

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

**DIOSVANY PEREZ CARDOSO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BREJO DO  
AMPARO. JANUÁRIA. MINAS GERAIS.**

**JANUÁRIA - MINAS GERAIS**

**DIOSVANY PEREZ CARDOSO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BREJO DO  
AMPARO. JANUÁRIA. 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. Dra. Eliana Aparecida Villa.

**JANUÁRIA - MINAS GERAIS**

**2016**

**DIOSVANY PEREZ CARDOSO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA  
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE  
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BREJO DO  
AMPARO. JANUÁRIA. MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Eliana Aparecida Villa, UFMG.

Examinador 2: Edison José Corrêa, UFMG.

Aprovado em Belo Horizonte, em        de junho de 2016.

Dedico este trabalho:

Ao meu filho e família, fonte inspiradora de minhas ações.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Eliana Aparecida Villa, pelas contribuições essenciais para a concretização deste trabalho. Obrigado pela paciência e estímulo, para a conclusão do projeto.

A toda a Equipe da Básica de Saúde Brejo do Amparo e aos pacientes, motivações desse estudo e plano de intervenção.

Aos amigos, professores brasileiros e colegas cubanos, pela compreensão, respeito e dedicação ao curso.

Às tutoras Rogéria Ribeiro e Ana Cristina Couto Amorim que sempre estiveram ao meu lado na construção e concretização de meus objetivos.

À Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) / Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e a todos os professores que fizeram parte da minha formação.

Ao povo Brasileiro por esta maravilhosa experiência.

A Deus, por tudo.

Não é o que você faz, mas quanto amor você dedica no que faz,  
que realmente importa.

Madre Tereza de Calcutá.

## RESUMO

No Brasil, as doenças cardiovasculares representam importantes problemas de saúde pública, pois é a primeira causa de morte no país. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis, constituem-se os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento chave no desenvolvimento das ações para o controle da HAS e DM, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, há atuação na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. O problema mais relevante na ESF Brejo do Amparo é a elevada frequência de HAS e DM. Este trabalho tem como objetivo, elaborar um plano de intervenção para diminuir a frequência de HAS e DM na área de abrangência da ESF Brejo do Amparo, no município de Januária, Minas Gerais. Utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Electronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina). Ao final da intervenção, espera-se que seja minimizada a prevalência de HAS e DM com a melhoria da qualidade de vida dos portadores destes agravos na área adstrita da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

In Brazil, cardiovascular diseases are important public health problems because they are the leading cause of death in the country. Systemic arterial hypertension (SAH) and Diabetes Mellitus (DM), chronic diseases, constitute the most important risk factors for cardiovascular disease. In this context, the Family Health Strategy (FHS) is configured as a key element in the development of actions for the control of hypertension and diabetes, since, through a multidisciplinary team, there is action on health promotion, prevention, recovery and rehabilitation of most frequent diseases and disorders, in maintaining health and establishing bonds of commitment and responsibility to the community. The most serious problem in Brejo do Amparo ESF is the high frequency of hypertension and diabetes mellitus. This work has as objective to elaborate action plan to reduce hypertension and diabetes mellitus attendance at the Brejo do Amparo ESF coverage area in Januária, MG. We used the Situational Strategic Planning Method (PES) and a literature review on the topic was based on electronic data of virtual libraries as SciELO (Scientific Electronic Library Online) and BIREME (Regional Library of Medicine). At the end of the intervention, it is expected to be minimized the prevalence of diabetes and hypertension and to improve the quality of life of patients with these diseases in enrolled area of the Family Health Strategy.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy.



## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ADA	American Diabetes Association.
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DM	Diabetes Mellitus.
ERP	Estimativa Rápida Participativa.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
MG	Minas Gerais.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio.
PSF	Programa de Saúde da Família.
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia.
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes.
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais.

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1: Número de Famílias e habitantes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Brejo do Amparo, município de Januária, 2015	15
Tabela 2: Relação dos problemas identificados na Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, Januária, Minas Gerais, 2016	17
Tabela 3: Relação dos problemas identificados na Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Januária, Minas Gerais, 2016	17
Figura 1- Árvore explicativa do problema identificado na ESF Brejo do Amparo, Januária, Minas Gerais, 2016	19
Quadro 1 - Classificação da pressão arterial (maiores de 18 anos)	26
Quadro 2 - Valores da glicemia para diagnóstico de diabetes ou pré-diabetes	28
Quadro 3 - Classificação etiológica do Diabetes mellitus, conforme recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes	28
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, no município de Januária, Minas Gerais, 2016	35
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, no município de Januária, Minas Gerais, 2016	36

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVO .....	21
4 METODOLOGIA .....	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	34
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	40

## 1 INTRODUÇÃO

Januária é um município brasileiro do estado de Minas Gerais situado na região do Médio São Francisco, localizada ao lado esquerdo do rio do mesmo nome, distante da capital do estado 603 km. Conta com uma população de 67,875 habitantes, sendo a 3º em população geral do Norte de Minas, sendo também a 54º maior do estado com uma área da unidade territorial de 6.661,666 km<sup>2</sup>. A densidade demográfica é de 9.83 (hab./km<sup>2</sup>). O município tem limites com Formosa, Chapada Gaúcha, São Francisco, Pedras de Maria da Cruz, Itacarambi, Bonito de Minas, Cônego Marinho e estado da Bahia. Possui atualmente uma população de 68,247 indivíduos, residindo, em sua maioria, em área urbana (BRASIL, 2014). É nesta cidade que eu atuo como médico e aluno do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, ministrado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais.

O município tem 90% de sua economia no setor primário, destacando-se a agropecuária através de propriedades rurais: fazendas e sítios que têm como principal fonte de produção a horticultura, fruticultura (irrigadas e sequeiras) e a pecuária de corte e leite. Há também a feira de comércio informal com produtos típicos da região. As formas de trabalho baseiam-se na mão-de-obra empregada nas propriedades rurais, comércio local, microempresas e órgãos públicos. O setor secundário é representado por pequenas indústrias de transformação, tais como: cerâmica, serralherias, fabricação de aguardente, rapadura, moagem de café e posto de resfriamento de leite, etc. O setor terciário é representado por alguns estabelecimentos que operam no atacado e varejo (JANUÁRIA, 2015).

O município possui 19 equipes de saúde da família sendo 12 alocadas na zona urbana e sete na zona rural, o que resulta em uma cobertura de 100% da população. Além disso, conta com quatro dentistas e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 1 composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas da saúde, como nutricionista, psicólogo, farmacêutico e assistente social (JANUÁRIA, 2015).

A comunidade Brejo do Amparo encontra-se a 6 km da sede do município de Januária e o acesso é feito por estrada asfaltada. A Unidade Básica de Saúde (UBS) de

Brejo do Amparo localiza-se na Rua Bela Vista s/n, tendo acesso a ela através desta mesma rua.

A UBS Brejo do Amparo atende uma população de 3782 pessoas, totalizando 1014 famílias, distribuídas em 11 microáreas, a maior concentração de famílias encontra-se no micro área 08 com 110 famílias e 460 habitantes, dados que apresentaremos na tabela 1.

**Tabela 1 - Número de Famílias e habitantes na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Brejo do Amparo, município Januária, 2015**

Micro área	Localidade	No. de famílias	No. de habitantes
01	Bota Fogo, Ilha	100	394
02	Brejo do Amparo	115	425
03	Sítio Pé da Terra	82	310
04	Caraíbas, Tocantins, Santana, Angical	87	332
05	Sambaoba, Pedras, Assentamento, Sumidouro	82	300
06	Capim Pubo, Macaúbas, Serragem	66	236
07	São Bento, Roda da Água, Mamede	90	359
08	Tabua, Lapão, Furado	110	460
09	Barreiro, Morro Vermelho	98	358
10	Barreiro	93	322
11	Barreiro, Barreirinho	91	285
<b>Total</b>	<b>25 localidades</b>	<b>1014</b>	<b>3782</b>

Fonte: Cadastro da população, UBS Brejo do Amparo, 2015.

A equipe de saúde atende a população através de visitas domiciliares, consultas médicas, consultas de enfermagem; procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos entres outros. Os grupos são realizados pelos enfermeiros, e os agentes de saúde, se necessário por equipe multiprofissional. Existem ainda exames laboratoriais que são realizados no município.

Os serviços de saúde no município como atendimento médico e de enfermagem são demanda espontânea e agendada, os atendimentos odontológicos são agendados pelos agentes comunitários de saúde e são atendidos na unidade.

Apesar do pouco tempo de atividade percebe-se que existem pontos onde devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população.

O principal objetivo ao realizar o diagnóstico de situação de saúde e condições de vida é o de saber como vive, adocece e morre a população em determinados lugares e situações. O diagnóstico facilita a identificação de problemas e necessidades a serem enfrentadas e revela potencialidades locais, por meio da análise do que determina e condiciona cada situação. Todas as informações deverão auxiliar a equipe de saúde, os gestores e a população a encontrar juntas soluções adequadas que possam melhorar as condições de vida e saúde locais. As informações darão suporte ao planejamento em saúde por intermédio da formulação de um plano de ação em vigilância em saúde.

Fica claro, então, que o diagnóstico é apenas uma parte de um processo que envolve a reunião de informações para a tomada de decisões e desencadeamento de ações, vejamos as informações levantadas acerca dos dados de morbidade e mortalidade.

O primeiro passo foi identificado através de uma estimativa rápida, onde pudemos ter em conta os principais problemas da área de abrangência da equipe.

No que tange aos problemas identificados, verificou-se que em toda área de abrangência da ESF existem elevados índices de pacientes com problemas crônicos, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), baixa adesão ao pré-natal, entre outros problemas (Tabela 2).

**Tabela 2 - Relação dos problemas identificados na Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, Januária, Minas Gerais 2016**

Descrição do problema	Faixa etária mais atingida	Área mais atingida
Baixa adesão ao pré- natal	20 a 35 anos	Zona rural
Alto índice de mortalidade infantil	Menor de um ano.	Todo território do município
Pouco acesso dos idosos nos diversos níveis de atenção.	Acima de 60 anos	Todo território do município
Poucas ações de planejamento familiar	Idade reprodutiva da mulher	Todo território do município
Pouca inserção dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde.	Acima de 20 anos.	Todo território do município
Alta incidência da hipertensão arterial e diabetes.	A partir de 40 anos.	Todo território do município

**Fonte: Unidade Básica de Brejo do Amparo, 2016.**

Após a identificação dos principais problemas, foi necessário priorizar os mais importantes. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios: importância do problema, urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo. A seleção dos problemas foi feita através da análise dos pontos obtidos, conforme evidenciado na Tabela 3.

**Tabela 3: Relação dos problemas identificados na Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Januária, Minas Gerais, 2016**

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
Elevada frequência de hipertensão arterial e diabetes mellitus.	09	09	06	24
Poucas ações de planejamento familiar	09	6	05	20
Pouca inserção dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde.	08	4	06	18
Baixa adesão ao pré- natal	10	5	06	21
Pouco acesso dos idosos nos diversos níveis de atenção.	08	6	05	19

**Fonte: Unidade Básica de Saúde Brejo do Amparo, 2016.**

A grande maioria dos pacientes da área de abrangência da ESF Brejo do Amparo é composta de hipertensos e diabéticos. Considera-se que tais agravos são passíveis de intervenção, pois apresentam fatores de risco modificáveis, como tabagismo, dislipidemias, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2013).

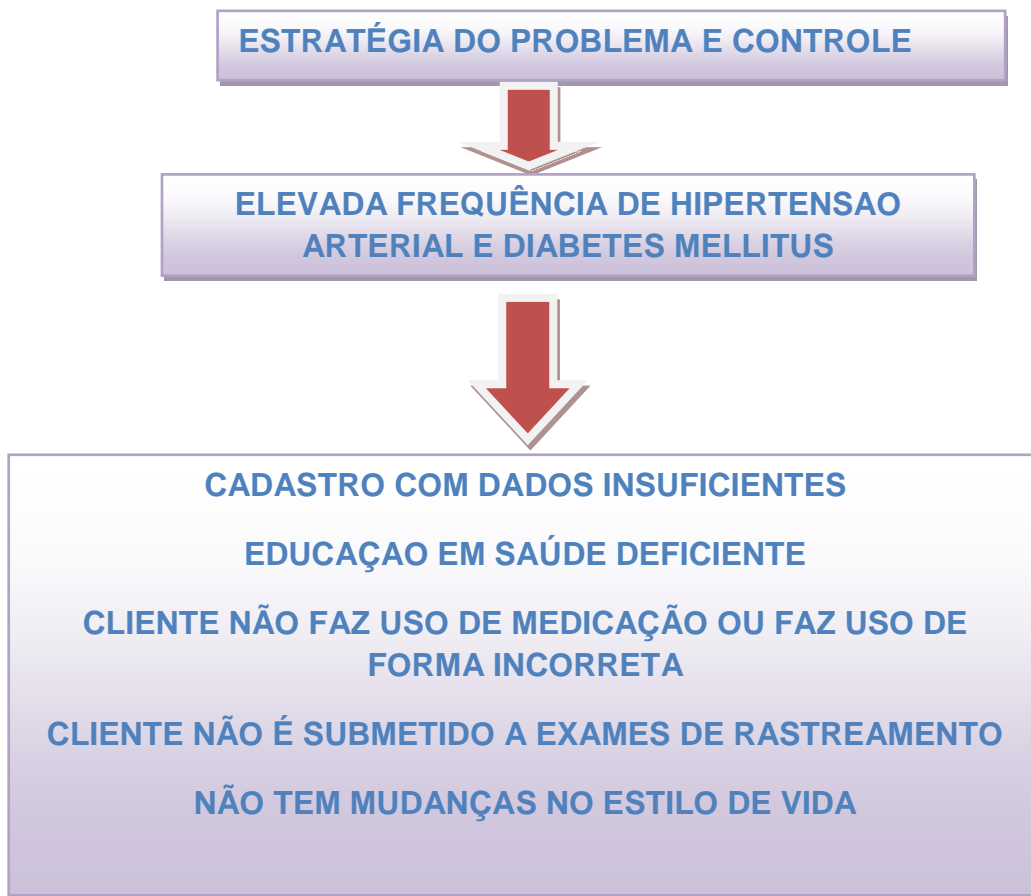
Observou-se que muitos desses indivíduos não aderem bem ao tratamento, tanto medicamentoso, quanto às mudanças de estilo de vida, mesmo após exaustivas tentativas de conscientização de todos da equipe de saúde. Esse comportamento tem acarretado um aumento de pacientes fora do controle da HAS ou da DM, que muitas vezes necessitam de internação e atendimento de urgência. Tal fato pode ocasionar consequências desastrosas para a saúde, além de onerar o sistema e não contribuir para o exercício pleno da proposta da atenção básica que consiste na promoção, prevenção, cura e reabilitação, com ênfase nos dois primeiros pilares.

Verificou-se que o cadastro das famílias não descrevia os dados necessários para o acompanhamento adequado do usuário. Tal situação incorria no fato deste não ter atendimento específico na unidade de saúde, levando-o ao uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização dos exames complementares. Além disso, evidenciou-se que há, por parte dos clientes, falta de informações sobre a doença, como a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável e atividade física.

Destaca-se, também, a ausência de realização de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe, baixo nível de informação da população em relação à HAS e DM, alta rotatividade de profissionais na equipe e equipe de saúde incompleta. A Figura 1 representa a árvore explicativa do problema.



**Figura 1 - Árvore explicativa do problema identificado na Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, Januária, Minas Gerais, 2016**



**Fonte: O autor.**

Desse modo, está clara a necessidade de um plano de ação que favoreça a minimização da prevalência de HAS e DM na área adscrita da ESF de Brejo do Amparo.

## 2 JUSTIFICATIVA

A HAS e o DM apresentam alta frequência e baixas taxas de controle na ESF Brejo do Amparo do município Januária, o que chama a atenção, uma vez que tais agravos são considerados os principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do miocárdio e Doença Renal Crônica (BRASIL, 2013). Considerando que o acompanhamento destes usuários é inadequado e não sistematizado e sabendo-se que os fatores de risco para HAS, DM e suas implicações são passíveis de intervenções, torna-se imperativo realizar ações que favoreçam a minimização do problema.

Este plano integrado de ações para a redução da frequência de HAS e DM na ESF Brejo do Amparo caracteriza-se principalmente pela proposição de estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno, considerando-se, neste contexto, quando indicado, as intervenções de tratamento coletivo. A oferta de serviços de saúde de atendimento da demanda espontânea não tem sido suficiente para a eliminação do problema e, mesmo, para a redução da carga da doença.

Portanto, esforços dirigidos especificamente para a detecção precoce de casos, bem como, para o tratamento do maior número de indivíduos atendidos, impactarão na redução das consequências. Ao final da intervenção, acredita-se que há potencial para melhoria da qualidade de vida de portadores de DM e HAS na área adscrita, juntamente com a minimização da frequência destes agravos.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção integral para a prevenção de complicações e tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em pacientes atendidos pela ESF Brejo Amparo.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Apresentar uma revisão de literatura sobre os temas hipertensão arterial e diabetes mellitus, visando o embasamento teórico do plano de intervenção.
- Propor ações para estabelecer um processo de trabalho da equipe de saúde da família adequado para enfrentar o problema, com prevenção das complicações decorrentes da HAS e do DM, promoção da saúde e prevenção de casos novos na comunidade.
- Propor ações para aumentar o nível de conhecimento da população.

## 4 METODOLOGIA

O projeto foi elaborado em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente foi realizado o diagnóstico situacional período de Julho de 2015 a Janeiro de 2016 com a colaboração da equipe toda.

O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que apoia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos favorecidos, a partir da própria população, em conjunto com os administradores de saúde.

Esse método de análise reúne algumas vantagens: simplicidade; baixo custo; rapidez; informações específicas de populações definidas. Apoia-se em três princípios: coletar dados pertinentes e necessários; coletar informações que reflitam as condições locais e as situações específicas; envolver a comunidade na definição de seus próprios problemas e na busca de soluções. Permite de essa forma conciliar o conhecimento teórico com o saber prático, de modo a facilitar ao tomador de decisão desenvolver o planejamento local em conjunto com a própria comunidade que recebe e avalia o serviço (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Na segunda etapa foi realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) por meio dos seguintes descritores: hipertensão, diabetes mellitus e estratégia saúde da família.

A terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção, foi realizada utilizando o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O enfoque participativo e estratégico do planejamento, no plano geral, é estruturado através de quatro grandes passos, ou fases que podem ser recursivas e não lineares, mas que representam um

sequenciamento lógico da elaboração teórica do planejamento. A seguir suas características básicas (HURTADO, 1997).

**I. Momento explicativo:** no planejamento tradicional a realidade é dividida em setores e o método dos planejadores é tão fragmentado quanto são os departamentos dos órgãos de planejamento. O conceito de setor além de muito genérico e pouco prático é uma imposição analítica. O planejamento estratégico situacional propõe trabalhar com o conceito de problemas. A realidade é composta de problemas, oportunidades e ameaças. Esta categoria permite sintetizar a noção de explicação da realidade em suas múltiplas dimensões (interdisciplinar) com a noção de direcionalidade do ator: saber selecionar e identificar problemas reais (atuais ou potenciais) e distinguir causas de sintomas e conseqüências já é mudar radicalmente a prática tradicional dos “diagnósticos” convencionais. Explicar a realidade por problemas também permite o diálogo e a participação com setores populares que afinal sofrem problemas concretos e não “setores” de planejamento, além de facilitar a aproximação entre “técnicos” e “políticos”. Na explicação da realidade temos que admitir e processar a informação relativa a outras explicações de outros atores sobre os mesmos problemas, isto é, a abordagem deve ser sempre situacional, posicionada no contexto.

**II. Momento normativo:** após a identificação, seleção e priorização de problemas, bem como o debate sobre as causas, sintomas e efeitos estamos prontos para desenhar o conjunto de ações ou operação necessárias e suficientes para atacar as causas fundamentais dos problemas (também chamadas de “Nós Críticos”). Esta é a hora de definir o conteúdo propositivo do plano. O central neste modelo de planejamento é discutir a eficácia de cada ação e qual a situação objetivo que sua realização objetiva, cada projeto e isso só pode ser feito relacionando os resultados desejados com os recursos necessários e os produtos de cada ação. Os planos normativos normalmente terminam aqui, onde o planejamento situacional apenas começa, para que ações tenham impacto efetivo e real na causa dos problemas há ainda dois passos ou momentos fundamentais, o estratégico e o tático-operacional.

**III. Momento estratégico:** se a realidade social não pode ser fragmentada em diferentes “setores”, se outros “jogadores” existem e tem seus próprios planos, se o indeterminismo e as surpresas fazem parte do cotidiano, então o debate sobre a viabilidade estratégia das ações planejadas não é só necessário como indispensável. Toda estratégia é uma exploração consciente do futuro, ela resulta da situação diferenciada dos vários atores em relação a problemas, oportunidades e ameaças. A parte a grande quantidade de conceitos envolvendo o termo “estratégia” aqui vamos adotá-la com um conjunto de procedimentos práticos e teóricos para construir viabilidade para o plano, para garantir sua realização com máxima eficácia. Dois instrumentos-processos cabem aqui: a análise de cenários e a análise criteriosa dos demais atores sociais ou agentes. Os cenários representam distintas reflexões, limitadas pela qualidade da informação disponível, sobre possíveis “arranjos” econômicos, institucionais, políticos, sociais, etc., capazes de influenciar positiva ou negativamente a execução das ações planejadas. Ao permitir a simulação sobre as condições futuras os cenários permitem a antecipação das possíveis vulnerabilidades do plano e a elaboração de planos de contingência necessários para minimizar os impactos negativos. Já a análise dos demais agentes envolvidos no espaço do problema-alvo do plano é imprescindível para identificar o possível interesse e motivação de cada um e o tipo de pressão que é (ou será) exercida em relação às ações planejadas. É obvio dizer que a elaboração de cenários e o “estudo do outro” só têm um grande objetivo: desenhar as melhores estratégias para viabilizar a máxima eficácia ao plano.

**IV. Momento tático-operacional:** é o momento de fazer, de decidir as coisas, de finalmente agir sobre a realidade concreta. É quando tudo se decide e por isso do ponto-de-vista do impacto do plano é o momento mais importante. Neste momento é importante debater o sistema de gestão da organização e até que ponto ele está pronto para sustentar o plano e executar as estratégias propostas. Para garantir uma resposta positiva será preciso acompanhar a conjuntura detalhadamente e monitorar não só o andamento das ações propostas, mas também a situação dos problemas originais. Deve-se reavaliar criticamente todo o processo interno de tomada de decisões, o sistema de suporte à direção, como os sistemas de informações, deve ser revistos e reformulados. Outros temas vitais neste momento são a estrutura organizacional, o fluxo interno de

informações, a coordenação e avaliação do plano, o sistema de prestação de contas, as ferramentas gerenciais existentes e necessárias e finalmente a forma, dinâmica e conteúdo da participação democrática na condução do plano. Não podemos esquecer que o planejamento estratégico só termina quando é executado, é o oposto à visão tradicional do “plano-livro” que, separando planejadores dos executores, estabelecia uma dicotomia insuperável entre o conhecer e o agir.

Por meio do PES, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Brejo Amparo, foi elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de PA Sistólica maior ou igual 140 mmHg e /ou de PA Diastólica maior ou igual 90 mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). O Quadro 1 apresenta a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos, conforme as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

**Quadro 1 - Classificação da pressão arterial (maiores que 18 anos)**

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	<80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130-139	85-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	>180	>110
Sistólica Isolada	>140	< 90

**Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010**

Após o diagnóstico, a hipertensão arterial é classificada em dois tipos: primária, com causa desconhecida, ou secundária, com causa orgânica desencadeadora da elevação dos valores pressóricos, geralmente doenças renais e endócrinas como principais causas (FERREIRA, 2010). De acordo com Silva *et al.* (2011) trata-se de uma doença também conhecida como “assassina silenciosa”, pois na maioria das vezes não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento.

A Hipertensão e o Diabetes são condições comumente associadas, sendo que a prevalência de HAS é de aproximadamente, o dobro entre as pessoas com DM, em comparação com os que não possuem (FREITAS, 2012a). Devido à possibilidade de



associação, não é rara a existência das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa o dano micro e macro vascular, acarretando alta mobilidade cardiovascular (BRASIL, 2001).

Tais afecções constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, representando agravos de saúde pública que, na maioria dos casos, podem ser tratados na atenção primária (BRASIL, 2002). Este também tem sido considerado um importante e crescente problema de saúde pública mundial, relacionado tanto ao número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como aos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, independentemente do grau de desenvolvimento do país (TORRES *et al.* 2009).

A HAS é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). As pessoas com HAS podem desenvolver complicações associadas à hipertensão, sendo muitas vezes diagnosticado já na ocorrência de um infarto, acidente vascular encefálico ou insuficiência renal, momento em que estas pessoas procuram o cuidado médico (SILVA, 2011).

A prevalência da HAS na população brasileira urbana adulta variou de 22,3% a 43,9%, porém mais marcadamente para as mulheres, alcançando 3%, entre os 18 e os 24 anos de idade, e 65,7% na faixa etária de 65 anos ou mais de idade. Com relação à escolaridade, houve associação inversa enquanto 29,9% das mulheres com até oito anos de escolaridade referiram diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 13% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (BRASIL, 2012). Outros estudos mostram prevalência de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade (BRASIL, 2011a).

O DM é um distúrbio metabólico no qual a pessoa apresenta hiperglicemias (glicemia maior que 125mg\dl em jejum ou maior que 199mg\dl, duas horas após

sobrecarga de 75 g de glicose) como resultado da ação ineficiente da insulina, da secreção insuficiente de insulina ou de ambos (SBD, 2009). Há também duas categorias referidas como pré-diabetes: glicemia de jejum alterada e a tolerância diminuída a glicose, considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares. Os sintomas clássicos de hiperglicemia incluem poliúria, polidipsia, perda de peso não explicada, às vezes com polifagia e visão turva (ADA, 2012).

**Quadro 2 - Valores da glicemia para diagnóstico de diabetes ou pré-diabetes.**

<b>Categoria</b>	<b>Jejum (falta de ingestão calórica por 8 horas)</b>	<b>Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose</b>	<b>Casual (glicemia realizada a qualquer hora do dia independentemente do horário das refeições)</b>
Glicemia normal	Menor que 100	Menor que 140	
Tolerância à glicose diminuída	Maior que 100 e menor que 126	Igual o superior a 140 e menor que 200.	
Diabetes Mellitus	Igual o superior que 126	Igual o superior que 200.	Igual o superior a 200 com sintomas clássicos.

**Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2010**

A classificação proposta pela American Diabetes Association (2012) e recomendada pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2009) baseia-se na etiologia do diabetes, e inclui quatro classes clínicas apresentadas no Quadro 3:

**Quadro 3 - Classificação etiológica do DM, conforme recomendação da SBD (2010)**

<b>DM tipo 1:</b>
Autoimune
Idiopático
<b>DM tipo 2</b>
Outros tipos específicos de DM
DM Gestacional

**Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2010**

O DM é a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES *et al.*, 2009). A hiperglicemia crônica esta associa da com danos em longo prazo, tais como disfunção e insuficiência de órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias,

complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional anatômica e qualidade de vida do indivíduo (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012; FRANCISCO *et.al.*, 2010).

Em 2012, a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,3%, mais comum a partir dos 45 anos em ambos os sexos e em indivíduos com até oito anos de escolaridade: 6,3% em homens e 8,1% em mulheres (BRASIL, 2012b). Francisco *etal.* (2010) verificaram também, não haver diferença estatisticamente significativa entre os sexos na prevalência. Neste mesmo estudo, a escolaridade, a renda familiar per capita e a atividade de trabalho não apresentaram associação estatística significativa com o DM, indicando que, entre os idosos, a prevalência da doença não foi influenciada por fatores socioeconômicos.

Entretanto, uma associação inversa entre DM e escolaridade foi observada na população brasileira de 18 anos ou mais com dados de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 2003 (BARROS *et al.*, 2006). Em outro estudo já se verificou associação estatisticamente significativa entre DM e baixos níveis educacionais e de renda para a população idosa (PASSOS *et al.*, 2005). O elevado nível de escolaridade da população contribuiu para o diagnóstico precoce em participantes do estudo que detectou que a prevalência de DM aumentou com a idade, nível de obesidade e antecedentes familiares (MORALES *et.al.*, 2010).

Ambas as condições têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para o sistema de saúde, para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005; BRASIL, 2011b).

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), nas quais se incluem os grupos de agravos cardiovasculares, respiratórios, câncer e DM realmente respondem por uma mortalidade elevada em nosso meio e são determinadas por diversos fatores. Classicamente, o fumo, o baixo consumo de frutas e hortaliças, o sedentarismo e o

alcooolismo contribuem fortemente para o aparecimento de tais agravos (DUNCAN *et al.*, 2012).

Destacam-se também as implicações da HAS e DM na saúde dos seus portadores. Estudo atual sobre o perfil de pacientes em terapia substitutiva renal, ou seja, pacientes com insuficiência renal, mostrou que grande parte deles apresentava como doença de base a HAS e DM (CHERCHIGLIA *et al.*, 2010).

A prevenção e controle da HAS e DM no Brasil é um desafio. A implantação da ESF trouxe um ganho significativo na abordagem dessas patologias. No entanto, a minimização dos fatores de risco ainda é algo a ser trabalhado de maneira interdisciplinar (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

É importante destacar que apenas as medidas farmacológicas são insuficientes para o adequado controle da HAS e DM, sendo necessárias intervenções que favoreçam o autocuidado dos indivíduos e suas famílias (ZAVATINI *et al.*, 2010).

A literatura sugere que, estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de Atenção Básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho para uma melhor atenção à saúde dos usuários. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas patologias, juntamente com a DM. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL *et al.*, 2003).

Vale lembrar que ambas são afecções silenciosas, isto é, as alterações vão progredindo sem a manifestação de sinais e sintomas. Normalmente são diagnosticadas quando já há importantes modificações no organismo. Outros sim são moléstias previsíveis quanto ao surgimento e, em alguns casos, controláveis, permitindo que as pessoas acometidas possam ter qualidade de vida e menores possibilidades de complicações e redução da gravidade. Portanto, são processos que podem se

desenvolver ao longo da vida do sujeito e surgirem, ano a ano, mais pessoas em diferentes graus de morbidade, tornando-se um problema de saúde pública (BRASIL, 2013a).

As ações, nesse âmbito, incluem mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, entre outros. A educação em saúde torna-se ferramenta para o ensino das pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações (BRASIL, 2013b).

A oferta de educação em saúde pelas Unidades Básicas de Saúde e a participação dos usuários em grupos de discussão, com informações sobre as doenças e condutas para adoção de estilos de vida mais saudáveis é essencial. Essas ações podem proporcionar conhecimentos e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que suas condições requerem (FRANCISCO *et al.*, 2010) e favorecerem o esclarecimento de dúvidas (CESARINO, 2000 apud LYRA JUNIOR *et al.*, 2006). Para tanto, os profissionais de saúde que desenvolvem cuidados a usuários com o diagnóstico de HAS e DM devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS de um cuidado integral e humanizado (SANTOS, 2013).

Por se tratar de uma condição multifatorial, a contribuição de uma equipe multiprofissional de apoio à pessoa com HAS, bem como as intervenções não farmacológicas possuem grande importância, devendo ser incentivadas sempre que possível. A educação em saúde é uma ferramenta que possibilita o conhecimento e entendimento da doença com especial enfoque sobre conceito de hipertensão arterial e suas características e cuidados, apontados como principais sugestões para melhorar a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2005).

O controle e a prevenção de complicações do DM também são possíveis por meio de programas educativos, considerando que a educação é fundamental para o autogerenciamento dos cuidados (TORRES, 2009). Além disso, a organização de grupos

operativos possibilita gerar sujeitos ativos com maior autonomia e, ainda, estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, estabelecendo uma aliança terapêutica (ALMEIDA; SOARES, 2010 *apud* BRASIL, 2013b).

Margonato *et al.* (2007) afirmam que a realização de reuniões educativas para grupos de usuários com HA e DM significa aumentar a longevidade destes pacientes, reduzindo as hospitalizações e conseqüentemente os gastos em saúde pública por diminuir a incidência das manifestações crônicas capazes de invalidar e ou levar o paciente e óbito. Por outro lado, a ausência de iniciativas que busquem a promoção de saúde é um dos fatores que mais acarreta despesas com internações, uma vez que as pessoas não são estimuladas ao autocuidado.

Nesse sentido, para Lyra Junior *et al.* (2006) a educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e a necessidade do uso correto dos medicamentos, tomando o tratamento mais efetivo e seguro, uma vez que a deficiência da adesão entre indivíduos com HAS tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informações sobre o tratamento.

Peres (2003) completa que as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas por eles. Porém, uma orientação meramente técnica parece não ser suficiente para a mudança dos hábitos, sendo necessário um diálogo que compreenda o contexto que envolve esses hábitos, incluindo dinâmicas de grupo associadas a lazer e cultura (SANTOS; ARAUJO, 2011).

Dessa maneira, antes de iniciar uma orientação, é fundamental que toda a equipe conheça os padrões individuais de resposta do paciente em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente em conjunto, traçar estratégias, a serem alcançadas no curto prazo, visando o controle da doença (COSTA *et al.*, 2011). Santos (2013) observou que o estabelecimento deste vínculo propicia a aproximação dos profissionais com os usuários,

famílias e comunidade, por meio da comunicação e do relacionamento entre estes, o que contribui com o processo de trabalho da equipe e com a efetivação do tratamento.

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

De acordo com Campos, Faria e Santos o Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo Professor Carlos Matus. Segundo ele, “planejar é preparar-se para a ação”. Todo método de planejamento apresenta etapas com uma sequência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas, passos que devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final para cada problema diagnosticado em um território e deve ser selecionado apenas um projeto de intervenção, pois é necessário avaliar a viabilidade do mesmo. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de ações estratégicas para a diminuição de HAS e DM, problema identificado na ESF Brejo Amparo, caracteriza-se, principalmente, pela proposição de estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno, considerando-se, neste contexto, quando indicado, as intervenções de tratamento coletivo.

Para a elaboração do plano de intervenção, foram elencados os nós críticos. Esses são definidos como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar a questão principal e transformá-la (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os nós críticos elencados foram:

- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.
- População pouco informada

Os quadros 4 e 5 apresentam as operações necessárias para abordagem do problema identificado.



**Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, no município de Januária, Minas Gerais, 2016**

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema</b>
<b>Operação</b>	Estabelecer práticas para busca e identificação precoce e ativa dos fatores de riscos.
<b>Projeto</b>	Linha de cuidado para identificar e acompanhar as pessoas com fatores de risco para HAS e DM, incluindo a realização de ações de prevenção dessas doenças.
<b>Resultados esperados</b>	Identificar e acompanhar no mínimo 70% das pessoas com fatores de risco para HAS e DM.
<b>Produtos esperados</b>	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Protocolos implantados. Recursos Humanos capacitados. Regulação implantada. Gestão da linha de cuidado implantada.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Amostra de população e a equipe Brejo Amparo
<b>Recursos necessários</b>	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Cognitivo-Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolo Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Organizacional-Adequação de fluxos (referência e contra referências)
<b>Recursos críticos</b>	Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde Motivação: Favorável
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentação o projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde. Recursos humanos capacitados
<b>Responsáveis:</b>	Médico e Coordenador de atenção primária.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Início: junho 2016 e término: agosto 2016 Protocolos implantados: Setembro 2016 Recursos Humanos capacitados: outubro 2016 Regulação implantada: início: novembro 2016 e término: janeiro 2017 Gestão da linha de cuidado implantada: início: novembro 2016 e término: fevereiro 2017.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus elaborado. Protocolos implantados. Editados. Recursos Humanos capacitados Regulação implantada. Em discussão. Gestão da linha de cuidado implantada. Em processamento.

**Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Brejo do Amparo, no município de Januária, Minas Gerais, 2016**

<b>Nó crítico 2</b>	<b>População pouco informada.</b>
<b>Operações</b>	<p>Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão e Diabetes.</p> <p>Realizar os grupos operativos com datas fixas semanalmente, palestras em comunidades.</p> <p>Durante as visitas domiciliares monitorizar o adequado andamento do tratamento.</p> <p>Trabalhar a promoção de saúde durante as reuniões com comunidades e líderes</p>
<b>Projeto</b>	<b>Saiba mais sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.</b>
<b>Resultados esperados</b>	Oferecer informação à população sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão ao tratamento.
<b>Produtos esperados</b>	Avaliação de nível de informação da população. Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos agentes comunitários de saúde.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	População, setores sociais e a equipe.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes.</p> <p>Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, esfigmomanômetros para técnicos de enfermagem e glicômetro.</p> <p>Cognitivo-Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas</p> <p>Organizacional-Organizar agenda</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Político- conseguir espaço na divulgação local.</p> <p>Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
<b>Controle dos recursos críticos/viabilidade</b>	<p>Ator que controla: setor de comunicação social</p> <p>Motivação: indiferente</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar projeto</p> <p>Apoio das associações</p>
<b>Responsáveis:</b>	Médico
<b>Cronograma/ Prazo</b>	<p>Avaliação de nível de informação da população. Início: junho 2016 e término: setembro 2016.</p> <p>Campanha educativa na rádio local. Início: Outubro 2016 e término: dezembro 2016.</p> <p>Capacitação dos agentes comunitários de saúde: Início em outubro 2016 e término Janeiro 2017.</p>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Avaliação de nível de informação da população. Determinado</p> <p>Campanha educativa na radio local. Sensibilizados.</p> <p>Capacitação dos agentes comunitários de saúde. Capacitados.</p>

O monitoramento e avaliação são considerados úteis na melhoria da qualidade dos serviços e devem ser um processo crítico e reflexivo. Portanto, fizemos uma análise sistemática e periódica das informações e indicadores de saúde dentro da população, juntamente com a equipe, visando observar se as atividades e ações estão executadas adequadamente e os resultados esperados alcançados.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS e o DM são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares e representam agravos para a saúde pública e, portanto, torna-se necessário apresentar estratégias para o enfrentamento do problema, na situação local, que se assemelha ao contexto nacional.

O elevado número de usuários com diagnóstico de HA e DM, é um quadro que tem gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades laborais e de lazer, além das mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias.

O projeto “Saiba mais sobre Hipertensão e Diabetes” (descrito no Quadro 5), possibilitará a veiculação de informação pela rádio local, realizar grupos operativos/educativos e distribuir á folhetos educativos, pois se entende que a oferta de educação em saúde com participação dos usuários é vista como uma possibilidade de mudança para um estilo de vida mais saudável por estimular o autocuidado em saúde.

Considerando que uma abordagem integral permite alcançar globalmente os fenômenos que interferem na saúde dos indivíduos, a execução do projeto “Linha de cuidado para identificar e acompanhar as pessoas com fatores de risco para HAS e DM” é essencial na organização do trabalho da ESF para a realização desta abordagem, que pode ser eficiente no controle, tratamento e prevenção das complicações decorrentes destas doenças crônicas não transmissíveis.

A realização deste trabalho criou a oportunidade de uma nova experiência. A busca dos conteúdos a serem utilizados foi de grande importância, pois amadurecemos nossos conhecimentos e opiniões, não somente com referência às patologias estudadas, mas também no trabalho em grupo com educação em saúde.

O plano de intervenção foi focado na intensificação de busca ativa de casos de HAS e DM, em todas as áreas cobertas pela atenção básica de saúde, com ênfase em áreas

rurais de risco e na busca de casos em áreas de maior concentração de pobreza e pode contar com um trabalho em equipe.

Assim, considera-se que a proposta de intervenção busca a construção de um plano de ação integral para melhorar o controle dos pacientes com fatores de risco, além dos usuários hipertensos e diabéticos, e assim diminuir sua incidência e complicações. Espera-se, ainda, aumentar o conhecimento dos pacientes a respeito de suas próprias doenças, favorecendo um ajuste de tratamento individual para cada um deles com a finalidade de melhorar sua qualidade de vida.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION - ADA. Diagnoses and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, V 35, Supplement 1, January. 2012. Disponível em: <[www.diabetesed.net/page/\\_files/CRITERIA-2012.pdf](http://www.diabetesed.net/page/_files/CRITERIA-2012.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2016.

ARAÚJO, J. C. de; GUIMARAES, A. C. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 368-374, Junho 2007. Disponível em: <[www.scielosp.org/pdf/](http://www.scielosp.org/pdf/)>. Acesso em: 21 de jan. 2016.

BARROS, M. B. A. *et al.* Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD -2003. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2006.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Censo 2014**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/](http://www.ibge.gov.br/)>. Acesso em: 11 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**. 4 ed. Rio de Janeiro. 2011 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus – **Cadernos de Atenção Básica –nº 16 serie A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília. Ministério da Saúde. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de **Atenção Básica. PNAB: Política Nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em: <[dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php)>. Acesso em: 11 de fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde e nas linhas de cuidados prioritários**. Brasília: Ministério de Saúde. 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013 a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Caderno 7-Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) protocolo**. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. **VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2012 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 -2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011b.

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

CHERCHIGLIA, M. L. *et al* . Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 639-649, Aug. 2010. Disponível em:< [www.scielo.br/pdf](http://www.scielo.br/pdf)>. Acesso em: 22 de dez. 2015.

COSTA, J. A. *et al*. Promoção sua saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(3): 2001-2009.2011. Disponível em: < [www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 11 de fev. 2016.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012. Disponível em: < [www.producao.usp.br](http://www.producao.usp.br)>. Acesso em: 4 de dez. 2015.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R.D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15(1): 97-104. 2010. Disponível em: <[files.bvs.br/upload/S/2318-4965/2014/v39n2/a4684.pdf](http://files.bvs.br/upload/S/2318-4965/2014/v39n2/a4684.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2016.

FRANCISCO, P. M. S. B., *et. al.* Diabetes autorreferido em idosos: prevalência, fatores associados e praticas de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, (n) 26(1), jan 2010.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Revista **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, V.21, n.I, jan.-mar. 2010.

HUERTAS, F. Entrevista com Matus, **o Método PES**. Edições Fundap, 1997, São Paulo. Disponível em: <[www.espacoacademico.com.br/](http://www.espacoacademico.com.br/)>. Acesso em: 12 de fev. 2016.

JANUÁRIA. Relatório de Gestão - Prefeitura de Januária / Secretaria Municipal de Januária, 2015.

LYRA JUNIOR, D. P. *et al.* A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, 14(3): 435-41; maio-junho. 2006. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/](http://www.scielo.br/pdf/)>. Acesso em: 15 de mar.2016.

MARGONATO, F.B. *et.al.* Palestra recreativa sobre hipertensos e diabéticos. **Sábios - Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, V.2, n.1.2007.

PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M.; DINIZ, L. M.; LIMA-COSTA, M.F. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian Community - the Bambui health and aging study. **São Paulo Medical Journal**. 2005. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 15 de mar.2016.



SANTOS, A. F. L.; ARAUJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, 20(2): 255-263, abr-jun. 2011.

SANTOS, F. P. A. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 47(1): 107-14.2013. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a14v47n1.pdf)>. Acesso em: 13 de jan.2016.

SILVA, D. B. *et al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, 24(1): 16-23, jan/mar.2011. Disponível em: [www.redalyc.org/pdf/408/40819112004.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/408/40819112004.pdf). Disponível em: 14 de mar.2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**; 95(1 supl1): 1-51.2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2005. Disponível em: < [docplayer.com.br/587892](http://docplayer.com.br/587892)>. Disponível em: 18 de fev.2016.

ZAVATINI, M. A. ; OBRELI-NETO, P. R. ; CUMAN, R. K. N. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. **Rev. Gaúcha Enferm.** (Online), Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 647-654, Dec. 2010.