

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAIZA RANGEL ALVES DE OLIVEIRA

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ASSOCIADA AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS
COMPLICAÇÕES**

**CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS
2019**

RAIZA RANGEL ALVES DE OLIVEIRA

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ASSOCIADA AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS
COMPLICAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde
da Família, Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Walnéia Aparecida de Souza

CAMPOS GERAIS - MINAS GERAIS

2019

RAIZA RANGEL ALVES DE OLIVEIRA

**ALTA PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
ASSOCIADA AO DIABETES MELLITUS TIPO 2 E SUAS
COMPLICAÇÕES**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Profa. Dra. Walnéia Aparecida Souza - UNIFAL-MG

Examinador 2: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2019.

RESUMO

No Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são doenças que causam altos índices de mortalidade todos os anos. A associação entre hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus é bastante comum, acometendo mais de 60% dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. A associação dessas duas doenças aumenta o risco de morte em 7,2 vezes, principalmente por causas cardiovasculares. Partindo-se do princípio de que os pacientes com hipertensão arterial sistêmica apresentem risco 2,5 vezes maior de possuir Diabetes Mellitus, agravando o estado de saúde, o presente trabalho tem o objetivo de elaborar um Projeto de Intervenção para a Unidade de Atenção Primária em Saúde da Família (UAPSF) Mansur I, no município de Uberlândia, Minas Gerais, com a finalidade de promover a redução das complicações e de mortes devido à hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2. Para a elaboração do projeto, foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional, para definir os nós críticos da hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus. Também foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde. Com o levantamento dos principais nós críticos foram desenhadas as operações e implantado os passos para resolver o principal problema. Espera-se que a implantação do plano de intervenção e a resolução dos nós críticos, os objetivos propostos sejam alcançados pela equipe de saúde, podendo assim contribuir para a melhoria das condições de saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Palavras-chave: Hipertensão arterial. Risco cardiovascular. Diabetes. Autocuidado.

ABSTRACT

In Brazil, systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM) are diseases that cause high mortality rates every year. The association between systemic arterial hypertension and diabetes mellitus is quite common, affecting more than 60% of patients with type 2 DM. The association of these two diseases increases the risk of death by 7.2 times, mainly due to cardiovascular causes. Assuming that patients with systemic arterial hypertension present a 2.5-fold higher risk of having diabetes mellitus, worsening the state of health, the present work aims to develop an Intervention Project for the Primary Care Unit in Family Health Mansur I, in the city of Uberlândia, Minas Gerais, with the purpose of promoting the reduction of complications and deaths due to systemic arterial hypertension associated with type 2 diabetes mellitus. For the preparation of the project, the Simplified Method of Strategic Situational Planning was used, thus defining the critical nodes of systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. We also carried out a bibliographic research of the Virtual Health Library.. With the data collection of the main critical nodes we designed the operations and implemented the steps to solve the main problems. It is expected that the implementation of the intervention plan and the resolution of the critical nodes, the proposed objectives will be achieved by the health team, thus contributing to the improvement of health conditions of the Basic Family Health Unit (BFHU) studied population.

Key words: Hypertension. Cardiovascular risk. Diabetes. Self Care.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Atenção Psico-Social
CRF	Centro de Reabilitação Física
DM	Diabetes Mellitus
DBHA	Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corpórea
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PES	Plano Estratégico Situacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PSF	Programa Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
UAI	Unidade de Atendimento Integrado
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais.13
- Quadro 2- Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais25
- Quadro 3- Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais26
- Quadro 4- Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais27
- Quadro 5- Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Breves informações sobre o município de Uberlândia.....	9
1.2 O sistema municipal de saúde	10
1.3 Equipe de saúde da UBSF Mansour I: alguns aspectos sobre a unidade e a comunidade	10
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Atenção Primária a Saúde	17
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e seus fatores de risco	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	22
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	23
6.3 Seleção dos nós críticos.....	23
6.4 Desenho das operações.....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município de Uberlândia

Segundo Informações do IBGE (2018), o município de Uberlândia, situado no estado de Minas Gerais, de acordo com o censo de 2018, possui uma população aproximada de 683.247 habitantes, sendo o 1º município mais populoso do Triângulo Mineiro, o 2º no Estado e o 30º no Brasil.

O município possui uma área territorial de 4.115,206 km², com 98,2% das casas contando com saneamento básico, 95,2% de ruas arborizadas e uma taxa de 33% de urbanização das vias públicas (IBGE, 2018).

A média salarial dos trabalhadores da região é de aproximadamente de 2,6 salários mínimos, de acordo com dados de 2016, sendo 35,5% da população trabalhadora formal.

Quanto à educação, de acordo com o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2010, a taxa de escolarização de crianças e adolescentes de 6 a 14 anos é de 98%, posicionando o município em 338 de 853 em relação aos outros municípios do estado e na posição 2065 de 5570 cidades brasileiras.

Sobre a economia uberlandense (2015), o município possui um Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* de R\$44.612,40, o 3º maior no Triângulo Mineiro, 32º a nível estadual e 336º a nível federal. Quanto ao (índice de Desenvolvimento Humano (IDEB) é de 0,789, dados de 2010.

Sobre a saúde, o município possui uma taxa de 0,01003% de mortalidade infantil (2014) e 108 estabelecimentos conveniados ao SUS (2009).

Quanto ao lazer, o município uberlandense proporciona 14 espaços, que podem ser tanto culturais quanto para a prática de esportes, dos quais os principais e mais acessados pela população são:

- Teatro Municipal, que, em 2017, recebeu cerca de 190 espetáculos e mais de 75 mil expectadores;
- Biblioteca Municipal que realiza cerca de 15000 empréstimos anualmente, além da promoção de oficinas e atividades, como artesanato e criatividade, voltadas para a população;
- Arquivo Municipal, onde inserem-se os documentos do município estando disponíveis a consultas;
- Oficina Cultural, onde acontecem vários tipos de ações sociais, como exibição de filmes, workshops, oficinas, eventos e exposições, sendo um dos pontos turísticos da cidade;

- Parque do Sabiá, que conta com 7 campos de futebol, quadras de vôlei, basquete e handebol, parque infantil, pista de *cooper*, represa e duas piscinas, além de um zoológico.

1.2 O sistema municipal de saúde

O serviço de atenção primária de Uberlândia conta com 73 equipes de saúde da família, distribuídas em 59 Unidades Básicas de Saúde da Família quatro Unidades de Apoio à Saúde da Família, sendo cinco equipes de Zona Rural. Além disso, Uberlândia dispõe de oito UAI (Unidade de Atendimento Integrado), Cinco CAPS (Centro de Atenção Psico-Social), dois CEAI (Centro Educacional de Assistência Integrada), dois CER (Centro de Reabilitação Física). Uberlândia também apresenta dois hospitais terciários do SUS (Hospital e Maternidade Dr. Odelmo Leão Carneiro e Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia) (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2016).

O setor Oeste de Uberlândia conta com 14 Unidades Básicas de Saúde de Família (UBSF), três Unidades Básicas de Saúde e duas Unidades de Pronto Atendimento Integrado (UAI): Luizote e Planalto (PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA, 2016).

1.3 Equipe de saúde da UBSF Mansour I: alguns aspectos sobre a unidade e a comunidade

A UBSF Mansour I possui 3.417 pessoas cadastradas, sendo 1.140 famílias, das quais o número total de hipertensos atendidos na unidade é de 762, além de 180 diabéticos, 23 gestantes, 180 obesos, 174 tabagistas e 65 indivíduos com doenças mentais.

São atendidas ainda 47 crianças menores de dois anos, 468 adolescentes e 452 idosos, além de sete indivíduos acamados que também recebem atendimento. Ademais, são atendidos dois pacientes portadores de hanseníase, mas não há enfermos com tuberculose.

É importante ressaltar ainda que a maioria da população economicamente ativa trabalha longe do bairro, uma vez que o bairro Mansour é predominantemente residencial.

Quanto aos recursos da comunidade, a mesma conta com duas UBSF, ambas no mesmo prédio, sendo o bairro totalmente cadastrado, com uma média de 3.000 habitantes para cada UBSF. Além disso, também está disponível no bairro, o SESC (Serviço Social do Comércio) para educação infantil e prática de atividade física da população, escolas e creches públicas e particulares, igreja das mais diversas religiões, praças e academias ao ar livre, postos de gasolina e comércios em geral. No bairro também há bancos, casa lotérica e agências de correios. Contudo, ainda não há nenhum hospital terciário nesse local, sendo que o Hospital Municipal fica a 14 km da UBSF Mansour e o Hospital de Clínicas da UFU fica a uma distância de 13 km.

Sobre a unidade básica de Saúde, a mesma é situada em um prédio de dois andares onde, no segundo, funciona o SESC e, no primeiro, funciona a Unidade de Saúde. No primeiro andar estão três Unidades de Saúde sendo elas Mansour I, Mansour II e Jardim Europa I. O espaço físico é grande, porém alguns cômodos foram adaptados para que fosse possível o funcionamento de uma Unidade de Saúde. No entanto, sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (pela manhã), é gerado certo tumulto. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Além disso, não existe sala de reuniões, razão pela qual a equipe utiliza a cozinha. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de espera da unidade, que tem uma sala para trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), um consultório médico, um consultório para enfermagem, uma sala para atendimento multiprofissional e uma sala de vacina.

O horário de funcionamento da UBSF Mansour I é de oito horas diárias, em dois períodos: das 07:00 às 11:00 horas e das 13:00 às 17:00 horas, de segunda a sexta, sendo que na quinta-feira a partir das 15:00 horas, a unidade fecha para a população, afim da realização de reunião da equipe.

O tempo da UBSF Mansour I está ocupado quase que exclusivamente para atendimento agendado de consultas, que são divididas ao longo da semana em: pré-natal, puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos, queixas gerais e demandas espontâneas. Além disso, são realizadas atividades como a coleta de Papanicolau, a vacinação, o acolhimento, os grupos operativos, a visita domiciliar e a aferição de pressão arterial. As visitas domiciliares são realizadas todas as quintas-feiras de 13:00 às 15:00 e às 15:00, se inicia a reunião da equipe. Atualmente, temos o grupo de idosos, realizado juntamente com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) na penúltima quinta-feira de todo mês.

Quanto aos recursos humanos, a equipe de saúde da UBSF Mansour I é formada por uma enfermeira coordenadora, uma médica, seis agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem, duas auxiliares administrativas, uma assistente social que atende as segundas e quartas feiras, um nutricionista que atende na quinta-feira de manhã, um psicólogo que atende na terça-feira de manhã e uma fisioterapeuta que atende na quarta-feira no período da tarde. Além disso, a UBSF conta com matriciamento de ginecologia-obstetrícia, psiquiatria e pediatria.

Sobre os recursos materiais, a Unidade, atualmente, está equipada com insumos necessários para o funcionamento da UBSF, porém, alguns medicamentos, materiais para curativo, nebulizador, materiais estéreis para pequenas cirurgias e curativos estão em falta na unidade.

Portanto, devido aos fatos acima mencionados, torna-se necessários soluções para melhorar os atendimentos à população diabética e hipertensa, que são maioria na unidade em questão, coma finalidade de melhorar a qualidade de atendimento da população.

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

Para a atuação da equipe de saúde, com a finalidade de promover uma mudança efetiva de comportamento, torna-se necessário o conhecimento dos verdadeiros problemas da população. Assim, após o levantamento realizado por meio do diagnóstico situacional, utilizando o método de Estimativa Rápida, que segundo Campos; Faria; Santos (2017, p.36) “permite examinar os documentos existentes, entrevistar informantes importantes e fazer observações sobre as condições de vida da comunidade que se quer conhecer”, a equipe identificou os seguintes problemas:

- alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações.
- elevado risco de doenças cardiovasculares da população adscrita;
- elevado nível de prevalência da hipertensão arterial;
- elevado nível de prevalência de diabetes;
- elevado nível de prevalência da hipertensão arterial e diabetes sem controle adequado entre os idosos.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

Para Campos; Faria; Santos, (2010), todos os problemas depois de identificados, independente do número, precisam ser priorizados porque a equipe não tem disponibilidade de tempo, nem recursos humanos e financeiros para enfrentamento de todos os problemas ao mesmo tempo. Diante disso foi realizada a priorização dos mesmos. Foram utilizados os seguintes critérios para a priorização dos problemas (segundo Campos; Faria; Santos, 2010): a importância, a urgência, a capacidade de enfrentamento pela equipe e após a seleção.

Quanto a importância, a prioridade dos problemas foi classificada em baixa, média e alta. Foram distribuídos pontos de acordo com a sua urgência, distribuídos até o máximo de 30 pontos. Quanto a capacidade de enfrentamento da equipe, o problema pode estar dentro, parcialmente ou fora.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações	Alta	9	total	1
Elevado risco de doenças cardiovasculares	Alta	8	Parcial	2
Elevado nível de prevalência da hipertensão arterial	Alta	7	Parcial	3
Elevado nível de prevalência de diabetes	Alta	6	Parcial	4
Elevado nível de prevalência da hipertensão arterial e diabetes sem controle adequado entre os idosos	Alta	7	Parcial	2

Fonte: autoria própria adaptação do quadro do Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (2010).

*Alta, média ou baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública mundial. "No Brasil representam em média 32,5% da população adulta, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular" (DBHA VII, 2016, p.1). Mas esse número tem crescido e atingido populações cada vez mais jovens. "Em relação ao Diabetes Mellitus (DM), a prevalência é de aproximadamente de 8,9% da população" (BRASIL, 2018, s/n). "A associação da HAS e do DM é da ordem de 50%, sendo apontadas como um dos principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares" (SILVA *et al.*, 2011, p.17).

Na Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família Mansour I estão cadastrados 3.417 pessoas e 1.140 famílias. A população apresenta 762 hipertensos, 180 diabéticos, 120 obesos e 174 tabagistas. Esses números não são exatos, uma vez que a Unidade de Saúde está em fase de recadastramento da população e de classificação de risco das famílias. Porém, durante a fase de classificação de risco das famílias, verificou-se um grande número de pacientes com HAS e DM associados, sendo que alguns indivíduos apresentavam descompensação das doenças e complicações cardiovasculares.

Assim, devido ao alto número de pacientes diagnosticados com HAS e DM, além dos fatores agravantes para as doenças associadas, tais como o tabagismo, o sedentarismo e a obesidade, é que o presente trabalho se fez necessário, no sentido de promover a redução das complicações e mortes devido a hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um Projeto de Intervenção para a Unidade de Atenção Primária à Saúde da Família Mansur I, no município de Uberlândia, Minas Gerais, com a finalidade de promover a redução das complicações e mortes devido a hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2.

3.2 Objetivos específicos

- Propor um processo de organização de fichário rotativo, para o acompanhamento dos pacientes diabéticos e hipertensos atendidos pela Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais;
- Propagar para a população os benefícios da vida ativa para o controle da diabetes mellitus e da hipertensão arterial sistêmica na sala de espera, consulta individual, grupos e visitas domiciliares;
- Disponibilizar consultas por equipe multidisciplinar para o tratamento dos pacientes de risco para doenças cardiovasculares.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi baseado no estudo da disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde, onde foi realizado o diagnóstico situacional em saúde, com o levantamento dos problemas de maior ocorrência na área de abrangência da equipe de saúde UAPSF Mansour I, do Município de Uberlândia, Minas Gerais. Após, foi elaborado um plano de ação, visando o enfrentamento dos nós críticos para resolução do problema priorizado.

O método utilizado para o projeto de intervenção foi o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES) onde, após a priorização dos problemas, aqueles selecionados foram descritos e explicados para a posterior definição dos “nós críticos” que são as causas do problema. Daí para cada nó crítico foi elaborada uma operação.

Para o embasamento teórico do tema foi realizada uma pesquisa narrativa da literatura, onde foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, Medline, Pubmed, onde os textos e os artigos foram selecionados conforme sua relevância e aplicabilidade.

Para a redação do texto foram utilizadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações de Corrêa; Vasconcelos; Souza (2013).

Os descritores utilizados na construção deste trabalho foram: hipertensão arterial, risco cardiovascular, diabetes e autocuidado.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção Primária a Saúde

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 MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Durante muitos anos, a APS fora vista como responsável pelo primeiro contato, como que um cartão de visitas, voltada para a promoção do acesso da população aos demais recursos do sistema de saúde, dando suporte a marcações de alguns exames menos complexos e consultas com especialistas, por exemplo, assumindo um caráter estritamente assistencialista (HEIMANN *et al.*, 2011).

Com o passar dos anos, a APS passou a incorporar os objetivos da Reforma Sanitária, abrangendo seu campo de ação, gerando um sistema universal e integrado voltado para a saúde pública (MATTA; MAROZINI, 2007).

A partir disso, a saúde pública passou a ser setorizada, concentrando-se amplamente nas localidades menos abastadas, organizando-se de forma territorializada e fazendo cadastro da população local para atender às demandas, bem como conhecer os maiores incidentes locais. A capacitação de profissionais para lidar em diferentes áreas também tornou-se uma realidade, contribuindo para o desempenho e efetividade da APS (BRASIL, 2015).

Diante disso, Heimann *et al.* (2011) apontam três medidas que visam assegurar o protagonismo da APS, sendo elas: (1) capacitação da APS na coordenação do cuidado e viabilização da integração da mesma aos demais níveis de saúde; (2) Atenção ao protagonismo da mesma como provedora de serviços; (3) Autonomia e recursos de apoio para que a APS tenha capacidade de ser, de fato, resolutiva.

Assim, ainda que a APS ainda seja vista como a porta de entrada do SUS, é necessário ressaltar que a mesma, ao invés de apenas encaminhar, abarca as problemáticas mais recorrentes na saúde pública, em nível primário, no sentido de desafogar os demais níveis de

saúde e trazer resolutividade para a população, diminuindo custos econômicos, visando, ainda, a promoção da saúde das populações locais menos favorecidas (BRASIL, 2015).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e seus fatores de risco

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são sérios problemas no sistema de saúde brasileiro, pois acometem parte significativa da população, sendo responsáveis por altas taxas de mortalidade (RADOVANOVIC *et al.*, 2014).

O Brasil é um país de 208,5 milhões de habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018a) em que 20 a 30% da população adulta apresenta pressão arterial igual ou acima de 140/90 mmHg. Dentre as principais causas está o elevado consumo de sal, seja o visível ou o embutido nos alimentos industrializados. A média de consumo em nosso país chega ao absurdo de 12 a 15 gramas por dia, enquanto a quantidade preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é no máximo de 5 gramas (HÄRTL, 2013). Além disso, “indivíduos com mais de 55 anos de idade, com níveis normais de pressão arterial terão no transcorrer de sua vida, 90% de risco de desenvolver hipertensão arterial” (SESSO, 2002, p.277).

Quanto ao diabetes mellitus (DM), “o número de brasileiros diagnosticados com a doença cresceu 61,8% nos últimos 10 anos, passando de 5,5% da população em 2006 para 8,9% em 2016” (BRASIL, 2018).

A pesquisa "Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas" divulgada pelo Ministério da Saúde, revela ainda que “as mulheres registram maiores diagnósticos da doença, sendo que o grupo passou de 6,3% para 9,9% no período do estudo, contra índices de 4,6% para 7,8% registrado entre os homens”. O levantamento revela também que, no Brasil, o indicador de diabetes aumenta com a idade e é quase três vezes maior entre os que têm menor escolaridade" (FLON; CAMPOS, 2017, p.25). "É importante ressaltar que em pacientes com DM a incidência de HAS é duas vezes maior, quando comparado com população em geral" (SILVA *et al.*, 2006, p.182). Isso acontece devido ao fato de que, a resistência à insulina pelo organismo, faz com que o açúcar fique acumulado no mesmo, culminando na oxidação dos vasos sanguíneos e, conseqüentemente, no aumento da pressão arterial. Além disso, o excesso de açúcar no sangue sobrecarrega as funções do pâncreas, responsável pela produção do hormônio que regula os níveis da substância no sangue, que passa a produzir mais insulina. O aumento de insulina no organismo estimula o

sistema nervoso simpático, sobrecarregando o coração, o que também eleva a pressão arterial (HENRIQUE *et al.*, 2008).

"A associação de Hipertensão arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) é bastante comum, acometendo mais de 60% dos pacientes com DM tipo 2. Os benefícios do tratamento da HAS nesses pacientes são bem definidos. Entretanto, há controvérsias em relação ao alvo de pressão arterial a ser atingido nesses pacientes com o tratamento", pois vai depender das lesões em órgãos-alvo e patologias associadas (RECK *et al.*, 2010, p.301).

"Também, a associação de HAS e DM aumentam os riscos de morte em 7,2 vezes, principalmente por causas cardiovasculares" (BAKRIS; SOWERS, 2008, p.707). Dentre os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares estão, além da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes mellitus, o tabagismo, a dislipidemia, a história familiar, o sedentarismo, os hábitos de vida, dentre outras causas (DBHAVII, 2016).

O tabagismo, dentre todos os fatores ambientais do século, certamente o mais vil e ameaçador de todos, representa o maior fator de risco para o desenvolvimento de tumores malignos (um terço de todos os casos), doenças pulmonares, doenças cardiovasculares, doenças cerebrais entre outras (ARAUJO *et al.*, 2016).

"O tabagismo é responsável por cerca de 6 milhões de mortes ao ano no mundo. Projeções apontam que, em 2020, esse número será de 7,5 milhões, ou seja, 10% de todas as mortes ocorridas no mundo" (PINTO *et al.*, 2015, p.1284). "Paradoxalmente, é o único produto legal que causa a morte da metade de seus usuários regulares. Isto significa que de 1,3 bilhões de fumantes no mundo, 650 milhões vão morrer prematuramente por causa do cigarro" (MALUF, 2017, s/n).

No Brasil, felizmente os números de tabagistas vem diminuindo ao longo dos últimos anos. "Segundo o Estudo de Carga Global de Doenças, Injúrias e Fatores de Risco 2015, publicado na revista Lancet (2017), o Brasil foi considerado um dos países com maior declínio na prevalência de tabagismo e com uma das políticas de controle do tabaco mais abrangente do mundo" (GBD 2015, 2017, s/n). "Vários fatores explicam a menor proporção de homens e mulheres brasileiras que aderiram ao cigarro, como os impostos mais altos, a restrição do tabaco em lugares fechados e os alertas e informações sobre os efeitos deletérios do cigarro em escolas, universidades, mídias, e nas próprias embalagens dos cigarros" (FIGUEIREDO *et al.*, 2017, p. S-6). Essas são ações positivas que melhoraram as estatísticas nacionais. "Mesmo com essas medidas, o Brasil representa "o oitavo lugar no ranking de número absoluto de fumantes (7,1 milhões de mulheres e 11,1 milhões de homens" (MALUF, 2017, p.s/n).

O Brasil, desde a década de 1980, tem se destacado por desenvolver políticas de controle do tabagismo progressivamente mais eficazes. "Segundo dados do VIGITEL/2017, o percentual total de fumantes com 18 anos ou mais no Brasil foi de 10,1%, sendo 13,2 % entre homens e 7,5 % entre mulheres" (BRASIL, 2018a s/n). Assim, "o Brasil alcançou o terceiro maior declínio significativo na prevalência de tabagismo padronizado por idade desde 1990, com uma notável história de sucesso" (MALUF, 2017, s/n).

"Outro dado positivo, segundo o Ministério da Saúde, o país reduziu em 42% o número de fumantes passivos no ambiente familiar. No Brasil, o índice de fumantes passivos saiu de 42,5% para 7,3% (taxa de 2016) ao longo de 8 anos". "Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013, o tabagismo passivo foi a terceira maior causa de morte evitável no mundo, perdendo apenas para o tabagismo ativo e para o consumo excessivo de álcool" (BRASIL, 2016, s/n).

Já o sedentarismo, outro fator de risco muito importante para as doenças cardiovasculares, atinge mais de 60% da população brasileira (BRASIL, 2017). "Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2015, indicam que o percentual de brasileiros que praticam algum tipo de esporte ou atividade física, regularmente não chega a 40%. Nessa pesquisa, apenas 37,9% dos entrevistados não foram sedentários no ano anterior à pesquisa (entre setembro de 2014 e setembro de 2015), um número corresponde a 61,3 milhões dos 161,8 milhões com a idade da amostra" (BRASIL, 2017a, s/n).

"Com relação ao peso, em um estudo realizado pelo Ministério da Saúde em 2006, divulgou que quase a metade da população brasileira (42,7%) estava acima do peso. Em 2011, esse número passou para 48,5%. O levantamento é da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) e os dados foram coletados em 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal" (BRASIL, 2018a, s/n).

"A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Em 2014, mais de 1,9 milhão de adultos estavam acima do peso. Destes, 600 milhões já eram obesos. De 1980 a 2013, a obesidade e o sobrepeso, em conjunto, aumentaram 27,5% entre os adultos e 47,1% entre as crianças" (BARROSO *et al.*, 2017 p. 417).

"No Brasil, dados do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de 2014 revelaram entre 2006 e 2014, aumento da prevalência de excesso de peso ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$), 52,5% vs 43%. No mesmo período, a obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) aumentou de 11,9% para 17,9%, com predomínio em indivíduos

de 35 a 64 anos e mulheres (18,2% vs. 17,9%), mas estável entre 2012 e 2014 (DBHA VII, 2016, p.4).

As doenças cerebrovasculares e as cardiovasculares são as principais causas de morte no Brasil. "Elas são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no país em um ano. Isso significa que mais de 308 mil pessoas faleceram principalmente de infarto e acidente vascular cerebral (AVC)" (OMS, 2017, s/n). Estudos do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia (São Paulo), ocorridos entre 1997 e 2000, mostraram que 60% dessas vítimas eram homens, com média de idade de 56 anos. A alta frequência do problema coloca o Brasil entre os 10 países com maior índice de mortes por doenças cardiovasculares" (BRASIL, 2014, s/n).

"Em um trabalho realizado por Radovanovic *et al.* (2014, p.551) observaram que os indivíduos com diabetes têm chance aumentada em quase três vezes para o desenvolvimento de HAS do que os não diabéticos". Um estudo epidemiológico aponta que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas (FREITAS; GARCIA, 2012), confirmando os dados encontrados na pesquisa realizada por Radovanovic *et al.* (2014, p. 552-3), na qual foi identificado que entre os indivíduos com diabetes, 50% são hipertensos.

A incidência de HAS em pacientes diabéticos tipo1 aumenta de 5% aos 10 anos de idade, para 33% aos 20 anos e para 70% aos 40 anos. Há uma estreita relação entre o desenvolvimento de HAS e a presença de albuminúria nessa população. Esse aumento na incidência de HA pode atingir 75-80% dos pacientes com doença renal diabética. Cerca de 40% dos pacientes com diagnóstico recente de DM tipo 2 apresenta HAS (DBHA VII, 2016, p. 45).

"Para as pessoas com doenças cardiovasculares ou com alto risco cardiovascular, devido à presença de um ou mais fatores de risco é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce. Assim, os serviços de aconselhamento, o controle dos medicamentos e o acompanhamento desses pacientes, principalmente os de alto risco cardiovascular, se torna de extrema importância para diminuir o número de eventos e internações" (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017, s.n).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado, “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações” para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

“Descrever um problema é caracterizá-lo para saber a sua dimensão e o que ele representa na realidade. Deve-se identificar o que caracteriza o problema inclusive sua quantificação” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 59). A equipe de saúde precisa entender a realidade da população e despertar a atenção para os determinantes do processo saúde doença. Para conhecer o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura é fundamental entender o processo de adoecer e os recursos disponíveis.

O diabetes mellitus, como dito anteriormente, acomete cerca de 8,9% da população brasileira. Nota-se que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica é cerca de duas vezes maior do que a da população em geral, podendo acometer até 60% dos pacientes diabéticos. Isso ocorre devido ao fato da hipertensão arterial sistêmica estar muitas vezes associada com a hiperglicemia, elevando o risco de desenvolvimento de complicações cardiovasculares, nefropatia e retinopatia diabética. Além disso, tendo em vista a circunscrição do levantamento elaborado, destaca-se o elevado nível de prevalência da hipertensão e do diabetes sem controle adequado entre os idosos. As complicações verificadas são em sua maioria em decorrência da resistência à implementação das recomendações médicas e à orientação dessa população. Portanto, é de extrema importância a orientação da população com o objetivo de controlar a hipertensão e o diabetes.

Diante de tal problema, faz-se necessário implantar um projeto que possibilite o acompanhamento e monitoramento dos pacientes, promovendo a prevenção por meio das orientações aos pacientes, pelo acompanhamento médico e pela utilização de diretrizes, quanto aos hábitos e procedimentos que minimizem os efeitos e complicações dessas doenças. Por fim, para solucionar esse problema foi definido um plano de ação.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

O quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, as causas de um problema são geradoras de outro problema ou outros problemas de acordo com Campos; Faria; Santos (2010).

Podemos explicar que quando as doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus não tem um adequado controle, são as principais responsáveis pelas complicações, pela internação hospitalar e pelas causas de morte.

Além do inadequado controle da população doente, existe uma população que está doente, mas que ainda não foi diagnosticada e que poderá ser identificada no estudo.

Também, identificou-se como uma das principais causas da expansão da hipertensão arterial sistêmica, em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, o desconhecimento da interação entre ambas as doenças e dos efeitos provenientes da ausência de fatores preventivos.

Na investigação dos fatores de risco que elevam os índices de complicações nos casos de pacientes diabéticos associados à hipertensão arterial sistêmica estão o tabagismo, a obesidade e o sedentarismo. São adversidades a serem trabalhadas por meio de ações pautadas em prevenção, que serão realizadas por meio desse estudo, no acompanhamento regular da população selecionada.

6.3 Seleção dos nós críticos

Todo problema tem uma ou várias causas que são os nós críticos. Estes nós devem ser analisados para serem enfrentados buscando a resolução do problema.

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p.65) as causas devem estar “dentro do espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Para os autores, o nó crítico é definido como a causa mais importante na origem do problema, que, quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e transformá-lo.

A grande dificuldade encontrada pela equipe nos cuidados com esses pacientes, deve-se a resistência à implementação das recomendações médicas, tanto quanto à prescrição e quanto à mudança no estilo de vida. Essa dificuldade encontrada deve-se a não percepção dos pacientes em relação a doença e dos seus agravos, a despeito das orientações

de saúde realizadas pelos profissionais da equipe da Unidade. Outro problema de grande importância é de como realizar a orientação da população, de forma que esta entenda a importância do autocuidado para o controle da hipertensão e do diabetes.

Abaixo estão descritos os nós críticos selecionados:

1. Dificuldade de adesão as recomendações médicas, tanto quanto à prescrição, quanto à mudança de estilo de vida;
2. Baixo número de cadastramento dos hipertensos e diabéticos
3. Obesidade
4. Baixo nível de conhecimento dos pacientes acerca da doença e dos seus agravos.

6.4 Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Dificuldade de adesão as recomendações médicas, tanto quanto à prescrição, quanto à mudança de estilo de vida.
Operações	-Criação de grupos operativos, afim de: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre a importância da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico; • Fomentar hábitos de vida saudáveis; -Programa de caminhada orientada; -Campanha educativa com panfletos;
Projeto	Promovendo o auto-cuidado
Resultados esperados	Maior adesão às recomendações médicas;
Produtos esperados	Controle satisfatório das patologias, diminuindo, a longo prazo, suas complicações. Melhoria na qualidade de vida do paciente.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico Cognitivo: conhecimento teórico Financeiro: recursos audiovisuais Políticos: nenhum
Recursos críticos	Cognitivo e Financeiro
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde Ator que controla: médica e enfermeira Motivação: Alta
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com a Secretária de Saúde. Promover reuniões de equipe com a finalidade de motivar todos os profissionais da unidade em relação ao projeto.
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação será feita pela ESF através de reuniões para análise e acompanhamento direto da pressão arterial e hemoglobina glicada nos respectivos grupos e nas consultas.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo número de cadastramento dos hipertensos e diabéticos.
Operações	-Realizar cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos que procuram a Unidade Básica de Saúde por livre demanda, por meio das consultas e acolhimento. -Através das consultas médicas estratificar os pacientes quanto aos fatores de risco modificáveis e controle da pressão arterial. A partir daí organizar a formação dos grupos operacionais de acordo com a necessidade de cada paciente. -Busca ativa das pessoas que não estão cadastrados na unidade.
Projeto	Conhecendo melhor você
Resultados esperados	Controle adequado da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
Produtos esperados	Conseguir cadastrar o maior número possível de diabéticos e hipertensos Diminuir número de pacientes com complicações devido ao diabetes e a hipertensão arterial
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico e recurso tecnológico Cognitivo: conhecimento científico Financeiro: Recurso tecnológico, como computadores. Político: Viabilização de uma ESF completa com agentes comunitários
Recursos críticos	Político
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde Médica e equipe ESF; Motivação: Alta
Ações estratégicas	-Apresentar e discutir o projeto com Secretaria de Saúde -Médica e enfermeira estão motivadas não necessita usar nenhuma ação estratégica
Prazo	6 meses
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e gerente da unidade
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Avaliação será feita pela ESF, principalmente pela médica e pela gerente da unidade, por meio de reuniões, com a finalidade de avaliação do número de cadastros de pacientes hipertensos e diabéticos, bem como estratificação de riscos desses pacientes.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I no município de Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Obesidade
Operações	-Palestras com nutricionistas e/ou outros profissionais da saúde em grupos operacionais e acompanhamento médico destes pacientes para avaliar a adesão, associado ao plano alimentar. -Orientar a população da importância de realizar atividade física e busca de projetos sociais relacionados ao tema.
Projeto	Comer bem, viver bem
Resultados esperados	-Diminuir o número de pessoas obesas. -Queda dos usuários sedentários -Alimentação adequada (baixo teor de sal e gordura, aumento do consumo de fibras) e conhecimento da população em relação aos alimentos consumidos.
Produtos esperados	Aumento do controle da hipertensão arterial; diabetes mellitus; qualidade de vida
Recursos necessários	Organizacional: grupo de caminhada; cadastro dos hipertensos e diabéticos que são obesos; consultas multidisciplinares. Cognitivos: estratégias para abordar o tema com a comunidade. Financeiro: para recursos audiovisuais e panfletagem. Político: Projetos para a comunidade
Recursos críticos	Financeiro e organizacional
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde Médica e enfermeira; Motivação: Alta
Ações estratégicas	Avaliar juntamente com os pacientes o emagrecimento gradual e a qualidade de vida oriunda de tais mudanças
Prazo	Prazo para implementação: 4 meses Duração da atividade: permanente
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das operações	-Gestão e acompanhamento será feita pela ESF. -A avaliação pelos usuários através de entrevistas e pelas consultas medicas para avaliar exames laboratoriais e peso.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica associada ao diabetes mellitus tipo 2 e suas complicações”, na população sob responsabilidade da UAPSF Mansour I, no município de Uberlândia, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Baixo nível de conhecimento dos pacientes acerca da doença e dos seus agravos.
Operações	-Aumentar o nível de informações e esclarecimentos prestados aos pacientes sobre a hipertensão arterial e diabetes tipo 2. - Discutir sobre os fatores de risco e das possíveis complicações das doenças. -Discutir sobre as ações preventivas. -Discutir sobre os tratamentos.
Projeto	Controle da pressão arterial e do diabetes
Resultados esperados	Pacientes mais empoderados de conhecimentos e estimulados a se cuidarem
Produtos esperados	-Maior adesão da população quanto as orientações recebidas pelos profissionais de saúde; -Melhoria na qualidade de vida; -Melhor controle da hipertensão arterial e diabetes tipo 2, diminuindo suas complicações a longo prazo.
Recursos necessários	Organizacional: organização da agenda. Cognitivos: conhecimento a respeito do tema. Político: apoio para as ações locais. Financeiro: para recursos audiovisuais
Recursos críticos	Financeiro e político
Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde Médica e enfermeira; Motivação: Alta
Ações estratégicas	Apresentar e discutir o projeto com a Secretaria de Saúde Médica e enfermeira estão bem motivadas, não necessita usar nenhuma ação estratégica.
Prazo	Prazo para implementação: 1 mês Duração da atividade: permanente
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das	Avaliação será feita pela ESF, por meio de reuniões que discutam os pros e contras destes encontros e pela população por meio de entrevistas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por altos custos hospitalares. Muitos desafios permanecem no enfrentamento dessas doenças, principalmente em relação à integração das políticas públicas aos serviços de saúde. A atenção básica é fundamental no elo entre as políticas de saúde, a comunidade e a Estratégia Saúde da Família, como estrutura para consolidar a promoção à saúde.

Portanto, partindo-se do pressuposto de que a Estratégia Saúde da Família é fundamental na promoção da saúde, foi proposto pela equipe um estudo para promover a redução das complicações e mortes devido às doenças cardiovasculares. Para isso se tornar realidade, foram realizadas atividades informativas, visto que boa parte dos pacientes com hipertensão e diabetes ou com ambas as doenças, não conhecem os cuidados necessários para a prevenção e o controle das patologias. Também, pelo levantamento realizado, verificou-se a necessidade de informar a população saudável ou as que são portadoras das doenças citadas, sobre a prevenção e seu controle.

Assim sendo, pôde-se concluir que a informação é o primeiro passo tanto para a prevenção quanto para o controle da HAS e do DM tipo 2, uma vez que a adoção de hábitos saudáveis como a manutenção de peso, a prática de atividades físicas e o não tabagismo são fatores importantes para o controle de muitas patologias, que a maioria da população desconhece. A informação pode ser o diferencial para a população. Deve ser contínua para que os resultados sejam realmente alcançados.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A.J. *et al.* Controle do tabagismo: desafios e conquistas. **J Bras Pneumol.**, v. 42, n. 4, p.290-98, 2016.

BAKRIS, G.L.; SOWERS, J.R. ASH Position Paper: treatment of hypertension in patients with diabetes- an update. **J Clin Hypertens.**, v.10, n.9, p. 707-13, 2008.

BARROSO, T.A. *et al.* Associação entre a obesidade central e a incidência de doenças e fatores de risco cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci.**, v.30, n.5, p. 416-24, 2017.

BRASIL. **Doenças cardiovasculares causam quase 30% das mortes no País.** Saúde, Portal do Brasil. Brasília, DF, 2014. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cardiovasculares-causam-quase-30-das-mortes-no-pais>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

BRASIL. EBC. **34% nos últimos cinco anos dos fumantes passivos.** Brasília, DF, 2016. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2016-12/numero-de-fumantes-passivo-no-trabalho-cai-34-em-cinco-anos>>. Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Pesquisa indica alto grau de sedentarismo e reforça que investimento público em esporte é essencial.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.esporte.gov.br/index.php/ultimas-noticias/209-ultimas-noticias/57492-pesquisa-indica-alto-grau-de-sedentarismo-e-reforca-que-investimento-publico-em-esporte-e-essencial>>. Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Governo do Brasil. **População brasileira passa de 207,7 milhões em 2017.** 23 dez. 2017a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2017/08/populacao-brasileira-passa-de-207-7-milhoes-em-2017>>. Acesso em: 01 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Número de brasileiros com diabetes cresceu 61,8% em 10 anos.** Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2017. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. 1ª ed. Brasília, DF, 2018b.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA,H.P.; SANTOS, M.A. Elaboração do plano de ação.In: CAMPOS, F.C.C.; FARIA,H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. 118p. : il.

CORREA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, C.S.L. Iniciação à Metodologia: Textos Científicos. Belo Horizonte. Nescon UFMG, 2013, p. 140.

DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL VII. Revista da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.107, n. 3, Supl. 3, Setembro 2016.

FIGUEIREDO, V.C.; TURCI, S.R.B.; CAMACHO, L.A.B. Controle do tabaco no Brasil: avanços e desafios de uma política bem sucedida. **Cad Saúde Públ.**, v.33, sup3, p. S4-S6, 2017.

FREITAS, L.R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 21, n.1, p. 7-19, 2012.

FLON, L.S.; CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes *mellitus* e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Rev Bras Epidemiol.**, v.20, n.1, p. 16-29, 2007.

GBD 2015 Tobacco Collaborators. Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990-2015: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. **The Lancet**, v.389, n. 10081, p. 1885-1906, 2017.

HÄRTL, G. WHO issues new guidance on dietary salt and potassium. **World Health Organization**, 2013. Disponível em:

<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2013/salt_potassium_20130131/en/>. Acesso em: 01 set. 2018.

HEIMANN, L.S. *et al.* Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(6):2877-2887, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v16n6/25.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

HENRIQUE, N.N. *et al.* Hipertensão arterial e diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n.2, p.168-73, 2008. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v16n2/v16n2a05.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades. Uberlândia**, 2018. [online] Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/uberlandia/panorama>>. Acesso em: 01 set. 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística **Brasil tem mais de 208,5 milhões de habitantes, segundo o IBGE**. 2018a. [online]. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2018/08/29/brasil-tem-mais-de-208-milhoes-de-habitantes-segundo-o-ibge.ghtml>. Acessado em 29/10/2018.

MALUF, F. O tabagismo no mundo e no Brasil. Blog Letra do médico. Junho 2017. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/blog/letra-de-medico/o-tabagismo-no-mundo-e-no-brasil/>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2007. Disponível em: <http://www.midias.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Atencao_Primary_a_Saude_-_recortado.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. 3 p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 novembro 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Organização Pan-Americana de Saúde. **Doenças Cardiovasculares**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839>. Acesso em: 13 novembro 2018.

PINTO, M.T.; PICHON-RIVIERE, A.; BARDACH, A. Estimativa da carga do tabagismo no Brasil: mortalidade, morbidade e custos. **Cad Saúde Públ.**, v.31, n.6, p. 1283-97, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório detalhado Uberlândia**. 2º quadrimestre de 2016. Disponível em: <www.uberlandia.mg.gov.br/uploads/cms_b_arquivos/18475.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2018.

RADOVANOVIC, C.A.T. *et al.* Hipertensão arterial e outros fatores de risco associados às doenças cardiovasculares em adultos. **Rev. Latino-Am. Enferm.**, v.22, n.4, p. 547-53, 2014.

RECK, L.L.; SILVEIRO, S.P.; LEITÃO, C.B. Tratamento da Hipertensão Arterial no Diabetes Melito. **Rev HCPA**, v.30, n.4, p. 400-6, 2010.

SESSO, R. Risco de vida residual para o desenvolvimento de hipertensão em homens e mulheres adultos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.48, n.4 p. 275-96, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400004>. Acesso em: 01 set. 2018.

SILVA, D.B. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em Centro de Saúde da Família. **RBPS**, Fortaleza, v.24, n.1, p. 16-23, 2011.

SILVA, T.R.; *et al.* Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde Soc.**, v.15, n.3., São Paulo Sept./Dec., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015>. Acesso em: 01 set. 2018.