, além de se reunirem para discutir sobre as informações retratadas no mapa, sejam capazes de analisar o território buscando uma melhor compreensão sobre o espaço de vida, sobre os determinantes e os condicionantes ambientais e sociais de saúde assim como a influência destes na incidência e desdobramentos dos agravos de saúde da população.

A ESF constitui-se em espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, pois sua proximidade com a comunidade e a atenção domiciliária possibilita atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar. A efetiva inserção do idoso em Unidades de Saúde, sobretudo aquelas sob a ESF, pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde. Sabe-se que o processo saúde-doença ocorre diferentemente entre os sujeitos, dependendo da capacidade de recuperação do corpo; da forma com que a pessoa vivencia a doença, da esperança de restabelecimento e da idade, dentre outros fatores. Estas importantes questões reforçam a necessidade de atenção ao idoso estar pautada nas peculiaridades desta etapa da vida (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).



É importante salientar que o mapa inteligente se trata de uma nova tecnologia em construção e aperfeiçoamento na prática de saúde e existem diversos pontos a serem melhorados em sua construção prática. Para além da delimitação do serviço e localização de agravos de saúde, equipamentos sociais e áreas de risco, o mapa inteligente também deve ser capaz de retratar a realidade dos espaços e a dinamicidade dos processos saúde-doença (BUDAL et al., 2022). Neste sentido o presente artigo tem como objetivo descrever a experiência de alunos do curso de fisioterapia, participantes do estágio supervisionado em atenção primária à saúde, nas atividades realizadas no período do mês de maio de 2022 referentes a construção de um mapa vivo como instrumento de planejamento para as ações em saúde do idoso em uma ESF.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, decorrente do estágio supervisionado em atenção primária com alunos do curso de fisioterapia da Universidade estadual da Paraíba (UEPB). O estágio decorreu da integração ensino/ serviço/comunidade, viabilizada pela parceria entre a UEPB e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Campina Grande - PB. A vivência ocorreu no território de uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) no município de Campina Grande- PB.

A UBSF conta com duas equipes de saúde da família (ESF) e o território se divide em 4 micro áreas de saúde. Operacionalmente, o grupo de alunos se dividiu para acompanhar cada ESF. Ficando um grupo responsável pela equipe 1 e outro pela equipe 2. Em parceria com os Agentes Comunitários de Saúde da Família (ACS) com o objetivo de conhecer as áreas de atuação de cada agente, os grupos fizeram um rastreio dos riscos e vulnerabilidades à saúde dos idosos em cada micro área do território. Cada equipe, contendo entre 2 e 3 alunos estagiários, ficou responsável pelo mapeamento de duas microáreas.

Em seguida, teve início o processo de construção do mapa inteligente das áreas abrangidas pela UBSF, para auxiliar na elaboração/planejamento de ações a partir da identificação das necessidades da população idosa atendida.

O processo de estruturação e formatação do mapa vivo se deu virtualmente através do software de edição de imagem e texto Powerpoint® juntamente com o auxílio do software de Sistema de Posicionamento Global (GPS ou Global Positioning System) Google Maps®. A confecção do mapa vivo se deu no período do mês de Maio do ano de 2022 e se estabeleceu em quatro etapas:

A) Caminhada pelo território:

Rastreio da pessoa idosa e das principais comorbidades evidenciadas em território compreendido pela UBSF. Foi realizada uma visita técnica pessoal em toda extensão das microáreas de cada equipe, concretizada juntamente com a presença do ACS responsável. Os dados das comorbidades analisados e referidos pelos ACS foram simultaneamente anotados manualmente e posteriormente transferidos e armazenados em planilha digital.

B) Estruturação e desenho virtual do mapa:

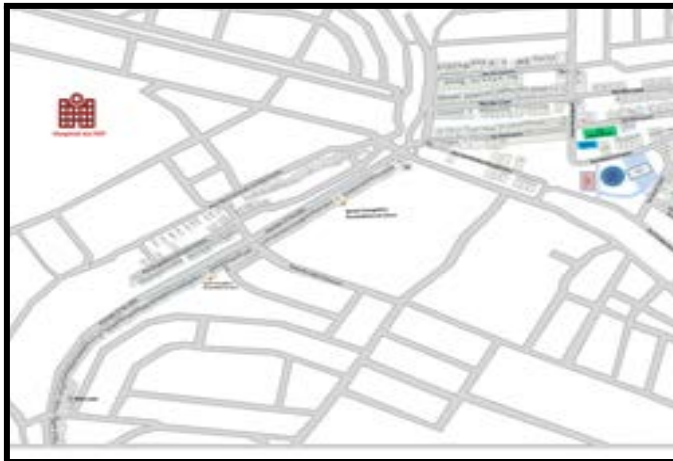
Para a etapa de desenho e estruturação do mapa, buscou-se a visualização e delimitação do território da unidade de saúde com as respectivas microáreas no Google Maps®. A próxima etapa foi capturar uma foto digital das microáreas (print-screen) que foi inserida no Powerpoint® (Figura 1). Sobre a foto foram desenhados, digitalmente, as ruas e os terrenos da microárea e, dessa forma, foram escritos os nomes dos logradouros, travessas e avenidas. Também foram desenhadas e enumeradas, de forma fidedigna, estruturas retangulares referentes ao posicionamento real das casas e construções em cada território das microáreas. No desenho do mapa foi descrito e especificado a presença de hospitais, igrejas, escolas e “feiras comerciais” (Figura 2).

Figura 1 - Captação e delimitação das microáreas através de print-screen em ferramenta do Google Maps®



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

Figura 2 - Imagem da construção do mapa em software de edição de imagem e texto



Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

C) Criação das legendas do mapa:

Foram elaborados dois quadros de legendas: O primeiro quadro é o quadro de riscos, nele constam legendas referentes aos riscos sociais (Exemplos: Violência, limitações financeiras) , riscos ambientais (Exemplo: Falta de saneamento básico, acúmulo de lixo) e riscos físicos ou funcionais principalmente associados à pessoa idosa (Exemplos: ladeiras acentuadas , falta de pavimentação). O segundo quadro, com 11 legendas, é relativo aos agravos/ comorbidades apresentados pelos usuários da UBSF especificados pelo sistema de dados correspondentes às ações de estratégia em saúde dos ACS. Nesse contexto foram criadas, no total, 14 legendas que serão representadas no Banner por alfinetes com uma cor específica. Os alfinetes serão distribuídos pelo mapa permitindo a observação e manuseio por toda equipe de saúde. A figura 3 abaixo mostra os quadros e as legendas utilizadas.

Figura 3 - Quadros e legendas do mapa

<p>RISCO AMBIENTAL (LIDEIRO ABERTO);</p> <p>RISCO FÍSICO E FUNCIONAL (LADEIRA ACENTUADA/SURCOS SAÍNTES ALCO/PALTA DE PAVIMENTAÇÃO/OUTROS)</p> <p>RISCO SOCIAL</p>	<p>DOENÇAS/PROBLEMAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO USUÁRIO DA UBSF</p> <p>HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)</p> <p>DIABETES MELLITUS (DM)</p> <p>HIPERTENSÃO E DIABETES (H+D+)</p> <p>HANSENÍASE</p> <p>TUBERCULOSE</p> <p>SUADE MENTAL (DEPRESSÃO/ANSIEDADE/OUTRO)</p> <p>AUTISMO</p> <p>ALCOÓLICO/ALCOOLISTA/ETILISTA</p> <p>TABAGISTA</p> <p>RESTRIÇÃO AO LEI/DOMICÍLIO</p> <p>CADEIRANTE/DEFICIENTE FÍSICO</p>
---	--

Fonte: Elaborado pelo autor (2022)

D) Confeção do Banner e apresentação à UBSF:

Após finalizada a confecção virtual do mapa, o próximo passo foi a impressão em Banner. O mapa-vivo finalizado em Banner foi colado a uma estrutura de isopor e nele foram adicionados os alfinetes correspondentes às legendas citadas anteriormente. Os alfinetes relativos ao quadro das principais comorbidades evidenciadas no território foram posicionados dentro dos retângulos numerados correspondentes às residências locais : Dessa forma pode-se fazer uma associação entre residência (localização) e agravo em saúde, de acordo com dados cadastrais autorizados pela UBSF. Posicionados fora dos retângulos ficaram os alfinetes associados às legendas dos riscos sociais, ambientais e dos riscos físicos ou funcionais. Nas figuras abaixo pode-se observar o material finalizado entregue e fixado na unidade de saúde.

Figura 4 - Mapa finalizado em Banner



Fonte: Autoria própria (2022)

Figura 5 - Entrega do mapa à unidade de saúde



Fonte: Autoria própria (2022)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nos Resultados é importante salientar que toda a estrutura do mapa foi elaborada de forma que respeita o conceito de dinamicidade territorial, isto é, o mapa possibilita o manuseio futuro de suas legendas correspondentes às mudanças nos agravos e nos riscos sociais e funcionais aos quais a população poderá ser submetida. Os alfinetes correspondentes aos agravos e riscos poderão ser ajustados de acordo com a dinâmica social analisada pela equipe de saúde mediante a incorporação de ações de estratégias em saúde. A ênfase nesse processo de dinâmica social está de acordo com o que afirma Haesbaert (2006) pois o território possui um conteúdo, o qual sofre mutabilidades ao longo do tempo e é no sentido de



dinamicidade, caracterizado pelos ritmos de circulação e produção, do território, que se deve entendê-lo como relacional, pois o mesmo não apenas incorpora o conjunto de relações sociais, mas também envolve uma relação complexa entre processos sociais (dentre estes devemos destacar os diversos processos de saúde-doença) e espaço material.

No que equivale às comorbidades evidenciadas na população idosa do território, que puderam ser observadas através dos dados obtidos com a construção do mapa vivo, destacam-se doenças crônicas como Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Segundo Miranda et al. (2002) A HAS em idosos está associada a um importante aumento de eventos patológicos cardiovasculares com consequente diminuição da sobrevida e piora na qualidade de vida do idoso. No Brasil, as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) participa de quase metade delas. As alterações fisiológicas no sistema cardiovascular, próprias do envelhecimento, tornam o indivíduo propenso ao desenvolvimento de HAS, sendo esta a principal doença crônica manifesta na população idosa. A HAS é o mais importante fator de risco cardiovascular modificável, estando associada a condições bastante frequentes em idosos, como doença arterial coronária (DAC), doença cerebrovascular (DCV), insuficiência cardíaca (IC), doença renal terminal, doença vascular periférica, hipertrofia ventricular esquerda (HVE) e disfunção diastólica.

Através de revisão da literatura, Mendes e Barata (2008) objetivaram analisar as alterações no sistema cardiovascular inerentes ao envelhecimento, que provocam o aumento dos níveis de pressão arterial com o avançar da idade e que podem dar origem à hipertensão arterial. Como conclusão foi observado que com o processo de envelhecimento observam-se alterações estruturais e funcionais no coração e no sistema vascular e ainda uma desregulação dos barorreceptores. Estas alterações ocorrem mesmo na ausência de doença e provocam o aumento dos níveis de PA. Esta subida dos valores da PA pode dar origem à hipertensão, patologia associada à elevada mortalidade e morbidade da população idosa. A forma mais comum de hipertensão neste segmento populacional é a hipertensão sistólica isolada.

As modificações no perfil demográfico brasileiro são acompanhadas de mudanças no perfil epidemiológico. Atualmente, há predomínio de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), principalmente em faixas etárias mais avançadas, dentre as quais se destaca o diabetes; Isto representa um importante problema de saúde pública com alta morbidade, mortalidade e repercussões econômicas significativas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

O diabetes mellitus (DM) configura-se como uma epidemia mundial. Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 346 milhões de pessoas sejam diabéticas



em 2030. Diferentes fatores de risco para o DM têm sido apontados na literatura, como história familiar da doença, etnia e aumento da idade. Outros fatores estão relacionados com a urbanização e adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade: Estes são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES).

Importante salientar que esforços devem ser feitos para a implementação e o aprimoramento de políticas e práticas para prevenção e controle do diabetes de acordo com a perspectiva da vigilância em saúde. Nesse sentido, as ações devem enfatizar a adesão terapêutica, a promoção de hábitos alimentares saudáveis e o estímulo à prática da atividade física entre idosos (VITOI et al., 2015). O mapa-vivo ou mapa-inteligente se estabelece, no contexto da prevenção e controle tanto da hipertensão arterial como do diabetes (e diversos outros agravos em saúde), como um método que irá embasar estas técnicas de ações em saúde, justificando a importância do mapeamento territorial e populacional para “onde” e “o porque” estas ações serão dirigidas de modo a se concretizar da melhor forma possível.

A atenção primária à saúde é o cenário ideal para o desenvolvimento do autocuidado em diabetes por meio de estratégias de ampliação do conhecimento e de mudança atitudinal (o que podemos chamar de Educação em Saúde). O autocuidado da pessoa implica na execução de ações dirigidas pela e para a própria pessoa com a finalidade de satisfazer as necessidades e contribuir para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Considerando a população idosa e a convivência com o diabetes (como também com a hipertensão arterial) a rotina de autocuidado abrange o uso de medicação e a adoção de hábitos de vida saudáveis (alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo) como importante condição para o controle metabólico e a prevenção das complicações ocasionadas pelas doenças crônicas (BORBA et al., 2019).

Outra questão demonstrada pelo mapa-vivo foi o crescente número de agravos associados à saúde mental. Os transtornos mentais comuns são frequentes nos pacientes que demandam os serviços de saúde, mas ao manifestarem-se por meio de queixas somáticas inespecíficas e apresentam-se subestimados entre os diagnósticos. Com o aumento da expectativa de vida, crescem as prevalências de doenças crônicas, os riscos de limitações físicas, de perdas cognitivas, de declínio sensorial e de propensão a acidentes e a isolamento social. Além dos aspectos físicos, a saúde mental também é comprometida, com consequente deterioração da saúde dos idosos. Os quadros psiquiátricos incluem, destacadamente, a demência, estados depressivos, transtornos ansiosos e mesmo quadros psicóticos, sendo, entretanto, a depressão o mais importante problema de saúde mental. Os sintomas



psiquiátricos não psicóticos, incluídos no conjunto designado por transtorno mental comum, são caracterizados por sintomas como irritabilidade, fadiga, insônia, dificuldade de concentração, esquecimento, ansiedade e queixas somáticas. Os pacientes apresentam problemas agudos de ansiedade e depressão, com sintomas menos graves, associados a eventos estressantes da vida, com predomínio de sintomas somáticos em relação aos sintomas psicológicos (BORIM; BARROS; BOTEGA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mapa vivo possibilita melhor orientação e planejamento de intervenções voltadas à ações de saúde, visto que permite uma visualização de como um risco socioambiental, físico-funcional ou agravo em saúde afeta uma população em território e momento específico. Desse modo o mapa vivo pode ser base de ações de vigilância em saúde, educação em saúde, sendo importante destacar que, através da construção do mapa vivo ou mapa inteligente, podemos realizar uma associação entre a saúde e a funcionalidade do indivíduo com o ambiente e o contexto social (socioambiental e socioeconômico) ao qual ele está inserido, o que é primordial para realização de uma atenção integral em saúde. Dessa forma o mapa vivo acaba sendo um bom instrumento de análise para formulação de políticas e estratégias em saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2010.

BRIXNER, Betina et al. Ações de promoção de saúde nas estratégias de saúde da família. **Cinergis**, Santa Cruz do Sul, v.18, dez. 2017. ISSN 2177-4005. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/11182>>. Acesso em: 14 mai. 2022. doi:<http://dx.doi.org/10.17058/cinergis.v18i0.11182>.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019.

BORIM, Flávia Silva Arbex; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; BOTEGA, Neury José. Transtorno mental comum na população idosa: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1415-1426, 2013.



Monken M. Contexto, território e processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: Barcellos C, organizador. A geografia e o contexto dos problemas de saúde. Rio de Janeiro (RJ): **Abrasco**; 2008. p. 141-63.

Pessoa VM, Teixeira ACA, Rigotto RM, Pinheiro TMM. As novas necessidades de saúde nos territórios dos sertanejos do baixo Vale do Jaguaribe-CE e os desafios à política pública de saúde. In: Rigotto RM, organizadora. **Agrotóxicos, trabalho e saúde**. Fortaleza (CE): Edições UFC; 2011. p. 549-83.

BUDAL, Aline et al. Construção de novo modelo de mapa inteligente como instrumento de territorialização na atenção primária. **Revista Baiana de Saúde Pública**, [s. l.], v. 42, n. 4, 2018. DOI <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2018.v42.n4.a2503>. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2503>. Acesso em: 16 maio 2022.

Oliveira, Juliana Costa Assis de e Tavares, Darlene Mara dos Santos. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]**. 2010, v. 44, n. 3 [Acessado 28 Maio 2022] , pp. 774-781. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>>. Epub 07 Out 2010. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300032>.

World Health Organization (WHO). Diabetes. [Internet]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html> (Acessado em 13 de Agosto de 2022).

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 3 ed. Itapevi; 2009.

VITOI, Nayla Cordeiro et al. Prevalência e fatores associados ao diabetes em idosos no município de Viçosa, Minas Gerais. **REV. BRAS. EPIDEMIOL.** , Minas Gerais, v. 18, n. 4, p. 953-965, 2015.

MIRANDA,, Roberto Dischinger et al. Hipertensão arterial no idoso: peculiaridades na fisiopatologia, no diagnóstico e no tratamento. **Rev. Bras. Hipertens.**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 293-300, 2002.

MENDES, Romeu; BARATA, J. L. Themudo. Envelhecimento e Pressão arterial. *Acta Med. Port.*, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 193-198, 2008. BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 125-136, 2019.