

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

TANIA HERNANDEZ RODRIGUEZ

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E SUA
REPERCUSÃO NO CONTROLE DE AGRAVOS. ENTRE RIOS DE
MINAS. MINAS GERAIS**

Juiz de Fora. Minas Gerais.

2015

TANIA HERNANDEZ RODRIGUEZ

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E SUA
REPERCUSÃO NO CONTROLE DE AGRAVOS. ENTRE RIOS DE
MINAS. MINAS GERAIS**

**Trabalho de conclusão de curso
apresentado ao curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde de Família.
Universidade Federal de Minas Gerais, para
obtenção do Certificado de Especialista.**

Orientador: Prof. Maria José Moraes Antunes

Juiz de Fora. Minas Gerais.

2015

TANIA HERNANDEZ RODRIGUEZ

**ACOMPANHAMENTO DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS E SUA
REPERCUSÃO NO CONTROLE DE AGRAVOS. ENTRE RIOS DE
MINAS.MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.Ms. Maria José Moraes Antunes. UFMG

Examinador 2: Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos. UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2015.

DEDICATORIA

A minha filha por sua paciência e amor.

A meus pais por sua confiança.

A minha Pátria por sua grandeza.

Aos pobres do mundo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todas aquelas pessoas que fizeram possível para realização deste projeto.

Agradeço a meus amigos por sua confiança

Agradeço ao povo de Entre Rios de Minas, meu principal objetivo.

RESUMO

A Unidade Básica de Saúde Dra. Valeria Maria Baeta, de Entre rios de Minas-MG encontra-se no centro da cidade, tem uma área de abrangência de aproximadamente 1071 famílias e 3470 habitantes, com uma maior porcentagem de pacientes em idade adulta e terceira idade, distribuídos em seis microrregiões. Um dos principais problemas encontrados foi um aumento significativo das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares, que tem como causas um deficiente acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos, altos níveis dos demais fatores de risco vascular e uma cultura institucional que favorece dita situação, sobretudo por falta de conhecimento e educação sobre o tema, entre outras causas. Dos 625 hipertensos esperados, só tem acompanhamento 154 e dos 312 diabéticos esperados só tem acompanhamento 44. O objetivo do projeto de intervenção é melhorar a qualidade de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos e conseqüentemente diminuir a mortalidade por seus agravos. Metodologicamente as ações para desenvolver o projeto foram feitas em três grandes etapas, primeiro um diagnóstico situacional, uma revisão bibliográfica profunda do tema e a elaboração de um plano de ação. Para alcançar o objetivo pretende-se trabalhar na área educativa do problema divulgando causas e conseqüências destas doenças crônicas, criar grupos operativos segundo fatores de risco associados, desenvolver a consulta de HIPERDIA e realizar uma pesquisa ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Com a realização das tarefas e o alcance dos objetivos pretende-se diminuir o sofrimento e os anos potenciais de vida perdidos nesta população.

Palavras chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Diabetes Mellitus. Fatores de risco. Saúde do adulto. Doença Cardiovascular. Educação.

ABSTRACT

The Basic Health Unit Dra . Maria Valeria Baeta , Between the rivers of Minas-Gerais , is ubicada in the city center , has a catchment area of approximately 1071 households and 3470 inhabitants , with a higher percentage of patients in adulthood and Seniors , over six microrregions . One of the major problems encountered has been a significant increase in rates of morbidity and mortality from vascular diseases whose causative poor monitoring of hypertensive and diabetic patients , high levels of other vascular risk factors and an institutional culture that promotes situation dictates , above all by lack of knowledge and education on the topic, among other causal . Of 625 hypertensive expected , follow second protocol only has 154 and 312 diabetic expected only has monitoring 44. The purpose of the intervention project is to improve the quality of life of hypertensive and diabetic patients, and consequently decrease the mortality grievances . Methodologically actions to develop the project was done in three major steps , first a situational diagnosis , a thorough bibliographic review and the preparation of an action plan . For the achievement of the objective it is intended to work in the educational field of the problem spreading causes and consequences of these chronic diseases , create operating groups according to associated risk factors , develop query HIPERDIA and conduct an active search of hypertensive and diabetic patients in the area covered . With the completion of tasks and the achievement of objectives is intended to reduce suffering and years of potential life lost in this population .

Keywords : Hypertension. Diabetes Mellitus. Risk Factors. Adult Health. Cardiovascular Disease. Education .

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MG	Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
ESF	Estratégia de Saúde de Família
SUS	Sistema Único de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
Pud.Med	Publicações Médicas
PAS	Pressão arterial sistólica
PAD	Pressão arterial diastólica
OMS	Organização Mundial da Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
DCV	Doença cardiovascular
PAS	Promoção da alimentação saudável
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
APS	Atenção Primária de Saúde
SIAB	Sistema de Informação na Atenção Básica

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO.

Entre Rios de Minas pertence a Unidade Federativa de Minas Gerais, a mesorregião metropolitana de Belo Horizonte e a microrregião de Conselheiro Lafaiete, tem como municípios limítrofes, Casa Grande, Desterros dentre Rios, Jeceaba, Lagoa Dourada, Queluzito, Resende Costa, e São Brás do Suaçuí, com distância de 110 km até a capital. Tem uma População de 15.034 habitantes segundo IBGE/2010. Entre Rios de Minas tem origem no século XVII e deve seu nome ao fato de estar situada entre os rios Camapuã e Brumado. O município é conhecido como berço do Cavalo Campolina e local aonde nasceu Santa Manoelina dos Coqueiros, é orgulho da cidade as lindas arquiteturas da Igreja Matriz de Nossa Senhora das Brotas, datada de 1928, e do belo prédio do Hospital Cassiano Campolina, construído em 1910, é um lugar propício para a prática de esportes ao ar livre como escalada, voo livre, mountain bike, trekking entre outros. O município tem uma área total de 456.796 Km², uma concentração habitacional de 0,03 hab./Km² e um número aproximado de 2709 domicílios e 3296 famílias. (IBGE/2010).

Entre Rios de Minas tem um índice de desenvolvimento humano de 0,744 (PNUD/2000), uma taxa de urbanização de 31,18/Km², renda familiar de R\$ 1500,00, abastecimento de água tratada em 99,69% e o recolhimento de esgoto por rede pública em 90%. A economia é baseada na agropecuária, grande produtora de leite, milho e de uma cachaça artesanal famosa na região. Demograficamente há um predomínio das idades entre 15 e 60 anos com um crescimento anual de 1.05%. (IBGE/2010) De acordo com os dados da assistência social o município possui 859 famílias com renda per capita inferior a R\$60,00 e 17 famílias em situação de risco e percentual da população usuária da assistência á saúde no SUS em 90%. Tem um Conselho Municipal de Saúde, que tem reuniões ordinárias uma vez ao mês e se for necessário efetuam-se reuniões extraordinárias onde são discutidos temas relacionados com a saúde da população assim como soluções a diferentes problemas apresentados. Existe um Fundo municipal de saúde, e o orçamento destinado á saúde. (Secretaria de Saúde).

Os pontos de atenção à saúde da rede SUS compreendem três Estratégias de Saúde de Família (ESF): ESF “Dr. Roberto Andrés” coabitando o Centro de Saúde “Tancredo Neves”, ESF “Dra. Valéria Baeta”, ESF “Dr. Alcino Lázaro” com um Ponto de Apoio no Bairro Castro, Unidade Básica de Saúde “Dr. José Gonçalves da Cunha”, um Pronto Atendimento que funciona nas dependências do Hospital Cassiano Campolina, um Centro Odontológico, uma Unidade Municipal de Fisioterapia e uma Unidade Municipal de Saúde Mental. O município tem uma Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais-APAE, um Asilo “Dona Alzira Ribeiro” e uma Creche Municipal. A rede de saúde privada do município compreende: três centros de fisioterapia, dois consultórios de psicologia, oito consultórios odontológicos, uma associação médica composta por quatro médicos, um consultório de ortopedia, um de pediatria, dois de clínica geral e três laboratórios de análises clínicas, dois deles contratados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Hoje, o município de Entre Rios possui uma cobertura de 71,75% pela Estratégia de Saúde da Família, compreendendo em 100% de cobertura da área urbana e ainda fica área rural sem cobertura pela ESF.

O sistema de referência e contra-referências hoje é um problema porque tem grandes listas em espera para as consultas com as diferentes especialidades o que influi no adequado acompanhamentos dos pacientes, além disso, este sistema se estabelece numa só direção, pois os pacientes são encaminhados aos diferentes especialistas e voltam com tratamento ou conduta dependendo do caso, mas sem uma contra referência para a atenção básica.

A área de abrangência do ESF: Dra. Valéria Maria Baeta Moraes tem um total de 3470 habitantes em 1071 famílias distribuídas em seis microrregiões, predomínio do sexo feminino e um maior porcentual de pacientes entre 15 e 70 anos de idade. O posto de saúde está localizado num morro no centro da cidade com dificuldades para seu acesso por pessoas com incapacidades o que representa uns dos grandes problemas para serem resolvidos em longo prazo. Tem uma estrutura básica com salão de espera, recepção ampla para um bom acolhimento dos usuários, três salas de consulta, uma delas para consulta de enfermagem, uma sala de curativos e procedimentos, uma para consulta odontológica com todos os recursos necessários, um salão de

reuniões, uma sala para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma sala de esterilização. A equipe está formada por uma enfermeira coordenadora, uma auxiliar de Enfermagem, uma médica, seis agentes comunitários de saúde, um dentista, uma auxiliar odontológica, uma recepcionista e uma auxiliar geral de saúde. A equipe faz reuniões mensais para definir tarefas no processo de trabalho e discutir os problemas da área de abrangência, deste jeito junto a líderes comunitários e funcionários políticos se discutiu o diagnóstico situacional, depois de definir os problemas e suas causas, efetuou-se a priorização conforme importância, urgência e capacidade para seu enfrentamento e chegaram a conclusão que o problema fundamental da população e que se tinha que priorizar era o aumento nas taxas de morbimortalidade por doenças vasculares, se encontraram como causas fundamentais, não desenvolvimento da consulta de HIPERDIA e inadequado controle e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos como principais doenças que levam a mortes de causa vascular, os maus hábitos e estilos de vidas inadequados da população como o uso de álcool, tabagismo, dietas não saudáveis; baixo nível educativo sobre doenças crônicas, aumento do estresse, a não criação de grupos operativos e a baixa prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos conforme ao percentual esperado. Identificaram-se e desenharam as operações para os nós críticos e facilitaram a intervenção do problema.

Como parte do plano de ação se pretende trabalhar as necessidades educativas relacionadas com os maus hábitos e estilos de vida, criando espaços de promoção na comunidade, divulgar causas e consequências da HAS e do DM, realizar pesquisa ativa de pacientes hipertensos e diabéticos, desenvolver a consulta de HIPERDIA e criar grupos operativos de hipertensos e diabéticos de acordo a fatores de risco associados. Serão necessários recursos humanos capacitados, estratégias de comunicação para a mobilização da população alvo, será preciso articular parceria da ESF com a Secretaria de Saúde do município e da ESF com centros de atenção secundários. Será preciso fazer adequações na agenda dos integrantes da equipe e serão necessários recursos financeiros e espaços para a realização das atividades.

No Brasil a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) é estimada em 35% com aumento proporcional a idade atingindo aproximadamente ao 75% da população acima de 70 anos. Sabe-se que a natureza assintomática da doença, a baixa adesão ao tratamento não farmacológico a utilização irregular da medicação, são uma das principais causas do controle insatisfatório, observado em boa parte dos pacientes (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010). Por sua parte a Diabete mellitus (DM) representa o 10% da população acima dos 20 anos de idade.

A Hipertensão e a Diabetes são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representa, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetido à diálise (SCHMIDT, M.I *et al*, 2009, ROSA, 2008).

Uma análise epidemiológica, econômica e social do número crescente de hipertensos e diabéticos, mostra a necessidade de implantar políticas de Saúde que minimizem o sofrimento dessas pessoas e suas famílias, melhorando sua qualidade de vida. (BRASIL, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Andrade Gourlat (2011), a situação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) é considerada hoje uma verdadeira epidemia, agravada pela transição demográfica acelerada que se associa com uma transição de natureza epidemiológica, superando as doenças transmissíveis nas estatísticas. Hoje as DCNT, representam a maior causa de morte no mundo, além das mortes destacam-se as incapacidades deixadas por elas ocasionando sofrimento e alto número de anos de vida perdidos.

Na área de abrangência da ESF Dra. Valéria Maria Baeta Moraes detectaram-se que dos 625 (20% de >20 anos) pacientes esperados com HAS só estão cadastrados 527, segundo o SIAB (2010), desse total estão confirmados 154 com acompanhamento conforme protocolo e 92 com bom controle, em relação aos diabéticos, dos 312 (10% de > 20 anos) esperados estão cadastrados 114, destes 84 confirmados e só 44 com acompanhamento conforme protocolo. Entanto os agravos aumentam, a mortalidade tem tendências de acrescentamento e os gastos em saúde e o sofrimento de pacientes e suas famílias olham-se comprometidas.

Aos dados estatísticos soma-se o baixo nível de informação em relação a DCNT suas causas e conseqüências, o aumento no consumo do álcool, o sedentarismo, o estresse, o tabagismo e os maus hábitos alimentares, é de considerar a importância que este projeto tem para esta comunidade e com um plano de ação para minimizar os agravos destas doenças e promover a qualidade de vida da população.

3 OBJETIVOS.

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes com hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus atendidos na ESF Dra. Valéria Baeta Moraes.

3.2 Objetivos específicos:

- Criar espaços educativos na comunidade para promoção de estilos de vida saudáveis.
- Divulgar causas e conseqüências da HSA e DM.
- Criar grupos operativos de Hipertensos e diabéticos.
- Realizar atividades para pesquisa ativa de pacientes HSA e DM.
- Desenvolver a consulta de HIPERDIA.

4 METODOLOGIA

Para fazer o plano de intervenção se utilizou o método de Planejamento Estratégico Situacional. Foi feito um diagnóstico situacional pelo método de Estimativa Rápida tendo como fonte de dados os registros da própria unidade básica de saúde assim como os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município, as entrevistas a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) a líderes comunitários e políticos, a observação ativa e além consideraram dados das bases nacionais estatísticas como os apresentados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE/2010).

Os dados e informações do Diagnóstico Situacional foram discutidos com a equipe de saúde junto à comunidade e seus líderes, assim como funcionários políticos e administrativos, se identificaram os principais problemas, e se definiram as prioridades conforme a sua importância, a urgência de solução e a capacidade para seu enfrentamento. Depois se descreveram e explicaram os principais problemas para chegar aos nós críticos e elaborar o plano de ação.

Para a construção do referencial teórico foi feita a revisão da literatura, e foram consultadas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a base de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Publicações Médicas (PubMed) compreendendo publicações em idioma português e espanhol entre os anos 2000 e 2013, os descritores : hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, fatores de risco, saúde do adulto, doença cardiovascular e educação, foram utilizados para a referida revisão.

5 REVISÃO DA LITERATURA

Há uma alta frequência na associação de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus o que aumenta consideravelmente o risco de apresentar uma doença vascular com repercussão na qualidade de vida da população.

5.1 Hipertensão arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, seu início é silencioso, e tem agravos importantes para os sistemas cardiovascular e renovascular (ALMEIDA *et.al.*2006). É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral. No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006a)

A hipertensão arterial sistema é definida como a persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) iguais ou acima de 140 mmHg e níveis de pressão arterial diastólica (PAD) iguais ou acima de 90 mmHg aferidos em três ou mais oportunidades diferentes e em indivíduos que não estão fazendo uso de anti-hipertensivos. (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010)

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas (doença parenquimatosa renal, doença renovascular, endócrinas, coarctação da aorta, hipertensão gestacional, neurológicas, estresse agudo entre outras) que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou

curar a hipertensão arterial. É a chamada hipertensão secundária. No nível de atenção básica, a equipe de saúde deve estar preparada para diagnosticar, orientar e tratar os casos de hipertensão essencial, que são a maioria. Por outro lado, os casos suspeitos de hipertensão secundária deverão ser encaminhados a especialistas. (BRASIL, 2006a)

A Hipertensão arterial sistêmica apresenta custos médicos e econômicos tanto para a sociedade, família e o indivíduo, baseadas fundamentalmente nas doenças cerebrovasculares, doença arterial coronária, Insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular periférica, como esta explicitada na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da HAS aos níveis considerados normais em todo o mundo, a despeito dos diversos protocolos e recomendações existentes e maiores acesso a medicamentos (BRASIL, 2006a).

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares e das lesões em órgão-alvo. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham, categorizando ao paciente de baixo, mediano ou alto risco. Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão. Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, podem-se estabelecer os três graus distintos de risco cardiovascular anteriormente mencionado. (BRASIL, 2006a)

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. 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. Hoje esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado e do aumento das complicações (BRASIL, 2006a).

A abordagem individual é muito importante, mas, cada vez mais se evidencia a necessidade da abordagem coletiva, com a criação de grupos operativos e a inclusão da família e a sociedade, para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial.

A detecção, o tratamento e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos vasculares que diminui a qualidade de vida da população e aumenta a mortalidade diminuindo os anos potenciais de vida da população, segundo as VI Diretrizes brasileiras de hipertensão (2010).

5.2 Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus é considerada hoje uma epidemia mundial, muito associada á hipertensão arterial sistêmica. A doença é definida como aumento de glicose acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e gorduras, esta hiperglicemia é causada pela ausência ou deficiência na produção de insulina pelo pâncreas. (CARVALHO *et al.*,2012)

A Classificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas de Diabetes: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e Diabete Mellitus gestacional. Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância á glicose diminuída. Essas categorias

não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV).

A incidência de Diabetes mellitus tipo 1 é mais frequente na infância e na adolescência, variando entre 7 e 12 por 100.000 habitantes e é causada por mecanismos não muito bem esclarecidos, definindo-se como tais causas autoimunes, infecções, principalmente víricas entre outras. A Diabetes Mellitus tipo 2 tem como causas a resistência à insulina e a relativa deficiência de liberação de insulina pelo pâncreas, com uma prevalência de 7,8% da população entre 30 e 69 anos de vida, sendo a mais frequente. (CARVALHO *et al.*, 2012)

Segundo Ferraz e seus colaboradores (2012) dizem que os estilos de vida não saudáveis, a urbanização da população, o envelhecimento acelerado, o sedentarismo, a obesidade, a alimentação inadequada, hábitos tóxicos como o fumo e o alcoolismo, vem aumentando as taxas de incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis dentro das quais está a Diabetes Mellitus e a Hipertensão arterial sistêmica, onde seus agravos são as principais causas de mortalidade em adultos no Brasil.

As complicações da Diabetes Mellitus são causa de incapacidade física, morte prematura, além de custos gerados nos cuidados dentro e fora das instituições de saúde, a repercussão de tais complicações alcançam níveis imperecíveis tanto para o indivíduo, a família e a comunidade. São complicações habituais da Diabetes Mellitus, as doenças cardiovasculares, os acidentes cerebrovasculares, a doença renal crônica, afecções oculares como a retinopatia que pode levar a cegueira permanente e amputações de membros. (SANTOS, 2006; GIACOMINI, *et al.*, 2008)

Projeções para as próximas décadas indicam aumento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente das doenças cardiovasculares e Diabete tipo 2, ao final de 2010 cerca de 25,8 milhões de crianças e adultos americanos possuíam Diabetes, sendo gastos bilhões de dólares no diagnóstico, com despesas médicas diretas, em custos indiretos,

devido a mortalidade prematura e amputações (NATIONAL DIABETES FACT SHEET, 2011).

Quando se avalia o paciente diabético deve-se revisar a anamnese, história pregressa pessoal e familiar, uso de medicamentos, hábitos tóxicos e estilos de vida, realizar exame físico na busca de agravos da diabetes ou lesão de órgão alvo, perguntar sobre sintomas que poderiam estar presentes como poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento evidente em pouco tempo, fadiga, feridas que cicatrizam com dificuldades, disfunção erétil no home, prurido genital e ter os resultados da avaliação laboratorial (BRASIL, 2006b).

Depois do diagnóstico, o tratamento do paciente diabético envolve principalmente cuidados não medicamentosos e onde o paciente e sua família vai ter uma alta responsabilidade ficando cientes da necessidade desses autocuidados para um bom sucesso do tratamento medicamentoso, se finalmente o precisara. Este autocuidado está relacionado com a prática regular de atividade física moderada, melhorando o controle metabólico e diminui o uso de hipoglicemiantes, ajuda no emagrecimento nos pacientes obesos, diminui o risco de doença cardiovascular, além de isso deve ter um acompanhamento nutricional e estabelecimento de dieta para o controle glicêmico, e o controle de fatores de risco tais como hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade tabagismo, alcoolismo, dislipidemias já que ao ter controlados ditos fatores diminuem todos os agravos e desenvolvimento de complicações. O tratamento medicamentoso deve ser instituído quando não há controle apesar das mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2006b).

5.3 Políticas para promoção de estilos de vida saudáveis

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos

de vida que reduzirão o risco de exposição, trazendo benefícios individuais e coletivos para a prevenção da HAS, DM e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006a).

A implementação de um modelo de atenção à saúde direcionado à pessoa é de grande importância para aplicar estratégias que melhorem o controle das doenças crônicas não transmissíveis neste caso a HAS e a DM, evitar seus agravos e aumentar a qualidade de vida da população, e essa tarefa é uma meta das equipes de saúde que hoje trabalham na atenção primária onde o relacionamento com a comunidade é direto e sistemático.

Brasil tem investido na formulação e implementação de políticas de promoção, proteção e recuperação de saúde. O Ministério de Saúde em setembro de 2005 definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que tem três eixos: O pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. O Pacto em Defesa da Vida possui relevância pelo aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase na qualificação da Estratégia da Saúde da Família, a promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo, controle do uso abusivo do álcool, educação geral em saúde e cuidados especiais relacionados com o processo de envelhecimento (BRASIL, 2010).

Propõe-se que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes 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 e as ações de promoção sejam um mecanismo de fortalecimento duma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor da saúde (Redes de saúde) os outros setores do governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade onde todos sejam responsáveis pelo cuidado e proteção da saúde e da vida (BRASIL, 2010).

Em 2011, no Plano de enfrentamento das DCNT (2011-2022) foram priorizados os quatro principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação

inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas). Foram ainda estabelecidas metas para o monitoramento do Plano o que apoiou a prioridade da promoção da Saúde na agenda do SUS (CARVALHO, *et al.*,2014).

No caso da promoção de atividade física e práticas corporais, definiu-se pela implantação do *Programa Academia da Saúde* que surge após um análise do cenário de adoecimento e mortalidade por condições crônicas sobre tudo no que tange ao excesso de peso e obesidade, de fato, varias iniciativas já vinham fazendo promoção à prática de atividade física como principal ação no enfrentamento a esse agravo, com a participação da comunidade, foi então que se lança o programa com o apoio no SUS com a finalidade de promover a pratica de exercícios, alimentação saudável, modos saudáveis de vida, produção de cuidado entre outros (CARVALHO, *et al.*,2014).

Como parte da promoção e prevenção das DCNT é desenhada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) fundamenta-se no Direito Humano á Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), incentivando ao aleitamento materno e modos de vidas saudáveis. Tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem o consumo de alimentos de baixo custo e elevado valor nutritivo desde os primeiros anos de vida passando pela idade adulta ate a terceira idade, desenvolvendo ações educativas nas unidades básicas de saúde, escolas e ambiente de trabalho, assim como eventos de mobilização da comunidade, medidas de incentivo como as atividades que difundem a informação e medidas de proteção que são de caráter regulatório. (VASCONCELLOS, *et al*, 2007)

Segundo Buss (2000) a ideia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde- doença.

5.4 Métodos para a formação de grupos operativos de hipertensos e diabéticos

A Estratégia da saúde da família (ESF) é caracterizada pela multidisciplinaridade do trabalho em equipe. Uma das principais ferramentas para promoção da saúde, prevenção (primária ou secundária) de doenças e integralidade é o trabalho em grupo.

O trabalho educativo com grupos na Atenção Primária de Saúde (APS) procura uma solução terapêutica e também de diagnóstico, de dificuldades no cuidado do paciente com doenças crônicas não transmissíveis, é por isso que os profissionais de saúde se identifiquem com o olhar daqueles que cuidam dependendo muito da cultura que estão inseridos. Isso define o trabalho com grupo como uma forma de intercâmbio entre o cuidador e os que são objeto do cuidado, relacionado com a cultura hábitos, costumes, crenças, valores, práticas de cuidado consigo mesmo, com o outro e com o meio ambiente por uma parte, e o conhecimento técnico e científico que deve estar á altura do nível cultural da outra parte.

Pensar em trabalho com grupos de Diabéticos e hipertensos implica observar as condições nas que essas doenças apareceram nessa população, esta atividade é uma das mais utilizadas na ESF e que contribui ao acompanhamento de pessoas com DM e HAS, mas há que conhecer a cultura do grupo. (FERNANDES, 2013)

Deve aqui ser lembrado que a cronicidade da doença requer que os afetados estão cientes da importância da qualidade de vida, a fim de ter uma melhor e viver bem com esta situação, tanto no seio da família e na sociedade, o que ele também inclui a aceitar limites, encontrar novas formas de dia para dia, partilhar conhecimentos e experiências de vida, buscando mudar as idéias, conceitos, comportamentos e atitudes, a fim de conquistar estima, vontade de aprender, para controlar e viver com a doença. (FERNANDES, 2013)

Segundo Torres e outros autores (2007), a partir da experiência de profissionais de saúde da família e da comunidade acadêmica universitária

envolvida com a prática dos serviços de saúde, identificou-se o quanto é baixa a ocorrência de atividades educativas no âmbito individual e coletivo, em especial sobre doenças crônicas não transmissíveis. Quando realizadas, essas atividades são em forma de palestras, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela e sem continuidade do processo educativo. Percebeu-se ainda que as orientações restringem-se a apenas um profissional enfermeiro ou de nível médio, sem planejamento das ações educativas.

Esse problema que é mencionado, forma parte de uma resistência às mudanças de um modelo de atenção á saúde que ainda tem raízes nas áreas de saúde, e que leva uma etapa de aprendizado, educação permanente e adaptação às novas formas de trabalho e objetivo para atingir, do pessoal de saúde.

A aprendizagem centrada nos processos grupais coloca em evidencia a possibilidade de uma nova elaboração de conhecimento, de integração e de questionamentos acerca de si e dos outros. A aprendizagem é um processo contínuo em que comunicação e interação são indissociáveis, na medida em que se aprende a partir da relação com os outros. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da realidade uma atitude investigadora, uma abertura para as dúvidas e para novas inquietações. (BASTOS, 2010)

De fato o ser humano nasce e se desenvolve dentro de um grupo, neste caso a família onde há um intercambio de saberes e aprendizado em relação à cultura, hábitos, valores, se estabelecem comparações entre um e outro membro familiar e é alí onde se aprende a viver no dia a dia no médio social. A tarefa dos profissionais da saúde tem necessariamente que seguir o caminho desenhado pela dialética humana no fato de como aprender melhor, é assim como os grupos operativos jogam um papel importante no processo educativo nas mudanças de hábitos e estilos de vida inadequados, tendo em conta a melhor maneira de conseguir o objetivo central e utilizar a técnica adequada de acordo às características do grupo para cuidar.

A técnica do grupo operativo pressupõe a tarefa explícita (aprendizagem, diagnóstico ou tratamento), a tarefa implícita (o modo como cada integrante

vivência o grupo) e o enquadre que são elementos fixos (o tempo, a duração, a frequência, a função do coordenador e do observador). O processo grupal se caracteriza por uma dialética na medida em que é permeado por contradições, sendo que sua tarefa principal é justamente analisar essas contradições. A mudança, que é o objetivo primordial de todo grupo operativo, envolve todo um processo gradativo, onde os integrantes passam a assumir diferentes papéis frente à tarefa grupal, assim há um momento de pré-tarefa onde há uma resistência dos integrantes ao contato com os outros e consigo mesmo, na medida em que o novo gera ansiedade e medo, de deparar com algo que possa surpreender e pensar de forma diferente do mundo e de se mesmo, a partir do momento em que é possível elaborar ansiedades básicas, romper com estereotípias, abrir-se para o novo, pode-se dizer que o grupo está na tarefa, a partir desse momento o grupo percorre uma trajetória para atingir os objetivos, quando o grupo aprende a problematizar as dificuldades, a elaboração de um projeto comum já é possível e pode passar a operar um projeto de mudanças. (BASTOS, 2010)

Observa-se, entretanto, que nem sempre os profissionais de saúde estão preparados para assumir a coordenação desses grupos, na medida em que esta prática exige atributos e habilidades, imprescindíveis para a interpretação dos fenômenos grupais. As vezes que se apresentam dificuldades no desenvolvimento desse trabalho no referente à infraestruturas inadequadas falta de material audiovisual, panfletos informativos e educativos, falta de apoio logístico. (FERNANDES, 2011). Mas se pode fazer muito com pouco, o que sem este bem claro é que o principal é a capacitação e habilidade do profissional assim como a vontade dos integrantes do grupo para conseguir o objetivo desejado.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Depois de ter feito a análise da situação de saúde, a equipe junto a líderes da comunidade e funcionários da Secretaria de Saúde chegou a conclusão que os principais problemas de saúde da área de abrangência são:

1-O posto de saúde está localizado num morro o que impede o acesso fácil para pessoas com incapacidades fisicomotoras.

2-Os pacientes encaminhados para diferentes especialidades, pelo SUS, ficam esperando muito tempo para serem avaliados.

3- Prevalência de 52% no consumo de antidepressivos e ansiolíticos pelos usuários acima de 18 anos de idade.

4- Cadastramento de 30% do total de usuários e famílias previstas.

5- Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares.

Depois identificar os principais problemas na própria reunião definiu se as prioridades.

Quadro 1- Problemas encontrados e sua priorização

Problema	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares	Alta	7	Parcial	1
Cadastramento de 30% do total de usuários e famílias previstas	Alta	6	Parcial	2
Prevalência de 52% no consumo de antidepressivos e ansiolíticos pelos usuários acima de 18 anos de idade.	Alta	5	Parcial	3
Os pacientes encaminhados para diferentes especialidades, pelo SUS, ficam esperando muito tempo para serem avaliados	Alta	5	Fora	4
O posto de saúde está localizado num morro o que impede o acesso fácil para pessoas com incapacidades fisicomotoras.	Alta	5	Fora	5

Quadro 2- Descrição do problema “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares”.

Descritores/ 2013	Valores	Fonte
Hipertensos esperados	625	Epidemiologia (20% de >20 anos)
Hipertensos cadastrados	527	SIAB (2013)
Hipertensos confirmados	154	Prontuários
Hipertensos acompanhados conforme protocolo	154	Prontuários
Hipertensos controlados	92	Prontuários
Diabéticos esperados	312	Epidemiologia (10% de >20 anos)
Diabéticos cadastrados	114	SIAB (2013)
Diabéticos confirmados	84	Prontuários
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	44	Prontuários
Diabéticos controlados	33	Prontuários
Internações por emergências hipertensivas	53	Estadísticas de saúde
Internações por causa cardiovascular (Infarto do miocárdio)	10	Estadísticas de saúde
Internações por crise hiperglicêmicas	25	Estadísticas de saúde
Óbito por diabetes mellitus	3	Estadísticas de saúde
Óbito por causa cardiovascular	5	Estadísticas de saúde

➤ **Explicação do problema principal**

Para dar explicação ao problema surgiu inúmeras idéias, identificando além os nós críticos, os quais sobressaíram, chegando a seguinte conclusão:

- Maus hábitos e estilos de vida inadequados como o uso abusivo do álcool, tabagismo e dietas não saudáveis.
- Baixo nível de informação, dos usuários, sobre doenças crônicas e seus agravos.
- Não desenvolvimento da consulta de HIPERDIA e, portanto inadequado controle e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos.
- Falta de cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos ou conhecidos sem tratamento regular e sem acompanhamento conforme protocolo.
- Falta de espaço físico para desenvolver os grupos operativos de hipertensos e diabéticos.

Depois de ter discutido o diagnóstico situacional e definir os problemas da área de abrangência da ESF Dra. Valéria Maria Baeta Moraes ,assim como a priorização, descrição, explicação e definição os nós críticos se retomou o debate da equipe para em conjunto realizar o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.

As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos quadros que seguem.

Quadro 3- Desenho das operações sobre nó crítico 1 para intervenção do problema priorizado “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares”, em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema priorizado	Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares
Nó crítico 1	Os maus hábitos e estilos de vida inadequados da população como o uso de álcool, tabagismo, dietas não saudáveis.
Operação/ Projeto	Mais Saúde -Criar espaços educativos na comunidade (praças, escolas, reunião de vizinhos, instituições sociais) para promoção de estilos de vidas saudáveis. -Capacitar os ACS sobre o tema
Resultados esperados	-Mudanças em 10% nos hábitos e estilos de vida não saudáveis (sedentarismo, uso de álcool, tabagismo, hábitos alimentares não saudáveis). -ACS capacitados.
Produtos esperados	-Programa antitabagismo. -Programa contra o alcoolismo. -Adesão á prática regular de exercícios físicos. -Adesão a uma dieta saudável
Atores sociais /responsabilidades	Equipe de saúde, psicólogo e nutricionista do NASF
Recursos necessários	Estrutural: espaços para o desenvolvimento das atividades. Cognitivo: conhecimento científico acerca dos temas abordados. Organizacionais: definir agenda dos atores para atendimento individual e em grupos. Financeiro: para aquisição de materiais audiovisuais. Político: articulação Inter setorial.
Recursos críticos	Financeiro: Aquisição de materiais audiovisuais. Político: Articulação Inter setorial
Controle dos recursos	Secretaria de Saúde

críticos/Viabilidade	Motivação: favorável
Ação Estratégica de motivação	Presentar e discutir o plano de ação.
Responsáveis	Enfermeira
Cronograma/ Prazo	03 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Quadro 4- Desenho das operações sobre nó crítico 2 para intervenção do problema priorizado “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares” , em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema priorizado	Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares
Nó crítico 2	Baixo nível de informação da população sobre doenças crônicas e seus agravos
Operação/ Projeto	Saber Mais -Divulgar causas e consequências da Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus. - Capacitar os ACS sobre o tema
Resultados esperados	-Aumentar o conhecimento das doenças crônicas que desenvolvem agravos cardiovasculares e cerebrovasculares. -ACS capacitados.
Produtos esperados	População em geral com conhecimentos básicos sobre hipertensão e diabetes.
Atores sociais /responsabilidades	Médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.
Recursos necessários	Estrutural: espaços para divulgar e colocar pôster informativo, folhetos, folhas etc. Cognitivo: conhecimentos científicos sobre o tema. Financeiro: aquisição de material de divulgação e mídias audiovisuais
Recursos críticos	Financeiro: aquisição de material educativo
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretaria de Saúde Motivação favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação
Responsáveis	Enfermeira
Cronograma/ Prazo	03 meses para início das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Quadro 5- Desenho das operações sobre nó crítico 3 para intervenção do problema priorizado “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares” , em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema priorizado	Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares.
Nó crítico 3	Não desenvolvimento da consulta de HIPERDIA e inadequado controle e acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos
Operação/ Projeto	<p>Mais cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> -Desenvolver a consulta de HIPERDIA -Identificar os fatores de risco associados aos pacientes com HAS e DM. -Estratificação de risco cardiovascular de acordo com Escore de Framingham. -Capacitar os ACS.
Resultados esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Hipertensos e diabéticos conhecidos com controle e acompanhamento conforme o protocolo. -ACS capacitados.
Produtos esperados	<ul style="list-style-type: none"> -Desenvolvimento da consulta HIPERDIA. -Pacientes hipertensos e diabéticos com classificação de risco cardiovascular. -Identificados Fatores de risco associados.
Atores sociais /responsabilidades	Médico e enfermeira
Recursos necessários	<p>Estrutural: consulta disponibilizada, balança, fita métrica, instrumental para aferir pressão arterial, glicômetro. Adequar agenda do médico e enfermeira, agenda aberta para consultas programadas.</p> <p>Cognitivo: conhecimento científico sobre o tema.</p> <p>Financeiro: aquisição de formulários para classificação de risco</p> <p>Recursos necessários para</p>

	equipamentos da rede, exames e consultas especializadas. Político: decisão de aumentar o financiamento para as prioridades da consulta.
Recursos críticos	Financeiro: aquisição de formulários para classificação de risco Recursos necessários para equipamentos da rede, exames e consultas especializadas. Político: decisão de aumentar o financiamento para as prioridades da consulta
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretario de Saúde Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação
Responsáveis	Enfermeira
Cronograma/ Prazo	03 meses para inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

Quadro 6- Desenho das operações sobre nó crítico 4 para intervenção do problema priorizado “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares” , em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema priorizado	Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares.
Nó crítico 4	Falta de cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos, ou conhecidos sem tratamento regular e sem acompanhamento conforme protocolo.
Operação	Somos Mais -Realizar atividades para pesquisa ativa de pacientes hipertensos e diabéticos ainda não conhecidos e sua incorporação á consulta de HIPERDIA.
Resultados esperados	Todos os pacientes da área de abrangência cadastrados e atendidos no Hiperdia
Produtos esperados	Hipertensos e Diabéticos melhor controlados.
Atores sociais /responsabilidades	Médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, ACS.
Recursos necessários	Estrutural: equipamento médico para aferir pressão arterial e medir glicose capilar, espaço com condições adequadas para os procedimentos. Organizacional: adequar à agenda dos atores sociais responsáveis. Cognitivo: Conhecimento científico do tema Financeiro: Para o transporte dos atores até os lugares para fazer o cadastro.
Recursos críticos	Financeiro: Para o transporte dos atores até os lugares para fazer o cadastro
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretario de Saúde Motivação: favorável.
Ação Estratégica de motivação	Presentar e discutir o plano de ação.
Responsáveis	Enfermeira coordenadora
Cronograma/ Prazo	03 meses para o inicio das atividades

Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto e avaliações mensais
--	--

Quadro 7- Desenho das operações sobre nó crítico 5 para intervenção do problema priorizado “aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares” , em Entre Rios de Minas, Minas Gerais.

Problema priorizado	Aumento de 7% das taxas de morbimortalidade por doenças vasculares.
Nó crítico 5	A equipe ainda tem procurado espaços para desenvolver os grupos operativos de hipertensos e diabéticos
Operação/ Projeto	Juntos na luta -Criar grupos operativos de hipertensos e diabéticos de acordo aos fatores de risco associados.
Resultados esperados	Aumentar adesão dos pacientes diabéticos e hipertensos ao tratamento assim como promover o autocuidado.
Produtos esperados	Pacientes hipertensos e diabéticos mais capacitados no autocuidado.
Atores sociais /responsabilidades	Médico, enfermeiro, ACS, auxiliar de enfermagem, nutricionista, dentista.
Recursos necessários	Estrutural: espaços adequados para desenvolver as atividades grupais, equipamento para aferir pressão arterial, glicômetro para medir glicose capilar, materiais audiovisuais, folhetos, canetas, folhas brancas. Organizacionais: adequar agendas dos atores responsáveis Cognitivo: conhecimentos científicos do tema, capacidade para desenvolver atividades docentes. Financeiro: para aquisição de

	materiais educativos e audiovisuais
Recursos críticos	Financeiro: para aquisição de materiais educativos e audiovisuais
Controle dos recursos críticos/Viabilidade	Secretario de saúde Motivação: favorável
Ação Estratégica de motivação	Apresentar e discutir o plano de ação.
Responsáveis	Enfermeira coordenadora.
Cronograma/ Prazo	03 meses para o inicio das atividades
Gestão acompanhamento e avaliação	Gestor do projeto, avaliações mensais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a implementação e sistematização deste plano de intervenção espera-se diminuir significativamente a morbimortalidade por doenças vasculares, falamos de Infarto do miocárdio, Insuficiência cardíaca, acidentes cerebrovasculares, doença renal crônica, doença arterial periférica e as incapacidades psicomotoras em geral, agravos causados fundamentalmente por duas grandes entidades como é a hipertensão arterial sistêmica e a Diabetes Mellitus, pelas quais hoje o município de Entre Rios de Minas, como muitos municípios no país, tem feito grandes investimentos econômicos.

No desenvolvimento deste projeto também se logrou um aumento do conhecimento do pessoal da equipe de saúde, sobre os temas abordados, assim a maneira correta de fazer um diagnóstico situacional identificando-se os principais problemas, sua análise, explicação, e definição de planos de ação para os diferentes problemas que hoje a equipe enfrenta.

Todo conhecimento técnico e científico por parte das equipes de saúde, para o melhoramento da qualidade de vida da população deve ser aplicado, portanto que este trabalho seja em benefício a os necessitados, com a educação permanente no processo de trabalho de todos os profissionais da saúde.

8 REFERÊNCIAS.

ALMEIDA, V.et al. **Atenção á saúde do adulto, Hipertensão e Diabetes.** Secretaria de Estado de saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

ANDRADE GOULART,F.A. Doenças crônicas não transmissíveis: Estratégias de controle desafios para os sistemas de Saúde. OPS. Brasília; p.91, 2011.Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acesso em: 3 de dezembro de 2014

BASTOS, A. B. A técnica de grupos-operativos á luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. In: **Psicol. informação**, ano 14, n.14, jan./dez. 2010.p.160-169 [online] Disponível em: < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2348/2334>> Acesso em: 10 de julho 2015

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, 2006.58p.(Cadernos de Atenção Básica; 16). (Serie A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde, Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica Nro 36. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília, p.20, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.64p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em: http://www.dab.saúde.gov.br/docs/publicações/cadernos_ab/abcad16.pdf Acesso em: 10 de julho de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde/** Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. - 3.ed-Brasilia: Ministério da Saúde, 2010. 60p.-(Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006;v.7)

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida, In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> Acesso em: 10 de Julho de 2015

CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, mai. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 1 de agosto 2015

CHOR, D; MENEZES, P. R. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *Veja*, 2011, vol. 6736, no 11, p. 60135-9. Disponível em:<http://www.download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf> Acesso em: 3 de dezembro de 2014

FERNANDES, M. T.; SILVA, L.; SOARES, S. M.. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1331-1340, 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700067&lng=en&nrm=iso>. access on 02 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700067>.

FERNANDES, M. T.; SILVA, L.; SOARES, S. M. Grupos socioeducativos: experiência de cuidado transcultural na atenção primária de saúde no Brasil. **Enfermería Comunitaria** (rev. digital) 2013, 9(1). Disponível em: <<http://www.index-f.com/comunitaria/v9n1/ec9108e.php>> Consultado el 1 de Agosto de 2015.

FERRAZ, M.B.et al. Cadastro de hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde da Família: uma análise sob as lentes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade de Atenção Básica. In: **10^o Congresso Internacional da Rede Unida**, 2012. Disponível em:<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru.10/view/3860>. Acesso em 19 Julho de 2015.

GIACOMINI, K.C.et al. Estudo de base populacional dos fatores associados á incapacidade funcional entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun.2008. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600007&lng=en&nrm=iso. Acesso em 19 Julho de 2015.

MALTA CARVALHO , D. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da saúde, um balanço, 2006 a 2014. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11) p, 4301-4311, 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf> Acesso em: 2 de agosto de 2015

NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. Data Sources, Methods and References for Estimates of Diabetes na PreDiabetes. **National Diabetes Fact Sheet**, 2011.

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, A.M. Diabetes Mellitu. In: LUNA, R.L.& SABRA, A. **Medicina de Família: Saúde do adulto e do idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.2006, p.849-863.

SCHMIDT,M .I.et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Saúde no Brasil 4**. Brasília; p.61-74, 2011.

SCHMIDT,M .I.et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL; Ministério da Saúde Departamento de Análise da Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2009**. Uma análise da situação em saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010

SCHMIDT, M. I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 74-82. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>. Acesso em: 3 de dezembro de 2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 95(1supl,1):1-51, 2010.

TORRES, H; PEREIRA, M. R. Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa saúde da Família em Belo Horizonte/ MG.

Rev. Min. Enferm. V.10.4 [online] Disponível em:

<http://reme.org.br/artigo/detalhes/437> Acesso em: 2 de agosto de 2015

VASCONCELLOS, A. M. *et al.* **Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável para o nível local.** Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília. 2007.18p. Disponível em:<

http://www.nutricao.saude.gov.br/docs/geral/doc_tecnico_pas_nivel_local.pdf>

Acesso em: 1 de agosto de 2015

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras.**

Hipertens. V.17, n.1,Jan./Mar., 2010. 69p. [online]. Disponível em:

http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RD_HA_6485.pdf Acesso em: 2 de Agosto de 2015

