

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA**

ISRAEL ARAÚJO DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ PACHECO DA SILVA DO MUNICÍPIO DE
JAPARATINGA**

MACEIÓ - ALAGOAS

2018

ISRAEL ARAÚJO DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ PACHECO DA SILVA DO MUNICÍPIO DE
JAPARATINGA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora. Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

MACEIÓ - ALAGOAS

2018

ISRAEL ARAÚJO DA SILVA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O
ACOMPANHAMENTO DOS PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO TERRITÓRIO DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ PACHECO DA SILVA DO MUNICÍPIO DE
JAPARATINGA**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora
Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em: __/__/2018

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família que sempre me apoiou em todos os momentos de minha vida.

Aos meus colegas de trabalho.

A professora orientadora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, que tanto me auxiliou na construção deste trabalho e a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Esta fase da minha vida é muito especial e não posso deixar de agradecer a Deus o centro e o fundamento de tudo em minha vida, por renovar a cada momento a minha força e disposição e pelo discernimento concedido ao longo dessa jornada.

A minha família que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, preocupando-se com os problemas que passei durante esse período de construção do TCC. Obrigado por contribuírem com tantos ensinamentos, tanto conhecimento, tantas palavras de força e ajuda.

Quero agradecer também os meus colegas de trabalho e amigos pessoais embora não tivessem conhecimento disto (do TCC) iluminaram de maneira especial os meus pensamentos, a quem eu rogo todas as noites por fazerem parte da minha vida.

À minha orientadora, prof. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújoque acreditou em mim; que ouviu pacientemente as minhas considerações partilhando comigo as suas ideias, conhecimento e experiências e que sempre me motivou. Quero expressar o meu reconhecimento e admiração pela sua competência profissional e minha gratidão pela sua amizade, por ser uma profissional extremamente qualificada e pela forma humana que conduziu minha orientação.

RESUMO

As doenças crônico-degenerativas e as doenças mentais têm crescido no país tanto na incidência como na prevalência, nos últimos anos. No município de Japaratinga merecem destaques as cardiovasculares, endocrinológicas e psiquiátricas como: hipertensão arterial, diabetes, obesidade, transtorno da glândula tireoide, o alcoolismo, depressão, esquizofrenia, fobias, transtorno de déficit de atenção e hiperatividade e transtorno do pânico. Para a seleção do problema a ser trabalhado pela equipe foi feita uma priorização tendo como fundamento a capacidade de enfrentamento que a equipe de saúde tem sobre o mesmo. Este trabalho tem como objetivo propor um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis descompensados cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Pacheco da Silva do município de Japaratinga – Alagoas. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. O Projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. O trabalho foi desenvolvido com a participação efetiva de todos os componentes da equipe de saúde da unidade José Pacheco da Silva. Espera-se, portanto, alcançar melhorias no acompanhamento dos portadores de doenças crônicas com quadro de descompensação.

Descritores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Estratégia Saúde da Família. Fator de risco.

ABSTRACT

Chronic-degenerative diseases and mental illnesses have grown in the country in both incidence and prevalence in recent years. In the municipality of Japaratinga, cardiovascular, endocrinology and psychiatry deserve special mention such as: hypertension, diabetes, obesity, thyroid gland disorder, alcoholism, depression, schizophrenia, phobias, attention deficit hyperactivity disorder and panic disorder. For the selection of the problem to be worked by the team, a prioritization was made based on the coping capacity that the health team has over it. This study aim to propose an intervention project to improve the follow - up of patients with decompensated chronic noncommunicable diseases enrolled in the area covered by the José Pacheco da Silva Basic Health Unit of the municipality of Japaratinga - Alagoas. To support the preparation of the intervention project, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library. The intervention project was elaborated following the steps of the situational strategic planning. The work was developed with the effective participation of all components of the health team of the José Pacheco da Silva unit. It is hoped, therefore, to achieve improvements in the follow-up of patients with chronic diseases with decompensation.

Key words:Chronic non-communicable diseases. Family health Strategy.Risk factor.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1 -Indicadores Demográficos..... | 11 |
| Quadro 2 -População por Gênero e Localização..... | 12 |
| Quadro 3 - População por Idade e Sexo no município de Japaratinga..... | 12 |
| Quadro 4 -Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde José Pacheco da Silva, município de Japaratinga-AL..... | 15 |
| Quadro 5 - Classificação de Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à Equipe de Saúde da FamíliaUBS Japaratinga..... | 26 |
| Quadro 6 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema risco cardiovascular aumentado..... | 27 |
| Quadro 7 -Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema risco cardiovasculares aumentado..... | 28 |
| Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Risco acentuado para o desenvolvimento de DCNT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Pacheco da Silva do município de Japaratinga, estado de Alagoas..... | 29 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1.INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1 Breves informações sobre o município de Japaratinga..... | 10 |
| 1.2 O sistema municipal de saúde..... | 13 |
| 1.3A Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde José Pacheco da Silva, seu território e sua população..... | 14 |
| 1.4Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo)..... | 15 |
| 1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)..... | 15 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 16 |
| 3 OBJETIVOS..... | 17 |
| 4 METODOLOGIA..... | 18 |
| 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 19 |
| 5.1 Estratégia Saúde da Família..... | 19 |
| 5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis..... | 19 |
| 5.2.1 Hipertensão arterial sistêmica..... | 20 |
| 5.2.2 Diabetes mellitus..... | 21 |
| 5.2.3 Doenças cardiovasculares..... | 22 |
| 5.2.4 Doenças psiquiátricas..... | 23 |
| 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO..... | 26 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 30 |
| REFERÊNCIAS..... | 31 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Japaratinga

Japaratinga é um pequeno município localizado no litoral norte do estado de Alagoas, distante 125 quilômetros da capital do estado, Maceió. Tem como limites a Leste o Oceano Atlântico, a Oeste o município de Porto Calvo, ao Sul o município de Porto de Pedras e a Norte o município de Maragogi. Segundo o censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, o número de habitantes de Japaratinga é de 7.754 (IBGE,2016).

Japaratinga tem como origem uma colônia de pescadores conhecida como Japaratinga localizada onde hoje se situa a prefeitura da cidade, era composta principalmente por barracos à beira da praia e uma pequena área a oeste ocupando terras destinadas ao cultivo. A partir do ano de 1800 o desenvolvimento da aldeia tornou-se expressivo com a construção de uma estrada, exclusiva de tráfego animal, a qual interligava a rodovia principal, hoje AL-101, a Porto de Pedras passando por Japaratinga (IBGE,2016).

A região apresentou crescimento significativo com o ciclo do coco, chegando inclusive a sediar um pequeno estaleiro, no ano de 1935, destinado a construção de navios de pequeno porte para o transporte do coco. A autonomia administrativa da cidade foi decorrente de anseios políticos e liderada por José Jorge de Faria Sales, chefe político de Maragogi. A lei 2.264 foi responsável por desmembrar Japaratinga de Maragogi e em 30 de junho de 1960 deu-se a instalação oficial do município (IBGE,2016).

Hoje o município de Japaratinga é famoso como polo turístico pela beleza exótica das praias, mar calmo e de águas mornas, além de suas piscinas naturais. Ocupa uma área total de 85,50 km² representando 0,3079% do Estado de Alagoas, 0,0055% da Região Nordeste e 0,001% de todo o território brasileiro. Localiza-se na Microrregião Litoral Norte Alagoano e Mesorregião Leste Alagoano tendo como altitude da Sede 5 metros acima do nível do mar (IBGE, 2016).

O município abriga 2968 domicílios, sendo que desses: 2020 são domicílios particulares ocupados; 925 são particulares não ocupados (casas de veraneio e alugadas apenas para temporada), 25 são domicílios coletivos. Dessa forma, tem-se uma média de 3,83 habitantes por moradia ocupada. O território abriga 2012 famílias sendo 902 na zona urbana e 1110 na zona rural (IBGE, 2016).

Em relação aos indicadores socioeconômicos o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0,57 situando o município na faixa de Desenvolvimento Humano Baixo (IDHM entre 0,5 e 0,599). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi o da Educação (com crescimento de 0,244), seguida por renda e por Longevidade. Um dado positivo a ser observado é que Japaratinga teve um incremento no seu IDHM de 72,21% nas últimas duas décadas, acima da média de crescimento nacional (47,46%) e acima da média de crescimento estadual (70,54%). De maneira similar, a taxa de urbanização cresceu 36,06% nas suas últimas décadas estando atualmente em 42,66% (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2016) conforme pode ser visto no quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores Demográficos

| Indicadores | 2000 | 2010 | 2012* |
|--|--------|-------|-------|
| Densidade Demográfica (Hab/Km ²) | 71,69 | 80,94 | - |
| Razão de Sexo (%) | 103,02 | 99,85 | 99,95 |
| Taxa de urbanização (%) | 36,56 | 42,66 | - |

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde-DATASUS, IBGE – Censo Demográfico, (IBGE, 2012)

Um ponto crítico no município são os dados acerca das atividades econômicas, uma vez que, por se tratar de uma comunidade basicamente extrativista, o número de trabalhadores com vínculo empregatício formal é muito baixo. A população atua predominantemente na área pesqueira e no setor de hotelaria. Em 2012, conforme dados do Ministério do Trabalho e Emprego, havia 553 pessoas com vínculo empregatício formal, sendo 14 do setor agropecuário, 41 do comércio, 0 da construção civil, 5 da indústria e 493 do setor de serviços (SIDRA, 2012).

Considerando os dados obtidos pelos censos 2000 e 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), nota-se em Japaratinga uma taxa média de crescimento populacional anual de 1,22% conforme tabela abaixo:

Quadro 2-População por Gênero e Localização

| Localização/Gênero | População Residente | | |
|--------------------|---------------------|-------|-------|
| | 2000 | 2010 | 2012* |
| Feminina | 3.383 | 3.880 | 3.945 |
| Masculina | 3.485 | 3.874 | 3.943 |
| Rural | 4.357 | 4.446 | - |
| Urbana | 2.511 | 3.308 | - |
| Total | 6.868 | 7.754 | 7.888 |

Fonte: Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde – DATASUS, IBGE – Censo Demográfico, (IBGE,2012)

Em relação à composição etária da população observa-se a seguinte disposição:

Quadro 3 - População por Idade e Sexo no município de Japaratinga, 2010.

| IDADE | HOMENS | |
|------------------|--------|-----|
| MULHERES | | |
| < 4 anos | 300 | 334 |
| 5 a 9 anos | 456 | 478 |
| 10 a 14 anos | 458 | 416 |
| 15 a 19 anos | 407 | 410 |
| 20 a 24 anos | 367 | 340 |
| 25 a 29 anos | 327 | 332 |
| 30 a 34 anos | 329 | 305 |
| 35 a 39 anos | 228 | 264 |
| 40 a 44 anos | 209 | 195 |
| 45 a 49 anos | 157 | 165 |
| 50 a 54 anos | 137 | 143 |
| 55 a 59 anos | 127 | 123 |
| 60 a 64 anos | 101 | 93 |
| 65 a 69 anos | 81 | 68 |
| 70 a 74 anos | 50 | 43 |
| 75 a 79 anos | 30 | 30 |
| 80 a 84 anos | 19 | 30 |
| 85 a 89 anos | 9 | 14 |
| 90 a 94 anos | 5 | 5 |
| 95 a 99 anos | 3 | 3 |
| Mais de 100 anos | 0 | 1 |

Fonte: IBGE: Censo Demográfico (2010).

Pelos dados do quadro 3 pode-se verificar que o município tem uma população jovem concentrando-se nas faixas de idade inferior 40 anos. Ainda segundo os dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) o município de Japaratinga apresenta densidade demográfica de 90,22 hab/por Km².

Quanto às taxas de escolarização observam-se em 2015, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 3,9 no IDEB. Para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 2,5. Na comparação com cidades do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava esta cidade na posição 67 de 102. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 88 de 102. A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96,6 em 2010. Isso posicionava o município na posição 35 de 102 dentre as cidades do estado e na posição 4099 de 5570 dentre as cidades do Brasil (IBGE, 2015).

1.2 O sistema municipal de saúde

As equipes da estratégia saúde da família foram implantadas, no município no ano de 2008, porém, devido à carência de profissionais foi descredenciada. No ano de 2013, ocorreu o credenciamento das equipes de saúde da família no município. Atualmente a Estratégia Saúde da Família apresenta uma cobertura de 67% da população.

Conta com três equipes de saúde da família: uma equipe para região central e pontal e sítio copaoba, outra equipe para as microáreas do Bitingui, Barreiras e Boqueirão, e a terceira equipe cobre a zona rural e a microárea da Usina.

O município no momento está credenciado com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por: psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta. O município está pleiteando para credenciar o NASF 2, com a adesão de mais dois profissionais. Por outro lado, não existem unidades de atenção secundária ou terciária em Japaratinga, ou mesmo convênios com hospitais vizinhos, fato que está associado a um sistema inoperante de referência e contrarreferência, prejudicando severamente o fluxo de pacientes e informações

entre os serviços, dificultando a implantação das redes de atenção à saúde, contribuindo para os agravos das doenças.

1.3A Equipe de Saúde da Unidade Básica de saúde José Pacheco da Silva, seu território e sua população.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) José Pacheco da Silva, localizada em Japaratinga possui 3.722 usuários cadastrados distribuídos nas sete microáreas de abrangência da UBS, desse quantitativo, 441 usuários possuem doenças crônicas não transmissíveis. Os hipertensos na faixa etária entre 48 a 71 anos representam um total de 318 usuários, Os pacientes diabéticos correspondem a 123 usuários na faixa etária entre 52 a 83 anos.

A equipe da Unidade Básica de Saúde da Família é constituída por três médicos, sete enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, três cirurgiões dentistas, duas auxiliares de saúde bucal, uma recepcionista, dezoito agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de serviços gerais e um motorista. O espaço físico da unidade é bem aproveitado, o prédio é reformado, a área é adequada considerando a demanda da população atendida 3.722 usuários.

A área destinada à recepção é pequena, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade, mas de fácil controle.

Isso de certa forma dificulta o acolhimento o atendimento e é motivo de insatisfação de alguns usuários e profissionais de saúde. Dispomos de uma sala adequada para reuniões, quando existe a necessidade de realizar ações de grande porte onde prever-se a presença de todos os usuários fazemos uso da quadra poliesportiva do município ou solicitamos o pátio de escolas ou igrejas próximas a UBS.

As reuniões com a população (os grupos operativos) são realizadas na sala de reuniões sendo assim é um espaço acessível à comunidade da área de abrangência da UBS.

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e comunidade (primeiro passo)

Os problemas identificados na UBS José Pacheco da Silva, Japaratinga-AL foram:

- Risco acentuado para desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis devido à alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, etilismo;
- Diabéticos descompensados – falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Saneamento básico ineficiente – ocorrência de parasitoses em crianças;
- Falta de adesão ao tratamento para a hipertensão arterial sistêmica causando alto índice de consultas onde se identifica o descontrole da HAS e complicações para doenças cardiovasculares;
- Pacientes psiquiátricos descompensados ou utilizando de forma incorreta a medicação.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 4-Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde José Pacheco da Silva, município de Japaratinga-AL.

| Problemas | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização** |
|--|--------------|------------|--------------------------------|-----------------------|
| Risco acentuado para o desenvolvimento de DCNT | Alta | 1 | parcial | 1 |
| Falta de adesão ao tratamento para DM2 | Alta | 2 | parcial | 2 |
| Descontrole da Hipertensão e agravos cardiovasculares | Alta | 3 | parcial | 3 |
| Falta de saneamento básico em algumas localidades da área adscrita a UBS | Média | 6 | fora | 6 |
| Pacientes psiquiátricos descompensados | Média | 5 | parcial | 5 |

*Alta, média ou baixa.

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30.

***Total, parcial ou fora.

2JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão relacionadas com causas múltiplas. Apresentam curso clínico que muda no decorrer do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar complicações e incapacidades. Estas doenças requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

O problema priorizado para a implementação deste projeto de intervenção corresponde ao comportamento de risco da população para o desenvolvimento de DCNT e des controle e agravos devido à falta de adesão ao tratamento. Dessa forma, se faz necessário à implementação de ações educativas e assistenciais em saúde que viabilizem a conscientização da população para a prevenção de agravos cardiovasculares e ainda a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso para manter o controle das DCNT já instaladas e os que possuem comportamentos de risco para o surgimento de DCNT prevenir para evitar a doença.

Portanto diante dessa problemática reconhece que é de grande importância desenvolver um trabalho de intervenção em saúde voltado para o controle e redução da incidência das doenças crônicas na comunidade da área adscrita a UBS José Pacheco da Silva.

A realização deste trabalho de intervenção voltado para os usuários que possuem as DCNT ou comportamento de risco para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis e des controle de suas comorbidades. Incluindo pacientes hipertensos, diabéticos, dislipidêmicos, obesos e psiquiátricos.

A equipe da UBS está engajada para a execução de atividades que possibilitem a melhoria da qualidade de vida e a promoção da saúde dos usuários cadastrados na UBS José Pacheco da Silva. Portanto, a criação e implantação deste trabalho de intervenção, se justifica pela importância de reduzir a incidência das DCNT entre os usuários da comunidade e prevenção do des controle das comorbidades e agravos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um projeto de intervenção para melhorar o acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis descompensados cadastrados na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde José Pacheco da Silva do município de Japaratinga - Alagoas.

3.2 Objetivos específicos

Propor a organização da rede de referência e contrarreferência para a efetivação do suporte clínico de especialistas para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis visando um melhor acompanhamento desses pacientes na rede básica de saúde.

4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção seguiu as seguintes etapas:

- Realização do diagnóstico situacional por meio da estimativa rápida onde foram identificados os principais problemas existentes no território e selecionado aquele que a equipe poderia atuar com os recursos existentes. O problema selecionado foi o “Risco acentuado para o desenvolvimento de DCNT devido a alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e etilismo”.
- Elaboração do projeto de intervenção seguindo os passos do Método do Planejamento estratégico Situacional (PES), conforme proposto por Campos; Faria e Santos (2010).
- Pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema objeto deste estudo.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Estratégia Saúde da Família

Fator de risco.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 1978).

5.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Hoje as DCNT caracterizam-se por serem as doenças que mais demandam ações assistenciais nas unidades básicas de saúde, seja por busca de consulta médica ou para simplesmente troca de receitas. A ausência de ações programáticas com classificação de risco dos portadores de doenças crônicas pode ser responsável para desorganização do processo de trabalho da equipe de saúde na unidade.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por um conjunto de doenças que não tem envolvimento de agentes infecciosos em sua ocorrência, multiplicidade de fatores de risco comuns, história natural prolongada, grande período de latência, longo curso assintomático com períodos de remissão e exacerbação, podendo levar ao desenvolvimento de incapacidades. As DCNT recebem também a denominação de doenças não infecciosas (BRASIL, 2008 apud FERREIRA, 2014, p. 7).

As DCNT constituem problema de saúde pública, além de serem doenças preveníveis, passíveis de serem acompanhadas clinicamente para evitar que resultem na doença cardiovascular sintomática que, por sua vez, geram o maior

custo referente a internações hospitalares no sistema de saúde. Em 2007, 27,4% das internações de indivíduos de 60 anos ou mais foram causadas por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013). As principais DCNT que buscam mais atendimento nas unidades são: A hipertensão arterial sistêmica, a diabetes mellitus, as doenças cardiovasculares e as doenças psiquiátricas.

5.2.1 Hipertensão arterial sistêmica

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm Hg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

De acordo com Brandão *et al.* (2010) a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados da pressão arterial (PA). A hipertensão tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Essa doença crônica é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e dos mais importantes problemas de saúde pública pelos danos que podem causar a população.

Por se tratar de uma doença com maior prevalência é relevante desenvolver ações em saúde que viabilize a redução do descontrole da hipertensão e a ocorrência de agravos e complicações decorrentes da HAS entre os usuários da atenção básica orientado para mudanças no estilo de vida (MEV) e adesão ao tratamento. Vários estudos de revisão bibliográfica se referem que a qualidade do contato humano é um dos pontos críticos do sistema de saúde público brasileiro, dentro dessa perspectiva, é importante uma atenção voltada ao hipertenso que promova o seu restabelecimento, assim como o acompanhamento do seu tratamento, de forma humanizada e coerente (BECK *et al.*, 2011).

É importante também que o usuário reconheça que a sua saúde não é de responsabilidade exclusiva do setor de saúde, porque o autocuidado implica na

incorporação de estilo de vida saudável, com uma alimentação adequada e com a realização de atividades físicas no seu cotidiano (HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

5.2.2 Diabetes mellitus

“O termo *diabetes mellitus* (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, *apud* BRASIL, 2013, p. 19).

Com o diagnóstico do DM2 o paciente deve ser indicado ao controle glicêmico, esse controle ocorre a partir da realização do tratamento para a prevenção ou retardo das suas complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016 *apud* FIGUEIRA *et al.*, 2017, p.2).

Ocorre que a maioria dos pacientes diabéticos tem como causa para o descontrole glicêmico a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

“O tratamento do DM tipo 2 (DM2) inclui mudanças no estilo de vida, com a prática de exercícios físicos regularmente e o estabelecimento de uma dieta adequada. No caso de o tratamento não medicamentoso não atingir os resultados esperados, ou a adesão é insatisfatória, a terapia medicamentosa é instituída, iniciando-se com antidiabéticos orais (ADOs), e em determinadas situações, associa-se a insulina” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016 *apud* FIGUEIRA *et al.*, 2017, p.2).

O maior problema que envolve o descontrole das DCNT trata da falta de adesão ao tratamento quer seja medicamentoso ou não medicamentoso. No que refere-se a adesão ao tratamento, objetivo principal desta intervenção, exige que o paciente assuma a responsabilidade sobre o seu tratamento, tornando-se um participante ativo em um processo que torna possível modular os estados biológicos por meio do comportamento humano, além de manter a consciência que deve ser acompanhado periodicamente pela equipe de saúde (COELHO; AMARAL, 2012).

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

5.2.3 Doenças cardiovasculares

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico \pm AVE e 4% por doença isquêmica do coração \pm DIC) sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. No Brasil as DCV têm sido uma das principais causas de morte (BRANDÃO *et al.*, 2010).

Dados atuais apresentam que a prevalência de hipertensão arterial autorreferida entre os adultos na população brasileira é de 24,1%, em indivíduos com faixa etária entre 18 a 24 anos como referência, onde todas as faixas etárias apresentaram maior chance a partir de 25 a 34 anos (RC = 2,6; IC95% 2,0–3,4) até 65 anos ou mais (RC = 28,1; IC95% 21,7–36,4)(MALTA *et al.*,2017).

Para se prevenir dos agravos cardiovasculares se faz necessária a adesão ao tratamento e aderir a mudanças no estilo de vida, ressalte-se que a saúde do indivíduo não é responsabilidade exclusiva do setor saúde. O desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde contribui para a redução das internações por complicações das DCNT(HAESER; BÜCHELE; BRZOZOWSKI, 2012).

Compreende-se que para a efetiva redução das complicações cardiovasculares é importante manter o controle da PA e evitar os agravos e complicações decorrentes da hipertensão e, isso se dá através da adesão ao tratamento e das mudanças do estilo de vida. Existem alguns fatores nutricionais que podem afetar a pressão arterial como: obesidade e ingestão energética, ingestão de gorduras, sódio, potássio e consumo de bebidas alcoólicas. A obesidade pode aumentar diretamente a pressão arterial, sendo os indivíduos obesos mais suscetíveis ao aumento de pressão arterial (COSTA, 2013).

5.2.4 Doenças psiquiátricas

De acordo com a literatura, no Brasil a doença mental, ao longo dos anos foi se configurando através da especificação de pessoas acometidas por doenças e ou transtornos mentais, eram simplesmente levadas a serem internadas em hospitais psiquiátricos e excluídas do convívio da sociedade(MOLINER; LOPES,2013).

Através da análise do material consultado foi possível observar o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil que surgiu na década de 70, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde aos portadores de doenças psiquiátricas. Somente após três décadas exatamente no ano de 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada no país. Assim a efetiva aprovação, no entanto, não levou as mudanças que se almejava, houve, portanto a publicação de um substitutivo do Projeto de Lei original, que trouxe modificações importantes no texto normativo(BRASIL,2005).

Assim, a Lei Federal 10.216 redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Esse processo de mudança no cenário da saúde mental configurou-se numa redução de leitos em hospitais psiquiátricos e da desinstitucionalização de pacientes que possuíam uma longa histórica de internação por doença psiquiátrica. A partir de então, passa a tornar-se política pública no Brasil anos 90. Em 2002 ocorreram uma série de normatizações emanadas pelo Ministério da Saúde, que instituíram mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos a partir grandes hospitais(BRASIL,2005).

Com a reforma psiquiátrica surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

“O CAPS é um serviço ambulatorial que funciona segundo a lógica do território e é definido como: Serviço de saúde aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida” (BRASIL, 2004, p.4).

Reportando para a realidade do território da UBS Jose Pacheco da Silva do município de Japaratinga, os principais agravos na área adscrita são: Transtornos de humor, bipolar, transtorno de ansiedade e depressão.

A prevalência de problemas mentais é elevada ainda no país. Segundo Gonçalves *et al.* (2014) os problemas da área da saúde mental mais comuns que procuram as unidades básicas de saúde são aqueles relacionados à ansiedade e à depressão

No município de Japaratinga os pacientes são acompanhados na unidade pela equipe e também no domicílio e ainda a cada três meses dependendo do controle são encaminhados para avaliação com especialista seguindo o protocolo de encaminhamento especializado. Até o momento não temos dificuldades no manejo desses pacientes. Na unidade é feito o acompanhamento, a renovação de receita a entrega de medicamento e quando necessário é solicitado à realização de exames laboratoriais.

Para Juliani, Ciampone (1999) a falta de avaliação do sistema de referência e contrarreferência dificultamos encaminhamentos da atenção primária à saúde para a atenção secundária. Tal Situação leva com que esses encaminhamentos se organizem conforme características pessoais de cada profissional que encaminha o usuário, bem como daquele atuante nos serviços secundários e terciários, responsáveis pela contrarreferência. Na realidade este caminhar dentro da rede de atenção ainda temos muitos percalços a serem vencidos.

Uma estratégia que favorece no acompanhamento do paciente com transtorno mental consiste no atendimento no domicílio, este é considerado pelos usuários do SUS como facilitador do acesso ao serviço. Esta facilidade pode estar relacionada com o fato de que o atendimento seja acessível contribuindo com a efetiva realização do tratamento preconizado, uma vez que, na visão do usuário os gastos são menores, pois não há necessidade de se deslocar até a unidade (PONTES *et al.*, 2010).

Na UBS referenciamos para o atendimento especializado (atenção secundária) e o retorno desse paciente se dá pela contrarreferência, cabendo à equipe de saúde acatar as orientações do especialista. A dificuldade encontrada pela equipe de

saúdeacredito que, seja a falta de conscientização do paciente quanto a necessidade de avaliação periódica com o especialista, existindo momentos em que a não renovação da receita causa conflito, pois necessitamos da reavaliação do especialista, alguns pacientes não se conformam com essa necessidade e exigem a renovação da receita sem que o especialista faça a reavaliação, acredito que é só uma questão de cultura, e que os mesmos vão se conscientizar e aceitar a reavaliação quando necessário, desde que a equipe de saúde faça um trabalho educativo para sanar essa dificuldade.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A elaboração do projeto de intervenção foi realizada utilizando o método do Planejamento Estratégico Situacional Simplificado (PES) proposto por Campos; Faria; Santos (2010).

A execução do plano de ação contou com a participação dos profissionais de saúde envolvidos, bem como, da gestão municipal, visto que muitas ações necessitam de definições da gestão para organizar as ações a serem ofertadas aos portadores de DCNT.

Quadro 5- Classificação de Prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área adscrita à Equipe de Saúde da Família UBS Japaratinga.

| Principais problemas | Relevância | Urgência | Capacidade de enfrentamento | Ordem de Prioridade |
|--|------------|----------|-----------------------------|---------------------|
| Consultas inadequadas | Alta | 5 | parcial | 1 |
| Falta Acompanhamento dos pacientes | Alta | 5 | parcial | 2 |
| descumprimento da carga horária | Alta | 4 | parcial | 3 |
| Dificuldade Referência e contrarreferência | Alta | 4 | parcial | 4 |

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016.

Os “nós críticos” relacionados com o risco cardiovascular, escolhidos pela equipe foram:

- Uso irregular das medicações anti-hipertensivas e hipoglicemiantes;
- Hábitos e estilos de vida, ou seja, alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo.
- Aspectos psicológicos (problemas familiares, desemprego e violência).
- Nível de informação (falta de informação sobre a doença e suas consequências).
- Processo de trabalho da equipe de saúde.

Após elencar os “nós-críticos” a equipe passou a refletir sobre ações capazes de interferir nesses “nós” causando grande impacto positivo sobre o problema priorizado. As ações estão descritas no Quadro 3.

Quadro6–

Desenho de operações para os “nós críticos” do problema de risco cardiovascular aumentado.

| Nó Crítico | Projeto | Resultados esperados | Produtos | Recursos necessários |
|---|--|---|--|--|
| Uso irregular das medicações | Uso regular de medicamentos Orientar sobre a importância do uso regular dos medicamentos. | Uso diário das medicações pelos pacientes. | Medicamentos Orientação individual na consulta médica; Capacitação dos ACS; | Político Financeiro Cognitivo |
| Hábitos de vida | Mudança do estilo de vida. Orientar mudança do estilo de vida | Orientação alimentar. Diminuir número de tabagistas, obesidade e sedentarismo | Grupos de Apoio. Palestras. | Organizacional Cognitivo Político |
| Aspectos psicológicos | Mente equilibrada Avaliar aspectos psicológicos | Diminuição dos aspectos psicológicos | Formação de grupos de apoio; Avaliação | Cognitivo Organizacional Político Financeiro |
| Nível de informação | População mais informada Informar a população sobre o risco cardiovascular | População mais informada | Campanhas educativas, através do contato individual, programas de rádio; Palestras; | Cognitivo Organizacional Político |
| Processo de trabalho da equipe de saúde | Aprendendo | Identificar população com Risco cardiovascular aumentado. | Elaboração de protocolos. Capacitação dos profissionais da equipe. | Político Organizacional |

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016.

A execução do plano de ação depende dos profissionais de saúde envolvidos, bem como, da gestão municipal, visto que muitos projetos necessitam de pactuação para custear exames, consultas, medicamentos e material informativo. Com relação ao controle do risco cardiovascular dos usuários da Unidade de Japaratinga foi visto que os profissionais da equipe necessitam de suporte da gestão municipal para a ampliação de exames laboratoriais e de consultas especializadas.

Os recursos destinados para execução do projeto são oriundos da Secretaria Municipal de Saúde, considerada “ator que controla”, que mostra motivação

favorável para execução do projeto, já que esse visa mudar a situação e assistência de saúde no município.

Quadro 7 -Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado.

| | |
|------------------------------------|--|
| Projeto | |
| Uso regular de medicamentos | Político: articulação intersetorial, realização de licitação. Financeiro: aumentar oferta de medicamentos. Cognitivo: orientação sobre o uso dos medicamentos |
| Mudança do estilo devida | Organizacional: mobilização social para questões comosedentarismo, alimentação adequada e tabagismo. Cognitivo: elaboração de palestras educativas. Político: Articulação intersetorial e aprovação de projetos |
| Mente equilibrada | Organizacional: referência e contrarreferência Financeiro: financiamento de consultas comespecialistas |
| População mais informada | Cognitivo: informação sobre o tema, elaboração de projetos/ações. Organizacional: articulação entre profissionais. Político: estruturação das unidades de saúde para fazer o atendimento adequado. Financeiro: financiamento de campanhas educativas. |
| Aprendendo a cuidar | Político: investimento na capacitação dos profissionais Organizacional: referência e contrarreferência Cognitivo: elaboração de protocolos. |

Fonte: Equipe de Saúde da Família do município de Japaratinga – AL, 2016

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Riscoacentuado para o desenvolvimento de DCNT”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Pacheco da Silva do município de Japaratinga, estado de Alagoas.

| | |
|--|--|
| Nó crítico 1 | Risco acentuado para o desenvolvimento de DCNT |
| Operação (operações) | Ação Educativa |
| Projeto | Intervenção |
| Resultados esperados | Estimular ao tratamento medicamentoso, uso correto da medicação, incentivo a inserção de atividade física adequada para a condição de saúde de cada paciente. |
| Produtos esperados | Realização de atividades físicas regulares pela população alvo durante a semana, através da Caminhada/Alongamento na academia do bairro ou nas reuniões na unidade; Acompanhamento do uso correto da medicação e verificar a ocorrência de eventos provenientes dos efeitos da medicação |
| Recursos necessários | Cognitivo: Grupos operativos para conscientizar os pacientes a manter o controle de suas comorbidades a partir de adesão ao tratamento e levá-los a comparecer ao acompanhamento na unidade além da adesão para as atividades físicas Político: apoio local, divulgação nas redes sociais e durante as visitas do ACS. Financeiro: disponibilização de profissionais capacitados para fazer o atendimento das especialidades. |
| Recursos críticos | Político: Local adequado que suporte a demanda e o apoio da secretaria de saúde e prefeitura. Financeiro: Profissionais de educação física e capacitação dos ACS. |
| Controle dos recursos críticos | Secretária Municipal de Saúde, Lazer e esportes. |
| Ações estratégicas | Apresentar o projeto a Secretaria Municipal de Saúde Lazer e Esportes justificando a necessidade de execução do mesmo em função do risco acentuado de pacientes no território com DCNT por terem uma vida sedentária. |
| Prazo | Apresentar o projeto em um mês e desenvolver as atividades em até seis meses. |
| Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações | Médico, enfermeira, técnico em enfermagem e os Agentes Comunitários de saúde demais profissionais de saúde que atuam no território. |
| Processo de monitoramento e avaliação das ações | Controle mensal avaliando se o paciente segue o tratamento medicamentoso e se as comorbidades estão sendo controladas. Reuniões quinzenais da equipe nas quais serão debatidos os fatores envolvidos no processo de trabalho, reflexões sobre o controle das comorbidades dos pacientes e sobre o acompanhamento do uso de medicação evitando o descontrole. |

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As DCNT constituem um problema de saúde em nossa comunidade, porque o elevado número de atendimentos por estas doenças interfere negativamente na qualidade do atendimento diário de nossa equipe de saúde da família.

A incorporação de novos conhecimentos amadurecerá nossa equipe para o enfrentamento das DCNT e os usuários também terão mais conhecimento a cerca de suas comorbidades, isto irá melhorar a adesão ao tratamento consequentemente os pacientes terão o controle de suas doenças.

Espera-se que, os atendimentos e internações pelo descontrole das DCNT sejam reduzidos, e haja um aumento das ações de prevenção das suas complicações ou agravos.

REFERÊNCIAS

ATLAS DE DESENVOLVIMENTO HUMANOS NO BRASIL. 2016 [https://www.google.com.br/search?q=ATLAS+DE+DESENVOLVIMENTO+HUMANO%2C+2016\).&oq=ATLAS+DE+DESENVOLVIMENTO+HUMANO%2C+2016\).&ags=c hrome..69i57j0l2.1709j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com.br/search?q=ATLAS+DE+DESENVOLVIMENTO+HUMANO%2C+2016).&oq=ATLAS+DE+DESENVOLVIMENTO+HUMANO%2C+2016).&ags=c hrome..69i57j0l2.1709j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

BECK, C. C. et al. Fatores de riscos cardiovasculares em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associação com variáveis sociodemográficas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 36-49, 2011.

BRANDÃO, A. A. *et al.* Diretrizes Brasileiras de Hipertensão VI ± Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. **J BrasNefrol** 32; Supl1 (2010) S1-S4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbn/v32s1/v32s1a03.pdf>>. Acesso em:06/03/2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU, 21/09/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Cadernos da Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas.** Brasília: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE, Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Secretária de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COSTA, J. V. *et al.* Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v. 20, n. 2, 7 telas, mar.-abr. 2013. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acessado em: 05/11/2017

COELHO, C. R.; AMARAL, V.L.A.R. Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2. **Rev Bras Ter Comport Cogn**.v.14, n. 1, p. 4-15, 2012 . Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S1517-55452012000100001

CANHESTRO, M. R.*et al.* Conhecimento de pacientes e familiares sobre a doença renal crônica e seu tratamento conservador. **Rev Min Enferm.**; v.14, n. 5, p. 335-44, 2010.

FERREIRA, L. C. **Doenças Crônicas não Transmissíveis: um desafio para a equipe de enfermagem.** Monografia. Departamento de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina- Florianópolis, 2014.

GONCALVES, D. A. *et al.* Estudo multicêntrico brasileiro sobre transtornos mentais comuns na atenção primária: prevalência e fatores sociodemográficos relacionados.**Cad. Saúde Pública**.v.30, n.3, p. 623-632, 2004. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2014000300623&script=sci_abstract&lng=pt acesso em 12/06/2018

HAESER, L. M.; BUCHELE, F.; BRZOZOWSKI, F. S. **Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde.***Physis* [online]. v.22, n. 2, p.605-620, 2012. ISSN 1809-4481.<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200011>. Acesso em 12/05/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@japaratinga**Brasília,[online], 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: acesso em 15/10/2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Aspectos demográficos dos municípios brasileiros.** 2015. Disponível em :<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/japaratinga/panorama> acesso em 13/06/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Aspectos demográficos dos municípios brasileiros.** 2012. Disponível em :<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/japaratinga/panorama> acesso em:12/05/2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Aspectos demográficos dos municípios brasileiros.** 2010. Disponível em :<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/japaratinga/panorama> acesso em 13/06/2018

JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T. Organização do sistema de referência e Contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **RevEscEnfermUSP**. v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.

MALTA; D. C.*et al.*Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. v.51, supl. 1, 11s, 2017 Epub 01-Jun-2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>> acesso em 28/12/2017

MALTA; D. C. *et al.* Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros. **Rev. Saúde Pública.** v.51, supl. 1, 11s, 2017 Epub 01-Jun-2017. <<http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051000006>> acesso em 28/12/2017

MOLINER, J.; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Revista Saúde Soc.** São Paulo. v.22, n.4, p.1072-1083, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n4/10.pdf>> acesso em 13/06/2018

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**, 1978.

PONTES, A.P. M. *et al.* Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 63, n. 4, p. 574-80, 2010.

SIDRA. Sistema IBGE de **Recuperação automática. Ministério do Trabalho e Emprego municípios brasileiros.** 2012 Disponível em:<<https://sidra.ibge.gov.br/home/pimpfbr/brasil>> acesso em 02/01/2018

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiologia.** São Paulo, v. 95, Supl 1, 2016.