

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

LEONEL ALEXEI NUEZ FONSECA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE
SAÚDE DA FAMÍLIA CANÁRIO DA TERRA, NO MUNICÍPIO DE
REDUTO - MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2015

LEONEL ALEXEI NUEZ FONSECA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE
SAÚDE DA FAMÍLIA CANÁRIO DA TERRA, NO MUNICÍPIO DE
REDUTO - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2015**

LEONEL ALEXEI NUEZ FONSECA

**DEMANDA ESPONTÂNEA DE PACIENTES COM HIPERTENSÃO E
DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE
SAÚDE DA FAMÍLIA CANÁRIO DA TERRA, NO MUNICÍPIO DE
REDUTO - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 2/12/2015

DEDICATÓRIA

À minha família por seu sacrifício e amor.

A meus Pais pelos valores que me ensinaram.

Ao povo cubano e brasileiro.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora do TCC, Profa. Maria Dolôres Soares
Madureira.

A todos meus amigos que tornaram possível a realização deste
projeto.

Aos tutores do Polo Juiz de Fora por sua dedicação.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Canário da Terra, de Reduto - MG encontra-se na área urbana do município, tem uma área de abrangência de aproximadamente 1197 famílias e 3646 habitantes, com uma maior porcentagem de pacientes em idade adulta e terceira idade. Um dos principais problemas encontrados foi o aumento significativo das consultas por demanda espontânea e dentro dessas uma grande quantidade de consultas por agravos em indivíduos hipertensos e diabéticos e consequente aumento da morbimortalidade por estas causas. Tais agravos têm como causas fundamentais: deficiente controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, maus hábitos e estilos de vida inadequados da população, aumento dos fatores de risco vascular por falta de conhecimento e educação sobre os mesmos e uma cultura institucional muito arraigada na população que favorece dita situação, definindo-se estes como nós críticos. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para diminuir os atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas como hipertensão e diabetes *mellitus* na área de abrangência da Equipe Saúde da Família. As ações para desenvolver o projeto foram elaboradas, seguindo as etapas: diagnóstico situacional pelo método de Estimativa Rápida, revisão bibliográfica do tema e elaboração do plano de ação. Espera-se com a implantação do plano de ação aumentar o controle e o acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, desenvolvendo consulta de HIPERDIA e ações educativas com foco nas causas, consequências e prevenção destas doenças.

Palavras chave: Hipertensão Arterial. Diabetes *Mellitus*. Fatores de risco. Acolhimento. Educação em saúde.

ABSTRACT

The Basic Health Unit Canary Earth, the MG gear units lies in the urban area, has a catchment area of approximately 1197 households and 3646 inhabitants, with a higher percentage of patients in adulthood and old age. One of the main problems encountered was the significant increase in the spontaneous demand and queries within these a lot of queries for diseases in hypertensive and diabetic individuals and consequent increase in morbidity and mortality for these causes. Such damages are fundamental causal: deficient control and follow-up of hypertensive patients and diabetics, bad habits and inappropriate lifestyles of the population, increased vascular risk factors for lack of knowledge and education about the same and a very rooted in institutional culture that favors said situation, by setting these as nodes critics. The aim of this paper is to elaborate a project of intervention to decrease the spontaneous demand calls for acute conditions of chronic diseases like hypertension and diabetes mellitus in the area covered by the family health team. The actions to develop the project were prepared, by following the steps: Situational diagnosis by rapid assessment method literature review of the topic and the preparation of the plan of action. It is expected with the implementation of the plan of action to increase the control and monitoring of hypertensive patients and diabetics, developing HIPERDIA query and educational activities focusing on causes, consequences and prevention of these diseases.

Keywords: Arterial hypertension. Diabetes Mellitus. Risk factors. User Embrace. Health education.

LISTA DE AVREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
ESF	Estratégia de Saúde de Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	17
5.2 Diabetes Mellitus	21
5.3 Fatores de Risco Associados à HAS e ao DM	23
5.4 Ações educativas na Estratégia Saúde da Família	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Reduto é um município que pertence ao Estado de Minas Gerais, sendo parte da mesorregião Zona da Mata e da microrregião de Manhuaçu. Tem como municípios limítrofes Manhuaçu, Santana do Manhuaçu, Simonésia, Manhumirim e Martins Soares, com distância de 298 km até a capital. Atinge uma área de 151.859km² e de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população estimada para 2014 era de 6.973 habitantes com uma densidade demográfica de 43,26 por km² (IBGE, 2014).

O núcleo que originou a cidade se deve à existência de duas estradas: uma que ligava Goiás ao Rio e outra que, vinda do sul da província, ia em direção ao norte. Em 1749, foi inaugurada a primeira capela no povoado denominado Lage, devido à sua posição topográfica, pois se localizava em cima de uma gigantesca pedra. O distrito, criado em 1840, recebeu o nome de Nossa Senhora da Penha de França do Arraial da Lage. Em 1911, criou-se o município com a denominação de Reduto (IBGE, 2014, sp.).

Reduto possui um total aproximado de 2.063 domicílios, sendo 1.197 na área urbana e 866 na rural. Tem um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,629 de acordo com o Censo realizado em 2010, uma renda familiar de R\$1.335,60 e a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 12,42%.

O abastecimento de água tratada é de 91,67% dos domicílios e o recolhimento de esgoto por rede pública em 88,03%, fossa 4,89% e a céu aberto 7,07% e 100% da população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) (IBGE, 2014).

O Produto Interno Bruto (PIB) do município é de R\$80.753.000,00 e um PIB *per capita*, a preços correntes, de R\$12.200,00. A economia é baseada na agricultura, sendo seu principal produto o café com uma produção anual de 3.704 toneladas e milho com 480 toneladas; na área da pecuária a produção de leite é de 933.000 mil litros anuais (IBGE, 2014).

Sistema municipal de Saúde

O município conta com um Pronto Atendimento de apoio que funciona na área rural do Guarani, um Centro Odontológico, uma Unidade Municipal de Fisioterapia e uma Unidade Municipal de Saúde Mental e duas equipes da Estratégia Saúde da Família.

O sistema de referencia e contrarreferência é realizado por meio de uma pactuação com outros municípios: a rede de média complexidade é atendida pelo município de Manhuaçu e a de alta complexidade nas cidades de Belo Horizonte e de Muriaé. Atualmente tem sido um problema, porque se tem grandes listas em espera para as consultas com as diferentes especialidades, o que influi no adequado acompanhamentos dos pacientes. Este sistema funciona unidirecionalmente, pois os pacientes são remetidos aos diferentes especialistas e voltam com tratamento ou conduta dependendo do caso, mas sem uma contrarreferência para atenção básica.

A rede de saúde privada do município é muito pequena e só tem um laboratório de análises clínicas que está contratada pelo SUS para fazer os exames do município.

O município de Reduto possui uma cobertura de 100% pela Estratégia de Saúde da Família, compreendendo a área urbana e a área rural; cada uma delas é atendida por um médico, um enfermeiro e uma técnica de enfermagem, um cirurgião dentista e 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). São duas as Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo a ESF “Canário da terra” na área urbana e a ESF Jaguarai na área rural.

Unidade Básica de Saúde “Canário da Terra”

A área de abrangência da ESF “Canário da Terra” tem um total de 197 famílias, com 3.646 habitantes distribuídos com predomínio do sexo feminino e idade entre 20 e 70 anos de idade. A Unidade Básica de Saúde (UBS) encontra-se no mesmo lugar onde se atendem os casos de emergência do município, o que contribui para o aumento das consultas por demanda espontânea em detrimento das consultas planejadas.

A estrutura da UBS possui um salão de espera, recepção ampla para um bom acolhimento dos usuários, três salas de consulta, sendo uma delas para consulta de enfermagem, sala de vacinação, sala de eletrocardiografia, sala de atenção das emergências, uma sala de curativos e procedimentos, uma sala com os recursos necessários para consulta odontológica, um salão de reuniões, uma sala para os ACS e uma sala de esterilização.

A equipe da UBS está formada por uma enfermeira coordenadora, uma auxiliar de enfermagem, dois médicos, onze agentes comunitários de saúde, um cirurgião dentista, uma auxiliar de saúde bucal e dois recepcionistas.

Em nossa equipe as reuniões são realizadas mensalmente, onde se definem as tarefas a serem realizadas no processo de trabalho e são discutidos os problemas da área de abrangência.

Nestas reuniões discutiu-se o diagnóstico situacional de saúde. Depois de definir os problemas e suas causas, chegou-se à conclusão de que o principal problema e que se tinha de priorizar era o aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Como causas principais, entre outras, destacaram-se o inadequado controle e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos o que contribui para o aumento da morbimortalidade por causas cardiovasculares.

No Brasil a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é estimada acima de 30%, aumentando proporcionalmente com a idade, atingindo mais de 50% da população entre 60 e 69 anos e 75% da população acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão (2010), a natureza assintomática da doença, a baixa adesão ao tratamento não farmacológico, a utilização irregular da medicação e os baixos níveis de controle da Pressão Arterial (PA) são as principais causas do controle insatisfatório, observado em boa parte dos pacientes.

Por sua parte o Diabetes *Mellitus* (DM) representa 10% da população, em geral, acima dos 20 anos de idade (MARASCHIN *et al.*, 2010).

A HAS e o DM mal controlados e em presença de outros fatores de risco cardiovascular, como os hábitos e estilos de vida inadequados, obesidade, hipertrigliceridemia, baixa do colesterol HDL proporcionam um aumento das complicações cardiovasculares. Estas complicações incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM), acidente vascular encefálico (AVE) e insuficiência renal crônica. Convertem-se em um problema para o Sistema Único de Saúde pelo aumento das internações nos hospitais, aumentando os gastos por esses conceitos que poderiam ser utilizados na prevenção e controle desses pacientes pela Atenção Primária à Saúde, melhorando a qualidade de vida dos mesmos (BARROSO; ABREU; FRANCISCHETTI, 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Chan (2013), a hipertensão é uma doença com alta mortalidade, praticamente invisível e muitas vezes assintomática. Destacar e divulgar a doença são de vital importância em sua detecção precoce. Na hipertensão são importantes as trocas urgentes no estilo de vida, portanto é necessário educar a população em relação aos passos e às medidas para o seu controle. Também devem saber que a hipertensão e outros fatores de risco como o diabetes, muitas vezes, aparecem juntos. Para aumentar este conhecimento precisa-se de um sistema de serviços de saúde voltados para a promoção da saúde e prevenção de agravos, oferecendo cobertura de saúde para toda a população, apoiar os estilos de vida saudáveis, estabelecer regimes alimentares equilibrados, evitar o uso nocivo do álcool, realizar exercício físico regularmente e diminuir o hábito de fumar.

Na ESF objeto deste estudo foi detectado que durante o ano 2013 do total de consultas 2.281 foram por HAS e DM (15%) e delas 1.643 (72,05%) por demanda espontânea. Dos 704 pacientes esperados com HAS, ou seja, 30% da população de acima de 20 anos, só estão cadastrados 361 que tem acompanhamentos pelos ACS, mas pelo médico da ESF não ocorre o mesmo conforme o protocolo do Ministério de Saúde. Em relação aos diabéticos, dos 234 (10% de > 20 anos) esperados, estão cadastrados 113 que não tem acompanhamento conforme protocolo. Entretanto, as consultas de demanda espontânea sobre condições agudas destas doenças crônicas aumentam a mortalidade por causas referentes ao aparelho cardiovascular, sendo que ocorreram 11 mortes no ano 2013, ocupando o primeiro lugar entre as causas de mortes. As internações hospitalares mostram tendências no acréscimo dos gastos em saúde e no sofrimento de pacientes e suas famílias.

Além dos dados coletados, foi identificado que na população há baixo nível educativo relacionado às DCNT e seus agravos nos diferentes órgãos, assim como os estilos de vida da população não são adequados. Diante do exposto, considera-se que este projeto é importante para esta comunidade e pretende-se com um plano

de intervenção minimizar as condições agudas destas doenças, assim como evitar os agravos e complicações das doenças em questão.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir os atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas como hipertensão e diabetes *mellitus* na área de abrangência da Equipe Saúde da Família “Canário da Terra” no município de Reduto.

4 METODOLOGIA

Para elaborar o plano de intervenção utilizou-se o método de Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Inicialmente fez-se um diagnóstico situacional pelo método de Estimativa Rápida, tendo como fonte de dados registros dos prontuários e outros oferecidos pela própria unidade básica de saúde do ano 2013. Foram utilizados também os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município e dados das bases nacionais estatísticas, como os apresentados pelo IBGE. Além disso, contou-se com observação ativa, reuniões da equipe de saúde, entrevista com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e pessoas da comunidade.

Depois de obter os dados elaborados e feito uma análise dos mesmos, estes foram discutidos com a equipe de saúde junto à comunidade e seus líderes, assim como funcionários administrativos da Secretaria Municipal de Saúde e a prefeitura. Identificaram-se nesta etapa os principais problemas, as prioridades para dar soluções e os “nós críticos” para desenvolver o plano de ação.

Foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema a trabalhar, utilizando as Publicações Médicas (PubMed), a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e as base de dados do *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), compreendendo publicações em idioma português e espanhol entre os anos 2001 e 2014.

Utilizaram-se descritores como: Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus*, Fatores de risco, Acolhimento, Educação em saúde.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Segundo a (OMS, 2005, p.21):

A maior parte das doenças crônicas não resulta em morte súbita. Ao contrário, elas provavelmente levarão as pessoas a tornarem-se progressivamente enfermas e debilitadas, especialmente se as suas doenças não tiverem o tratamento adequado. A morte é inevitável, mas um sofrimento prolongado não. A prevenção e o controle das doenças crônicas ajudam as pessoas a viver vidas mais longas e saudáveis

Mendes (2010, p.2298), citando Shramm *et al.* (2004), afirma que a incapacidade perdida ao longo dos anos é de 14,7% por “doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição; 10,2%, por causas externas; 8,8%, por condições maternas e perinatais e 66,3%, por doenças crônicas”. Ressalta-se que o percentual mais alto de incapacidade resulta de complicações das doenças crônicas, como a hipertensão e o diabetes *mellitus*.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) enfatiza que a análise epidemiológica, econômica e social mostra o crescimento do número de pessoas que apresentam a HAS e o DM ou que possuem risco de desenvolver estas doenças. Portanto torna-se necessário estabelecer programas e políticas públicas de saúde com a finalidade de minimizar as dificuldades dessas pessoas e seus familiares, propiciando-lhes melhor qualidade de vida.

Segundo o Ministério da Saúde, a HAS e o DM estão entre as primeiras causas de mortalidade e de internações hospitalares no Sistema Único de Saúde, em consequência de suas complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2013a).

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica de acordo com a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010, p.1) é uma “condição sistêmica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão

arterial”, considerando-se a pressão arterial igual ou acima de 140 x 90mmHg. Com frequência, está associada a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos, como encéfalo, coração, vasos sanguíneos e rins e a “alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais”.

Para a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia (2011), as pessoas com 18 anos ou mais de idade que comparecem à Unidade Básica de Saúde (UBS) devem ser rastreadas quanto à hipertensão arterial, utilizando-se dos momentos de consultas, atividades educativas, procedimentos, entre outros para se verificar e registrar a PA.

Ainda, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, Cardiologia e Nefrologia (2011) *apud* BRASIL (2013b, p.29)

A primeira verificação deve ser realizada em ambos os braços e após intervalo de um minuto, no mínimo, uma segunda medida deve ser realizada, caso haja diferença entre os valores, deve ser considerada a medida de maior valor. O braço com o maior valor aferido deve ser utilizado como referência nas próximas medidas. O indivíduo deverá ser investigado para doenças arteriais se apresentar diferenças de pressão entre os membros superiores maiores de 20/10 mmHg para as pressões sistólica/diastólica, respectivamente.

O diagnóstico da HAS pode ser obtido de forma simples, não necessitando de tecnologia sofisticada.

Consiste na média aritmética da PA maior ou igual a 140/90mmHg, verificada em pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas, ou seja, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013b, p.31).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b, p.31) alerta para o fato de que a PA elevada em apenas um dia não é determinante para que a pessoa seja diagnosticada como hipertensa. É importante fazer o diagnóstico correto da HAS, evitando considerar “a PA em situações de estresse físico (dor) e emocional (luto, ansiedade), pois um valor elevado, muitas vezes, é consequência dessas condições”. Portanto a pessoa deve ter a sua PA verificada também em outros momentos, sendo feito o seu rastreamento.

A partir da PA verificada no consultório, inicia-se o rastreamento; obtêm-se outras medidas em outros momentos e “em todos os indivíduos hipertensos no consultório sem evidência de repercussão em órgão-alvo, e naqueles normotensos sob risco aumentado de hipertensão”. Incluem-se também pessoas com pressão limítrofe, pessoas com idade entre 40 a 50 anos e aquelas que apresentam fatores de risco para a HAS, como história familiar, sobrepeso ou obesidade (BRASIL, 2013b, p.33).

De acordo com os valores pressóricos obtidos no consultório, podemos classificar a pressão arterial em normotenso, PA limítrofe e hipertensão arterial sistêmica, conforme mostra a Tabela 1. A HAS também pode ser diagnosticada por meio da MRPA ou do Mapa.

Tabela 1 – Classificação da pressão arterial para adultos maiores de 18 anos
Classificação Pressão sistólica (mmHg) Pressão diastólica (mmHg)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 – 89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 – 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110

Fonte: (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nota: Nota: Mapa = monitorização ambulatorial da PA de 24h; Ampa = automedida da PA; MRPA = monitorização residencial da PA.

Nas situações em que as pressões sistólica e diastólica estiverem em categorias diferentes, deve-se utilizar o valor da maior para classificação da pressão arterial (BRASIL, 2010a).

Recomenda-se utilizar o escore de Framingham para se fazer a estratificação do risco cardiovascular. Nesta estratificação, estima-se o risco que cada indivíduo pode apresentar de sofrer uma doença cardiovascular nos próximos dez anos, identificando os múltiplos fatores de risco, como sexo, idade, níveis pressóricos, níveis de HDLc e LDLc, tabagismo, entre outros. Realizada a estratificação de risco, os indivíduos com maior probabilidade de complicações são selecionados e poderão ser beneficiados com intervenções mais específicas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Embora a identificação do diagnóstico não seja considerada difícil e as medidas terapêuticas sejam eficientes, a adesão do paciente ao tratamento, incluindo manutenção e controle eficaz do regime terapêutico, é uma tarefa difícil para o hipertenso, seus familiares e equipe de saúde (DANIEL; VEIGA, 2013).

Um processo de educação permanente possibilita que os profissionais da Atenção Básica construam novas práticas e mudanças nos processos de trabalho para que os resultados relacionados à abordagem dos pacientes hipertensos sejam alcançados, reduzindo a morbimortalidade por essa patologia. Portanto, “uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas” (BRASIL, 2013b, p.22).

A prevenção primária da HAS pode ser feita controlando os seus fatores de risco, como sobrecarga na ingestão de sal, sedentarismo, obesidade, hábitos alimentares inadequados, abuso de álcool, entre outros. Entre as estratégias de prevenção, incluem-se a populacional e a dirigida a grupos de risco. A primeira busca reduzir a exposição populacional, em geral, a fatores de risco, como os citados; o profissional de saúde pode desenvolver ações educativas com a população, em grupos ou coletividades, orientando a população quanto à restrição do sal, à preparação de alimentos, evitando os alimentos industrializados, hábitos saudáveis de vida, entre outros. A segunda é direcionada a grupos de risco, estimulando-os a hábitos de vida mais saudáveis, mudanças no estilo de vida e outras ações com a finalidade de

diminuir os fatores de risco para Doença cardiovascular e reduzir a PA (BRASIL, 2013b).

Considerando a complexidade do problema HAS, é necessário que a abordagem seja multiprofissional e interdisciplinar e que haja envolvimento das pessoas hipertensas e seus familiares para se definir e adequar as metas de acompanhamento a serem atingidas (BRASIL, 2013b).

5.2 Diabetes *Mellitus*

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a, p.19), citando a World Health Organization (2006) *Diabetes mellitus*, é considerado um “transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina”.

A pessoa com diabetes *mellitus* (DM), geralmente, mostra-se assintomática por longo período de tempo, entretanto a sua detecção clínica pode ser feita pela avaliação dos fatores de risco. Portanto, a equipe de saúde da Atenção Básica deve buscar formas de identificar não apenas os sintomas, mas também esses fatores de risco, como hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e obesidade quando o usuário procura o serviço de saúde ou em visita domiciliares. “A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais” para melhorar a qualidade de vida, prevenindo as complicações (BRASIL, 2013a, p.27).

Neste sentido, Ferreira e Ferreira (2009), em estudo realizado sobre características epidemiológicas de pacientes diabéticos, identificaram como principais fatores de risco cardiovascular: obesidade, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares, sendo que a complicação mais freqüente foi o infarto do miocárdio. Outro resultado identificado pelas autoras foi que a pessoa procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) quando já apresenta a doença em estágio

avançado, muitas vezes apresentando morbidades associadas, reforçando o que foi dito anteriormente que o diagnóstico precoce não é tão fácil. Geralmente o usuário procura o serviço de saúde quando os sintomas se manifestam o que dificulta as ações de prevenção primária e secundária.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a) recomenda que as pessoas que apresentam fatores de risco para o diabetes *mellitus* sejam encaminhadas para consulta de rastreamento e avaliação da glicemia. Ao se fazer a consulta de rastreamento deve-se incluir: história pregressa da pessoa; exame físico com verificação de pressão arterial, e identificação de dados antropométricos, como peso, altura e circunferência abdominal e cálculo do Índice de Massa corporal (IMC), avaliar os fatores de risco para DM, as condições de saúde. Nessa consulta, é importante também que sejam solicitados exames laboratoriais necessários cujos resultados possam contribuir para definição do diagnóstico e conduta terapêutica ou preventiva (BRASIL, 2010a).

O diagnóstico de DM é baseado nos valores da glicose no sangue, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 – Valores preconizados para o diagnóstico de DM tipo 2 e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Glicemia de jejum	TTG: duas horas após 75 g de glicose	Glicemia casual	Hemoglobina glicada (HbA1C)
Glicemia normal	<110	<140	<200	
Glicemia alterada	>110 e <126			
Tolerância diminuída à glicose		≥140 e <200		
Diabetes mellitus	≥126	≥ 200	200 (com sintomas clássicos)	>6,5%

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009; World Health Organization (2006).

Rosa (2008, p.131) considera que apesar de medidas políticas mundiais e brasileiras, o controle do DM ainda representa um desafio para governos e sociedades, devido à carga de sofrimento que traz para a pessoa e seus familiares, além de incapacidade, perda de produtividade e morte prematura.

5.3 Fatores de risco associados à HAS e ao DM

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2010, p.10), fatores de risco, como: “aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM”.

Santos e Moreira (2012, p.1126) enfatizam que alguns fatores de risco para doenças cardiovasculares são modificáveis, citando “excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, fatores ambientais”. Outros não são modificáveis, como “idade, gênero e etnia, genética”.

A obesidade atingiu características epidêmicas, afetando cerca de 1 bilhão em todo o mundo. Em países em desenvolvimento como o Brasil, a obesidade já é um problema de saúde e tornou-se como causa epidêmica em pessoas de hipertensos e diabéticas, sendo que segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos estão obesos, cujas prevalências são maiores nos estados do sul e sudeste do país. A obesidade geralmente, é decorrente do consumo de altos níveis de açúcares e gorduras e do sedentarismo. A obesidade e o sobrepeso são diagnosticados tendo como parâmetro o Índice de Massa Corporal (IMC).

O tabagismo é considerado outro importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, em particular para o infarto do miocárdio, o acidente vascular encefálico e a morte súbita, embora a sua relação com a hipertensão arterial seja ainda controversa. Alguns estudos epidemiológicos não evidenciam haver uma associação direta entre o tabagismo e a hipertensão arterial, enquanto que outros

realizados com medidas casuais da PA indicam que, nas pessoas que fumam, a PA é inferior à observada em indivíduos expostos ao uso do cigarro (GIORGI, 2010).

O consumo abusivo de bebida alcoólica tem sido considerado também um fator que contribui para a elevação da pressão arterial. Estudos observacionais têm demonstrado que a “redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas” (BRASIL, 2006b, p.26).

5.4 Ações educativas na Estratégia Saúde da Família

Na atenção básica, os usuários entram em contato com o Sistema Único de Saúde, que se orienta pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vinculação, equidade e participação social. Nesse sentido, a equipe deve receber e acolher o usuário em sua singularidade, complexidade e inserção sociocultural, promovendo sua saúde, prevenindo e tratando doenças (BRASIL, 2010b).

Com isso, a ESF é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde, sendo a atenção primária uma estratégia de consolidação desses princípios. Deve-se trabalhar a atenção programada das condições crônicas dos usuários; um serviço de atenção à saúde focalizado na atenção da demanda espontânea aguda é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas. É importante deixar fora o modelo de atenção baseado em um sistema fragmentado, onde a doença comandava a busca pelo atendimento de saúde e ir ao encontro dos princípios do SUS. É importante também quebrar a idéia que o usuário tem sobre as unidades básicas de saúde, sendo procurando-as para resolver condições agudas (MENDES, 2012).

Para Alves e Calixto (2012), a falta de adesão ao tratamento da HAS e do DM constitui um sério problema de saúde pública, constituindo-se um desafio para os profissionais de saúde, principalmente os da atenção básica. Estima-se que a não

adesão ao tratamento resulta na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil diabéticos por ano.

Com o aumento progressivo de agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, o Programa Hiperdia foi criado em 2002 pelo Ministério da Saúde, com a finalidade de sistematizar o acompanhamento dos pacientes com HAS e DM na Atenção Básica. O Hiperdia define metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas doenças, reorganizando a atenção à saúde e assim diminuir os seus fatores de risco e as suas complicações (BRASIL, 2002 *apud* LIMA; GAIA; FERREIRA, 2012).

A formação de grupos de educação em saúde é reconhecida pelo Ministério da Saúde como uma das funções que devem realizar os profissionais da Equipe de Saúde da Família, para o seguimento das pessoas portadoras de doenças crônicas e outras condições que merecem mais atenção (BRASIL, 2001). Vasconcelos, Grillo e Soares (2009) destacam o acolhimento, a visita domiciliar e a consulta como outras tecnologias que podem ser utilizadas no processo de educação em saúde.

Para o desenvolvimento da consulta hiperdia é muito importante a formação de grupos educativos já que estes aumentam a participação ativa do usuário, da família e da Equipe Saúde da Família no processo educativo, de seguimento e controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*. Os grupos possibilitam a construção do conhecimento sobre o cuidar da própria saúde, informando-se sobre a patologia e os aspectos que a envolvem (RODRIGUES *et al.*, 2012).

No processo terapêutico e na prevenção da HAS e do DM as mudanças do estilo de vida são fundamentais, incluindo estratégias coletivas de individuais de abordagem. São necessárias estratégias de saúde pública que abordem os fatores de risco relacionados a hábitos e estilos de vida, sendo que geralmente, as estratégias coletivas, como grupos, são mais eficazes, resultando em benefícios individuais e coletivos e redução de agravos devido às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p.7) alerta para o fato de que:

[...] alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial.

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010b, p.11), as intervenções em saúde devem ter como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva ao mesmo tempo:

[...] as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

O “Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022” tem por finalidade preparar o país para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis nos próximos dez anos, incluindo: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, diabetes entre outras. Este plano prioriza os principais fatores de risco modificáveis, anteriormente mencionados: tabagismo, obesidade, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional de saúde, utilizando o método de Estimativa Rápida, foi realizado pela equipe de saúde com participação de líderes da comunidade e funcionários da Secretaria de Saúde. Há que se considerar a grande importância que este projeto tem para esta comunidade da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família “Canário da Terra”, desenvolvendo um plano de ação para minimizar os agravos da HAS e do DM e melhorar a qualidade de vida da população.

Definição dos problemas

Depois da análise da situação de saúde, chegou-se à conclusão de que os principais problemas de saúde são:

- Aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*.
- Ausência de dados estatísticos de outros anos que permitam fazer um adequado planejamento e organização do processo de trabalho da ESF.
- Alta incidência de indivíduos com problemas de saúde mental.
- Alta incidência do baixo peso ao nascer na área de abrangência.
- Aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.

Priorização dos problemas

Após a identificação dos principais problemas, na própria reunião definiram-se as prioridades para suas soluções de acordo com a sua importância, urgência para sua solução e a capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo com os critérios acima, o problema considerado prioritário foi o aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e o diabetes *mellitus*.

A seguir, o quadro 1 mostra a priorização dos problemas.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da Equipe Saúde da Família Canário da Terra em Reduto - MG

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e o diabetes <i>mellitus</i> .	Alta	7	Parcial	1
Aumento da morbimortalidade por doenças cardiovasculares.	Alta	6	Parcial	2
Alta incidência de indivíduos com problemas de saúde mental.	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência do baixo peso ao nascer na área de abrangência.	Alta	5	Fora	4
Ausência de dados estatísticos de outros anos que permita fazer um adequado planejamento e organização do processo de trabalho da PSF.	Alta	5	Fora	5

Fonte: Resultados da reunião em equipe.

Explicação e descrição do problema principal

Na área de abrangência desta equipe foi detectado um aumento de atendimentos de demanda espontânea por condições agudas de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e o diabetes *mellitus*. Durante o ano 2013 do total de consultas, 2.281 foram por HAS e DM (15%) e dessas 1.643 (72,05%) foram por demanda espontânea.

Após fazer uma análise com equipe de saúde, foram identificados alguns problemas que estão provocando essa situação em nossa área de abrangência, como a falta de um adequado registro estatístico dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde.

Dos 704 pacientes esperados com HAS, 30% da população acima de 20 anos, só estão cadastrados 361(15,38%) e em relação aos diabéticos, dos 234 (10% de > 20 anos) esperados, estão cadastrados 113 (4,81%). Este é um índice baixo de pacientes diagnosticados com essas duas doenças, uma vez que muitos pacientes em nossa área, possíveis hipertensos e diabéticos, ainda não foram identificados e que não se tem conhecimento de sua situação de saúde e outros pacientes que embora já diagnosticados não tenham acompanhamento conforme protocolo, sendo acompanhados apenas pelos agentes comunitários de saúde (ACS); o médico da ESF não faz este acompanhamento, conforme o protocolo do Ministério de Saúde.

Outro problema encontrado é a alta frequência de hábitos e estilos de vida inadequados da população e sua falta de conhecimentos sobre os fatores de risco associados às DCNT e a forma de combatê-los. Este problema é encontrado também entre os agentes comunitários de saúde e outros trabalhadores de nossa equipe, o que apresenta uma dificuldade para o adequado acompanhamento e controle destas doenças.

Por último e não menos importante é a não realização da consulta de hiperdia; os pacientes não têm uma adequada avaliação de seus fatores de risco cardiovascular e o planejamento do acompanhamento é deficiente. Com isso, observa-se um aumento dos agravos e mortalidade por causas relacionadas ao aparelho

cardiovascular, resultando como primeira causa de morte no município, ou seja, 11 mortes no ano 2013 e segundo lugar nas internações hospitalares com tendências de acréscimos dos gastos em saúde e do sofrimento de pacientes e suas famílias.

Identificação dos “nós críticos”

“Nó crítico” de um problema é definido por Campos, Faria e Santos (2010, p.63) como um tipo de causa que, “quando atacada é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Após ser discutido o diagnóstico situacional, identificar a priorização dos problemas, descrever e explicar o principal problema de saúde, foram definidos os “nós críticos” seguintes:

- Precário registro estatístico do número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade Básica de Saúde.
- Hábitos e estilos de vida inadequados da população.
- A Equipe ainda não tem desenvolvido a consulta de Hiperdia.
- Falta de conhecimento e habilidades por parte dos integrantes de equipe sobre fatores de risco e suas influências sobre as doenças crônicas.

Em seguida, a equipe discutiu o desenho das ações, identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.

Os quadros 2, 3, 4 e 5 mostram os desenhos das operações para cada “nó crítico” do problema, bem como: projeto, resultados esperados, produtos esperados, atores sociais, recursos necessários, recursos críticos, controle dos recursos críticos/viabilidade, responsáveis, cronograma/prazo, gestão, acompanhamento e avaliação.

Quadro 2 - Desenho de operações para o nó crítico “Precário registro estatístico do número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados na unidade Básica de Saúde”.

Nó crítico	Precário registro estatístico do número de Hipertensos e Diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde.
Operação	Melhorar o cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde. Realizar atividades para pesquisa ativa de pacientes hipertensos e diabéticos na comunidade.
Projeto	Cadastrando
Resultados esperados	Aumento do registro de hipertensos e diabéticos cadastrados.
Produtos esperados	Pacientes hipertensos e diabéticos com melhor controle
Atores sociais /responsáveis	Equipe de saúde
Recursos necessários	Estrutural. Equipamentos para aferir pressão arterial e medir glicose capilar, espaço com condições adequadas para os procedimentos. Cognitivo: Conhecimento científico acerca dos temas abordados Organizacionais: Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis. Financeiro: Aquisição de formulários e folhas para os registros estatísticos e recursos para a compra equipamentos para exames Político: Articulação entre os setores assistenciais da saúde.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição formulários e folhas para os registros estatísticos e recursos para a compra de equipamentos para exames Político: Articulação entre os setores assistenciais da saúde.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável
Responsáveis	Gestora de atenção básica da saúde
Cronograma/ Prazo	3 meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Quadro 3 - Desenho de operações para o nó crítico “Hábitos e estilos de vida inadequados da população”.

Nó crítico	Hábitos e estilos de vida inadequados da população.
Operação	Identificar espaços educativos para a população (praça, escolas, unidade básica de saúde) para promoção de hábitos e estilos de vidas saudáveis. Divulgar fatores de risco da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes <i>mellitus</i> . Capacitar as ACS sobre fatores de risco e agravos da HAS e do DM.
Projeto	Educando
Resultados esperados	Mudanças nos hábitos e estilos de vida não saudáveis (tabagismo, uso de álcool, hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo). Aumentar o conhecimento dos fatores de risco para hipertensão e diabetes na população. ACSs capacitadas sobre o tema.
Produtos esperados	Avaliação dos conhecimentos da população sobre hábitos e estilos de vidas saudáveis e fatores de risco da hipertensão e diabetes. Programas educativos na rádio local e escolas.
Atores sociais /responsabilidades	Médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.
Recursos necessários	Organizacionais: Locais para fazer palestras e colocar pôsteres informativos, folhetos, folhas etc. Cognitivo: Conhecimentos científicos sobre o tema Políticos: Conseguir local e articulação intersetorial e espaços educativos na rádio local. Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, folhetos e meios audiovisuais.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos educativos e audiovisuais. Política: Conseguir local para atividades educativas e espaço na rádio local.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Prefeito Municipal - Motivação Favorável Secretaria de Saúde - Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis	Enfermeira
Cronograma/ Prazo	3 meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais

Quadro 4 - Desenho de operações para o nó crítico “A Equipe ainda não tem desenvolvido a consulta de Hiperdia”.

Nó crítico	A Equipe ainda não tem desenvolvido a consulta de Hiperdia
Operação	Desenvolver a consulta de HIPERDIA. Procurar fatores de risco associados aos pacientes com HAS e DM. Lograr a estratificação do risco cardiovascular dos pacientes.
Projeto	Acompanhando
Resultados esperados	Controle e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos conforme o protocolo
Produtos esperados	Consulta Hiperdia em funcionamento. Pacientes hipertensos e diabéticos com identificação dos fatores de risco associados e com a classificação de risco cardiovascular.
Atores sociais /responsabilidades	Médico e Enfermeira
Recursos necessários	Organizacionais: Consulta em condições adequadas e disponibilizadas, adequação da agenda do médico e da enfermeira, agenda aberta para consultas programadas. Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema Financeiro: Recursos necessários para equipamentos. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas. Político: decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.
Recursos críticos	Financeiro: Recursos necessários para equipamentos. Recursos para compra de medicamentos, exames e consultas especializadas. Político: Decisão de aumentar o financiamento para o desenvolvimento da consulta. Articulação entre os setores assistenciais da saúde.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretário de Saúde Motivação favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira
Cronograma/ Prazo	3 meses para início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais

Quadro 5 - Desenho de operações para o nó crítico “Falta de conhecimento e habilidades por parte dos integrantes de equipe sobre fatores de risco e suas influências sobre as doenças crônicas”.

Nó crítico 4	Falta de conhecimento e habilidades por parte dos integrantes de equipe sobre fatores de risco e suas influências sobre as doenças crônicas.
Operação	Realizar atividades educativas com os integrantes da equipe sobre identificação dos fatores de risco e suas influências nas doenças crônicas. Desenvolver habilidades com os integrantes da equipe sobre a identificação de agravos nos pacientes hipertensos e diabéticos.
Projeto	Preparados
Resultados esperados	Membros da equipe com mais conhecimento e habilidades sobre fatores de risco e suas influências nas doenças crônicas como hipertensão e diabetes
Produtos esperados	Integrantes da equipe mais preparados para enfrentar o problema.
Atores sociais /responsabilidades	Secretaria de Saúde, Gestora de atenção básica de saúde.
Recursos necessários	Organizacionais: Adequação das condições dos espaços para as atividades educativas. Adequar a agenda dos atores sociais responsáveis. Cognitivo: Conhecimento científico sobre o tema Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, folhetos e meios audiovisuais. Político: Conseguir o local e articulação intersetorial.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de recursos educacionais, folhetos e meios audiovisuais. Político: Conseguir o local e articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretario de Saúde Motivação favorável.
Ação Estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis	Enfermeira coordenadora da ABS
Cronograma/ Prazo	3 meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto e avaliações mensais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela importância que hoje têm as doenças crônicas não transmissíveis no desenvolvimento de agravos e complicações, como a HAS e a DM, que levam o paciente à morte, é que este projeto de intervenção deve ser desenvolvido visando um melhoramento da saúde da população.

É preciso quebrar antigas formas de trabalhar e agir de maneira diferenciada no processo saúde-doença, realizando uma abordagem preventiva sobre fatores de risco que hoje são comuns no desenvolvimento humano, diminuindo deste jeito as consultas de demanda espontânea por condições aguda destas doenças.

Particularmente, este trabalho tem fornecido ferramentas no processo de trabalho da equipe, aumentando seu conhecimento em temas tão importantes como a identificação de problemas da área de atenção e a melhor maneira de enfrentamento para sua solução.

Este trabalho provavelmente contribuirá para que a equipe de saúde fique mais próxima da comunidade, da família e do indivíduo, para atingir as metas propostas.

REFERÊNCIAS

ALVES, B. A.; CALIXTO, A. A. T. F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **J Health Sci Inst.** v.30, n.3, p.255-60, 2012.

BARROSO, S. G.; ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A.. A Participação do Tecido Adiposo Visceral na Gênese da Hipertensão e Doença Cardiovascular Aterogênica: Um Conceito Emergente. **Arq. Bras. Cardiol.** v.78, n.6, p.618-630, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. **Plano de Reorganização de atenção a Hipertensão arterial e a diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de Operação. **Hiperdia-** Sistema de Cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Obesidade.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 108p. (Cadernos de Atenção Básica, n.12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 58p. (Cadernos de Atenção Básica, n.16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 60 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

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

CHAN, M. **Información general sobre la hipertensión en el mundo**. OMS 2013, p. 5
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

DANIEL, A. C. Q. G.; VEIGA, E. V. Fatores que interferem na adesão terapêutica medicamentosa em hipertensos. **Einstein**. v.11, n.3, p.331-7, 2013.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema Hiperdia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009.

GIORGI, D. M. A. Tabagismo, hipertensão arterial e doença renal. Sociedad Brasileira de Hipertensão. **Rev. Hiper.**, v.13, n.4 , p.257-60, 2010.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Minas Gerais**. 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=315415>> Acesso em: 30 jun. 2015.

LIMA, A. S.; GAIA, E. S. M.; FERREIRA, M. A. A importância do Programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família do município de Serra Talhada - PE, para adesão dos hipertensos e diabéticos ao tratamento medicamentoso e dietético. **Saúde Coletiva em Debate**. v.2, n.1, p.30-29, dez. 2012.

MARASCHIN, J. F.; MURUSSI, N.; WITTER, V.; SILVEIRO, S. P. Classificação do diabetes mellitus. **Arq. Bras. Cardiol.** [online], v.95, n.2, 40-46, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília, 2005. 36p. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 232 p.

RODRIGUES, F. *et al.*. O funcionamento e a adesão nos grupos de Hiperdia no município de Criciúma: uma visão dos coordenadores. **Rev. Saúde Pública. Santa Cat.** v. 5, n. 3, p. 44-62, 2012.

ROSA, R. S. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.17, n.2, p.131-134, 2008.

SANTOS, J. C.; MOREIRA, T. M. Fatores de risco e complicações em hipertensos/diabéticos de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1125-1132, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 Sept. 2015.

SHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Cien. Saúde Colet.**, v.9, p. 987-908, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** v.95, n.1, sup.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, HIPERTENSÃO E NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 97, n. 3, sup.3, p.3-24, set. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde**: Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009. 73p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia**: report of a WHO/IDF consultation. Geneva, 2006. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. WHO, Geneva, 2006.