



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA

ROBERTO CARLOS RODRÍGUEZ DELGADO

MELHORIA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA (HAS) E/OU DIABETES MELLITUS (DM) EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DO CAMOCIM, CE.

FORTALEZA

2018

ROBERTO CARLOS RODRÍGUEZ DELGADO

**MELHORIA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA (HAS) E/OU DIABETES MELLITUS (DM) EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DO CAMOCIM, CE.**

.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof. Me. Renan Alves Silva

FORTALEZA

2018

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.
_Local, ano.
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

ROBERTO CARLOS RODRÍGUEZ DELGADO

**MELHORIA DA ATENÇÃO AO USUÁRIO COM HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA (HAS) E/OU DIABETES MELLITUS (DM) EM UMA UNIDADE DE
SAÚDE DO CAMOCIM, CE.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Renan Alves Silva
Universidade Federal do Ceará (Doutorando)

Prof.º, titulação (Dr./Me/Esp), nome.
Instituição

Prof.º, titulação (Dr/Me/Esp), nome.
Instituição

RESUMO

A hipertensão arterial sistêmica é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% a 44% em adultos, atingindo, em média, 32 em cada 100 indivíduos. Na faixa etária de 60 a 69 anos, este número sobe para 50 em cada 100 indivíduos e, acima de 70 anos, acomete 75% dos indivíduos. (1) No Brasil, no ano de 2009, ocorreram 51.828 mortes por diabetes. Entre 1991 e 2000, a frequência de óbitos aumentou em 24% (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos) e, posteriormente, no intervalo do ano 2000 a 2009, houve uma redução de 8% nessas mortes (de 42/100.000 para 38/100.000). (2) No Brasil, os desafios de controle e prevenção da hipertensão e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica. Diante disso, esse estudo objetivou-se melhorar a atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Maria Guilhermina Carvalho, Município Camocim, estado do Ceará. O foco da intervenção é escolhido após a realização de uma análise situacional da unidade de saúde com o objetivo de identificar a ação programática mais deficitária. A investigação está dividida em quatro momentos: no primeiro momento se tomará consentimento livre e esclarecido dos participantes, segundo momento será aplicada a entrevista de pré-teste, a qual permitirá ter um diagnóstico inicial do problema, um terceiro momento serão desenvolvidas as atividades de intervenção comunitária com seu plano de ação, o quarto e ultimo momento avaliará a competência alcançada ou não pelos participantes a traves das palestras ,consultas ,visitas domiciliares ,controle da hipertensão e diabetes, controle dos fatores de risco associados, que permitirá avaliar eficácia das atividades antes desenvolvidas. Usaremos a entrevista como método de recolecção da informação e a informação se processará a través de um computador, os resultados serão apresentados em tabelas simples com números absolutos em tantos por cento permitindo análises e discussão a partir de resultados obtidos, espera-se elevar o nível de conhecimento dos participantes em relação à HAS e DM, conseguir uma diminuição da morbidade por estas doenças , maior aderência ao tratamento e reconhecimento dos agravos, lograr maior controle das cifras de tensão arterial e glicemia, modificar fatores de riscos, mudar estilos de vidas errados e reduzir a morbimortalidade por estas doenças. As ações vam ser feitas entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2018.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial.

ABSTRACT

Hypertension is a serious public health problem in Brazil and in the world. (1). Prevalence in Brazil varies between 22% to 44% in adults, reaching an average of 32 in every 100 individuals. In the age group of 60 to 69 years, this number rises to 50 in every 100 individuals and above 70 years, affects 75% of individuals. (1) In Brazil, in the year 2009, there were 51,828 deaths from diabetes. Between 1991 and 2000, the frequency of deaths increased by 24% (34/42/100,000 deaths for 100,000 deaths) and, subsequently, in the range of the year 2000 to 2009, there was a reduction of 8% in those deaths (42/100,000 for 38/100,000). (2) In Brazil, the challenges of prevention and control of hypertension and its complications are, above all, of the teams of basic attention. Given this, the present is the result of an intervention that aimed to improve the health care users with hypertension and/or diabetes belonging to the area covered by the basic health Unit Maria Guilhermina Carvalho, Hypertension is a serious public health problem in Brazil and in the world. (1). Prevalence in Brazil varies between 22% to 44% in adults, reaching an average of 32 in every 100 individuals. In the age group of 60 to 69 years, this number rises to 50 in every 100 individuals and above 70 years, affects 75% of individuals. (1) In Brazil, in the year 2009, there were 51,828 deaths from diabetes. Between 1991 and 2000, the frequency of deaths increased by 24% (34/42/100,000 deaths for 100,000 deaths) and, subsequently, in the range of the year 2000 to 2009, there was a reduction of 8% in those deaths (42/100,000 for 38/100,000). (2) In Brazil, the challenges of prevention and control of hypertension and its complications are, above all, of the teams of basic attention. Given this, the present work is the result of an intervention that aimed to improve the health care users with hypertension and/or diabetes belonging to the area covered by the basic health Unit Maria Guilhermina Carvalho, Municipio Camocim, State of Ceará. The focus of the intervention is chosen after conducting a situational analysis of health facility to identify programmatic action more deficit. The research is divided into four phases: the first will be free and informed consent of participants, second moment is applied the pre-test interview, which will have an initial diagnosis of the problem, a third will be developed community intervention activities with your plan of action, the fourth and last time assess the competence achieved or not by the participants through the lectures, queries, visits domiciliares, control of hypertension and diabetes, control of risk factors, which will allow to evaluate effectiveness of activities before. We use the interview as a method of gathering of the information and the information will be through a computer, the results will with absolute numbers on so many by 100 allowing analysis and discussion from the results obtained, it is expected to raise the level of knowledge of the participants in relation to the DM, and achieve a reduction in morbidity due to these diseases, greater adherence to treatment and recognition of diseases, achieve greater control of blood pressure and blood glucose numbers, modify risk factors, change styles of life and reduce morbidity and mortality for these diseases. The actions come to be made between the months of September and December of the year of 2018.

Keywords: primary health care; Chronic Disease; Diabetes Mellitus; Hypertension.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	9
4	OBJETIVOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
6	METODOLOGIA.....	19
7	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	21
8	CRONOGRAMA.....	36
9	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	37
10	CONCLUSÃO	38
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
	APÊNDICE.....	
	ANEXO.....	

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial no Brasil é um grave problema de saúde como do mundo todo. No Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 66 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (BRASIL, 2013a). O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no SUS e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas condições crônicas. Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade (BRASIL, 2013).

Segundo estudos epidemiológicos realizados, a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referem diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que corresponde a 31,3 milhões de pessoas. Em uma análise por grandes regiões mostra que o diagnóstico médico de hipertensão arterial era menor nas Regiões Norte (14,5%) e Nordeste (19,4%). A Região Sudeste foi a que possuía a maior proporção de indivíduos de 18 anos ou mais de idade que referiram diagnóstico de hipertensão dentre as Grandes Regiões (23,3%). As Regiões Sul e Centro-Oeste apresentaram proporções estatisticamente iguais à média para Brasil.

Em relação as características sócias demográficas, observou-se uma maior proporção de mulheres com diagnóstico médico de hipertensão arterial (24,2%), relativamente aos homens (18,3%). A proporção de pessoas a que se refere este diagnóstico aumentava com a idade: enquanto entre as pessoas de 18 a 29 anos esta proporção era de apenas 2,8%, entre as pessoas de 30 a 59 anos ela era 17,8 %. Do total de pessoas com idade entre 60 e 64 anos, 44,4% falavam que tenha diagnóstico de hipertensão, entre as idades de 65 a 74 anos a proporção era de 52,7%, por enquanto era de 55,0% entre as pessoas de 75 anos ou mais de idade.

2 PROBLEMAS

Desse modo, constata-se insuficiente atenção da saúde e alto índice de hipertensos e/ou diabéticos na unidade de saúde Maria Guilhermina Carvalho, município Camocim, CE.

3 JUSTIFICATIVA

Na análise situacional verificou-se, que na maioria dos casos a doença não estava controlada e os usuários Hipertensos e Diabéticos não procuram a consulta de forma regular e que a pesar da gravidade destas doenças não se cumprem com as normativas da atenção básica.

Diante dessa situação é preciso desenvolver uma intervenção que permita aumentar a cobertura e o seguimento dos usuários Hipertensos e Diabéticos, baseadas em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar a atenção destes usuários e promover uma maior adesão ao tratamento para ajudar na prevenção de doenças cardiovasculares e outras complicações que afetam a qualidade da população brasileira.

A escolha do foco de intervenção na ação programática de Atenção ao Hipertenso e Diabético na USF justifica-se, pois nosso objetivo é alcançar o aumento do controle destas doenças utilizando os protocolos e documentos oferecidos pelo SUS, os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37, respectivamente Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, e que foram adequados pelo município.

Estas duas doenças são as mais comuns nos países industrializados e a frequência destas patologias aumenta com a idade. De acordo com a pesquisa realizada pelo Ministério de Saúde brasileiro 27% da população é hipertensa e 5,6% possuem diabetes, além disso, são as pessoas com maior propensão a complicações, deficiências e a morte (VIGITEL 2011).

Diante disso, a Atenção Primária a Saúde pode ser a primeira barreira no controle destas doenças, principalmente atuando sobre os fatores de risco que as originam. A partir da caracterização da população, as maiorias das estimativas estão acima do que realmente temos registrado. Podemos dizer que: há cadastro de nossa população, mas é incompleto e desatualizado, tema importante para realizar uma boa análise situacional (demografia, por faixa etária, idade e sexo) da comunidade.

Constata-se ainda que, nesta Unidade Básica de Saúde as principais ações realizadas para os indivíduos com HAS e DM da área de cobertura são: orientação de hábitos alimentares saudáveis; controle do peso corporal; estímulo à prática regular da atividade física; os malefícios do consumo excessivo de álcool e ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo.

Nesse sentido, torna-se imprescindível salientar que a cobertura não abrange a totalidade dos pacientes que tem as doenças, existe uma prevalência oculta que deve ser

identificada para poder realizar o controle efetivo na totalidade da população. Além do que, o cuidado não vem sendo ofertado visando a integralidade do cuidado.

Outros problemas visualizados são a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, trabalho este que precisa ser desenvolvido com agilidade afim de prevenir agravos e reduzir danos. Mesmo existindo grupos operativos para o trabalho de promoção e prevenção, o número de usuários participantes ainda é pequeno.

É necessário apontar que em relação à HAS apesar de ser realizado atendimento aos indivíduos com essa condição não observa-se procura de usuários para atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS apesar dos protocolos instituídos na referida unidade de acordo com o Ministério da Saúde (2013).

Nesse sentido, as principais ações aos usuários com HAS são: imunizações; diagnóstico e tratamento do alcoolismo; da obesidade; do sedentarismo e tratamento do tabagismo. Os cuidados fornecidos são registrados no prontuário clínico de saúde da família e na ficha geral. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos, este é revisado periodicamente com a finalidade de: verificar usuários faltosos ao retorno programado e identificar usuários com HAS de risco. Dessa forma, a partir das ações do programa HIPERDIA direcionamos as ações de planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações ofertadas.

Diante disto, justifica-se a realização da intervenção com a população com HAS e DM considerando que população de uma forma geral está envelhecendo e a prevalência de tais condições tem sido grande, isto tem ocasionado muitos atendimentos médicos por intercorrências; bem como, constituem fatores de risco para outras doenças como infarto do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e doença renal crônica.

Desta forma pretende-se com esta intervenção atingir 60% dos usuários com HAS e 70% dos usuários com DM no período de seis meses. Os motivos que viabilizam a escolha deste foco são em partes de ordem estratégica, pois melhorando a qualidade do cuidado muitos agravos podem ser prevenidos, outro aspecto que viabiliza é a existência de recursos humanos preparados e motivados para o desenvolvimento deste trabalho aliado a disponibilidade dos recursos materiais mínimos indispensáveis para chegar a um resultado positivo.

Ainda, é necessário destacar que as principais barreiras estão relacionadas com as limitações do SUS para realizar em tempo hábil os exames de rotina. No entanto, pretende-se sensibilizar a comunidade para que todos apoiem o trabalho da equipe e participem das ações desenvolvidas, batalhando junto com a equipe em prol das melhorias que se fazem necessárias.

Assim, busca-se com este trabalho melhorar a acessibilidade aos serviços de diagnóstico e de atendimento médico, assim como a qualidade do mesmo, ampliar as coberturas, ofertar um cuidado visando a integralidade, propor a educação em saúde para tais patologias na comunidade, organizar o serviço de modo a priorizar o cuidado aos hipertensos e diabéticos, possível identificação precoce de fatores de riscos associados a morbimortalidade e prevenção na comunidade por meio da sensibilização para a prevenção de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis.

Desse modo, o objetivo fundamental de realizar este trabalho de intervenção é aumentar o grau de conhecimento de todos os integrantes da equipe, assim como aumentar a sensibilidade deles para cumprir com este programa do SUS de forma progressiva, diminuindo as complicações destas doenças e as sequelas causadas pelas mesmas, de maneira que seja lograda uma expectativa de vida com maior qualidade. Deve se continuar o trabalho de capacitação de conhecimentos, deve se melhorar a estrutura física do centro e cobrir as necessidades de mobiliário. Com o trabalho de intervenção trataremos de incentivar maior gestão dos gestores municipais e de incitar ao trabalho para alcançar as metas propostas.

4 OBJETIVOS

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar a qualidade da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos em uma unidade básica de saúde.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: bases para a produção do cuidado qualificado e integrado em saúde

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus constitui-se em graves problemas de saúde pública para o Brasil e o mundo. Nesse sentido, a HAS é uma condição crônica responsável pelo desenvolvimento de outras comorbidades, como: doença da artéria coronária, acidentes vasculares encefálicos, insuficiência renal, das doenças vasculares periféricas, entre outras.

Em relação, ao Diabetes, verifica-se que vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associada a dislipidemias. Em um estudo de inquérito realizado, observou-se que o número de diabéticos nos países da América Central e do Sul foi estimado em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. No Brasil, dados de vigilância de fatores de riscos e proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL), de 2011, mostram que a prevalência de Diabetes auto referida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011 (BRASIL, 2013b).

Devido à alta prevalência e morbidade dessas condições crônicas em saúde (causa de 386 mortes diretas) faz-se necessário uma maior atenção à prevenção a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves. Deste modo, para que a prevenção e a promoção da saúde sejam realizadas de forma eficaz é necessário o conhecimento sobre a doença e dos fatores de risco que colaboram para o desenvolvimento da mesma ou das morbidades associadas por meio da efetivação das políticas públicas de saúde vigentes (BRASIL, 2010).

Considerando que, o desenvolvimento as doenças crônicas não transmissíveis não ocorrem instantaneamente, há um conjunto de fatores que estão associados à sua evolução e

agravo, que devem ser conhecidos, monitorizados e minimizados por meio de estratégias efetivas, como a avaliação clínica sistemática e periódica, solicitação de exames regulares e educação em saúde (MANO; PIERIN, 2005).

Com isso, os indivíduos com essas condições e a comunidade em geral devem ser informadas, sensibilizadas e educadas quanto a esses fatores. Assim, é imprescindível que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o aumento da pressão para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável. Infelizmente, estudos apontam que o número de hipertensos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença. Apenas 50% dos hipertensos sabem de sua condição. Destes, metade não se trata e os outros 50% não tem a pressão sob controle (LESSA, 2006).

Sendo assim, um dos maiores problemas para este controle configura-se na falta de adesão ao tratamento que ocorre em até 40% dos hipertensos, uma vez que além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos que nem sempre são bem aceitas (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002). Considerando que, muitos fatores de risco para hipertensão são modificáveis, o que torna a hipertensão evitável na maioria dos casos ou com alta probabilidade de controle, se já presente. Desse modo, o olhar sobre os determinantes sociais de saúde por meio dos fatores precipitantes e condicionantes para essa condição se fazem necessário.

Classificando os fatores de risco, esses podem ser estruturados em três categorias: Etnia, idade, sexo e predisposição genética estão estabelecidos na literatura como fatores não modificáveis. Em seguida, os fatores ambientais e socioeconômicos são de difícil modificação, logo, a atenção do profissional com relação aos mesmos deve ser diferenciada. O sal, o álcool, a obesidade, o sedentarismo e fatores socioeconômicos, incluindo a baixa renda, são passíveis de modificação a fim de reduzir o risco para hipertensão.

Em relação a etnia negra, constata-se que predispõe os indivíduos a apresentarem níveis pressóricos mais elevados que a branca, evidenciando que aqueles têm maior propensão ao desenvolvimento da hipertensão, além de terem mais chances de desenvolver as formas mais graves da doença e outras doenças associadas. Contudo, em nosso país deve-se levar em consideração que a miscigenação da população brasileira dificulta a classificação genérica da mesma; bem como, a avaliação de forma fidedigna e acurada (PESSUTO; CARVALHO, 1998; COSTA et al., 2007; LESA; FONSECA, 1997; NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004).

Muitos estudos vislumbram que a idade também se constitui como um fator de risco para hipertensão. Um estudo realizado em Pelotas-RS com 1.968 pessoas atesta esta afirmação; uma vez que mais da metade dos indivíduos com idades entre 60 e 69 anos são hipertensos, sendo que estes correspondem a 11,6% do total de participantes (COSTA et al., 2007).

Com relação ao sexo, as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão consideram que o masculino é o mais afetado pela doença até os 50 anos de idade e as mulheres, por produzirem hormônios femininos, considerados fatores de proteção, tendem a ter a incidência baixa antes da menopausa a qual aumenta a partir da sexta década de vida. Além disso, outros estudos também consideram que o sexo masculino é o mais afetado (MANO; PIERIN. 2005; JARDIM *et al.*, 2007).

O fator genético está entre os fatores de risco pouco modificáveis para a HAS. Em um estudo delineado com 622 hipertensos em Salvador, observou-se que 56,4% dos pacientes brancos; 59% dos mulatos e 50,8% dos negros relataram apresentar histórico familiar de hipertensão (NOBLAT; LOPES; LOPES, 2004). Dado semelhante foi obtido no estudo feito com 32 hipertensos, onde 59,4% dos participantes disseram haver casos de hipertensão na família. Sendo assim, a hereditariedade ou o fator genético é um forte indicador do desenvolvimento da hipertensão, por isso, os indivíduos com casos da doença na família devem estar atentos para monitorar o possível desenvolvimento da doença (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

O sal contém em sua composição o sódio que é um potente estimulante cardíaco e, além disso, exerce atividades hipertensivas nos vasos sanguíneos periféricos (SMELTZER; BARE, 2006). Um estudo com pessoas negras hipertensas, revelou que um terço dos entrevistados apresentava resistência para a redução de sal na alimentação, pois implica ter menos prazer com o consumo do alimento. Além disso, é importante ressaltar que no Nordeste o sal foi e é muito utilizado como conservante de alimentos, sendo então importante considerar a rotina dessas pessoas como um fator não só nutricional, mas socioeconômico e cultural (PESSUTO; CARVALHO, 1998). Estudos mostraram que os hipertensos têm consciência da importância da redução do sal para o tratamento uma vez que 62,5% e 74,3% dos entrevistados de tais estudos relataram fazer o controle do sal na alimentação (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A obesidade e o excesso de peso associam-se com maior prevalência de hipertensão desde idades jovens. Na vida adulta o incremento de 2,4 Kg/m² no índice de massa corpórea (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão, mesmo nos indivíduos fisicamente ativos. Por isso, alguns autores comentam que a circunferência abdominal está mais associada à hipertensão do que a obesidade propriamente dita (SBC, 2010; HASSELMANN et al., 2008).

A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial (BRASIL, 2006).

O sedentarismo está pronunciado nos 81,2% dos discursos de um estudo feito com 32 hipertensos, que disseram não fazer atividades físicas, logo se concluiu que o sedentarismo e a ingestão de gordura são os fatores menos controlados pelos hipertensos (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002). Outro estudo encontrou dados semelhantes: dos 1.039 indivíduos participantes, 70% eram sedentários (SOUZA et al., 2003).

O alcoolismo está relacionado à hipertensão devido ao aumento da pressão arterial em 2 mmHg a cada 30ml de álcool etílico ingerido (PESSUTO; CARVALHO, 1998). Pelo fato da Sociedade Brasileira ser culturalmente adepta às bebidas alcoólicas, o consumo de álcool deve ser minuciosamente monitorado pelos hipertensos. Apesar deste dado, não foi encontrada relação entre a ingestão de bebidas alcoólicas e a hipertensão no estudo com 1.739 pessoas em uma capital brasileira (JARDIM *et al.*, 2007).

Outro fator de risco para hipertensão é o tabagismo. Isso se deve ao fato que a nicotina presente no cigarro provoca o aumento do trabalho cardíaco, a disfunção do endotélio capilar, a liberação de catecolaminas e a hiper-reatividade vascular aumentando, conseqüentemente, aumento da pressão arterial. Além disso, o fumo passivo, a terapia de reposição nicotínica e o uso da bupropiona (coadjuvante na cessação do hábito de fumar) devem ser considerados como causas em potencial de refratariedade ao tratamento anti-hipertensivo (MOREIRA JÚNIOR; TOLEDO; FONSECA, 2004). Nesse sentido, Nunes Filho et al., (2007) destacam que a prevalência do tabagismo é maior em homens e este fator somado à predisposição maior do sexo masculino de desenvolver hipertensão aumenta as chances dos homens tabagistas serem hipertensos.

Os fatores socioeconômicos podem estar associados ao controle dos níveis pressóricos e podem ser entendidos como nível de escolaridade e renda (PIRES; MUSSI, 2008). O nível de escolaridade é inversamente proporcional à hipertensão, ou seja, quanto maior o grau de instrução, menores os índices de hipertensão (PESSUTO; CARVALHO, 1998). Este é um dado relevante uma vez que com o aumento do nível de instrução é mais fácil a compreensão das informações passadas a respeito da doença, das medicações, dos hábitos de vida e dos fatores de risco (JARDIM *et al.*, 2007). Contrastando com este dado um estudo realizado com 1.739 pessoas em uma capital brasileira não encontrou associações entre o nível de escolaridade e a hipertensão (SIMONETTI; BATISTA; CARVALHO, 2002).

A baixa renda pode ser um fator determinante para a adesão ao tratamento, uma vez que dificulta o acesso a medicamentos, a alimentos adequados, a frequentar academias, entre outros (COSTA *et al.*, 2007). Logo, a associação da renda e da escolaridade com a HAS precisa ser mais bem estudada a fim de gerar dados concretos sobre sua relação com a hipertensão (LESSA; FONSECA, 1997).

Muito do tratamento da hipertensão deve ser baseado nos fatores de risco, alertando certos grupos para os pouco modificáveis (raça, idade, hereditariedade) e trabalhando junto ao hipertenso e sua família para mudar os que podem ser alterados (ingestão de sal e gordura, sedentarismo, obesidade, tabagismo, alcoolismo).

O Diabetes Mellitus é outro importante e crescente problema de saúde pública, sua incidência e prevalência está aumentando no mundo todo, alcançando altas proporções epidêmicas. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030 (BRASIL, 2013b).

Nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011, além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade.

O diabetes é uma doença de fundo metabólico; na qual existe, por parte do organismo, incapacidade total ou parcial de retirar a glicose (além de outras substâncias) do sangue e levá-las para dentro das células, provocando e mantendo níveis sanguíneos altos dessas substâncias. A não regulação da glicose no sangue dos diabéticos tem como causa a baixa sensibilidade ou a pouca produção da insulina, que é o hormônio natural dotado de tal função, no pâncreas. O tipo 2 do diabetes, que acomete pessoas mais velhas, é o mais frequente, responsabilizando-se por mais de 90% dos casos. O diabetes, em si, não tem mortalidade elevada, quando comparado a outras DCNT (1,3 milhões de mortes no mundo), mas constitui um importante fator de risco e de disfunção (co-morbidade) para outras condições mais graves, tais como, as DCV, insuficiência renal e a cegueira. (GOULART, 2011, p. 11).

Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50%. O DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. É estimado que o Brasil passe da 8ª posição com prevalência de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (MACEDO, 2009).

A doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos usuários por ela acometidos e acarreta também altos custos para o controle de suas complicações, a diabetes é a sexta causa mais frequente de internação hospitalar e contribui para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial, diabéticos representam cerca de 30% dos usuários que se internam em unidades coronarianas intensivas. Essa doença é a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira, cerca de 26% dos usuários que ingressam em programas de diálise são diabéticos.

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral e pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual. Diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto da diabetes, quanto da hipertensão arterial.

A abordagem da hipertensão arterial e da diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhadas por mudanças no estilo de vida, assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada dos usuários, do tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Tratando se do Diabetes Mellitus temos que é sempre importante a atualização dos conhecimentos relacionados à boa prática clínica na assistência ao indivíduo com diabetes. Nesse sentido, os profissionais de saúde devem ajudar os diabéticos a conviverem com a doença mantendo-os saudáveis. Deve-se inclusive nos momentos de educação em saúde explorar o “estigma da doença”; pois, ainda tem-se muitos “preconceitos” e tabus relativos à doença. Muitas vezes, os profissionais deparam-se com indivíduos que buscam esconder a doença para fugir de algumas “limitações” e restrições na sua alimentação. Isto é um grande entrave para a adesão adequada do controle do diabético.

A maior parte das complicações das doenças crônicas acarreta é experiência da falta de adesão terapêutica não medicamentosa por indivíduos que não foram diagnosticados como hipertensos ou diabéticos. Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e a hiperglicemia e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes; visto que, antes de se iniciar qualquer tratamento recomendam-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial e a hiperglicemia.

6. METODOLOGIA

6.1 Tipos de Estudo

Para ser capaz de atingir o objetivo ora proposto realizou-se um diagnóstico situacional das ações desenvolvidas em serviços com o intuito de propor um projeto de intervenção na realidade ora produzida.

Desse modo, diagnóstico situacional, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), quando foram identificados todos os problemas vivenciados pela população e também pela equipe, posteriormente foi priorizado o problema “baixa cobertura à população da área de abrangência de indivíduos com HAS e DM.

6.2 Locais da intervenção e procedimentos realizados

O cenário da intervenção compreende uma UBS (Maria Guilhermina Carvalho), do município de Camocim e foi desenvolvida ao longo de 6 meses. A população da intervenção será constituída pelos usuários de 18 e mais anos de idade, portadores de HAS e DM, pertencentes às comunidades da área de abrangência da UBS Maria Guilhermina Carvalho.

Para realizar a coleta de dados serão utilizados os prontuários médico e o cadastramento dos usuários feito tanto em atendimentos como nas visitas domiciliares.

A equipe de saúde será capacitada sobre metodologias de educação em saúde, práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular, para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo: uso adequado do manguito, para realização do Hemoglicoteste nos usuários, o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas peso altura, IMC, PA, o sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, segundo escore de Framingham, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, familiarização com a ficha espelho para atendimento destes usuários e que está disponível na UBS.

Para propor esse projeto de intervenção, inicialmente a equipe fez uma revisão em todos os prontuários dos pacientes cadastrados, a fim de conhecer os principais fatores de risco sendo classificados em quatro grupos: saudável, em situação de risco, enfermos e usuários com sequelas., Também foram identificados todos os dados pessoais de cada usuário, sua história

pessoal e familiar, estado vacinal, funcionamento familiar foi avaliado, as condições as condições de higiênicas e epidemiológicas das famílias, foram identificados os faltosos a consulta e foi feita citação para recuperação das consultas.

Durante as consultas médicas e de enfermagem e nas visitas domiciliares e as ações de educação em saúde divulgar-se-á os objetivos da intervenção a partir da coleta de informações sobre acompanhamento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Desse modo, realizar-se-á pelo médico e enfermeiro um encontro mensal durante três meses com duração prevista de uma hora na respectiva unidade básica de saúde. As atividades educativas serão desenvolvidas semanalmente na sala de espera para as consultas aos hipertensos e diabéticos e durante as visitas domiciliares para hipertensos que apresentam restrito ao leito, visto que, não conseguem dirigir-se ao serviço de saúde.

Desse modo, para realizar a intervenção na melhoria da atenção aos usuários diabéticos e hipertensos adotar-se-á como guia instrutor os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde para Diabetes Mellitus e de Hipertensão Arterial Sistêmica. Deve-se salientar que ambas publicações estão disponíveis para acesso aos profissionais da saúde na UBS. Tal guia, será dotado como protocolo que regerá as ações para melhorar a atenção e qualidade de vida dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Portanto, o conteúdo educativo será ofertado utilizando diversas estratégias como aula expositiva e dialogada, rodas de conversas, exibição de vídeos, distribuição de panfletos informativos a fim de serem sensibilizados quanto as estratégias de controle e monitoramento das condições de saúde-doença. Ao final de cada encontro ter-se-á um espaço para que os pacientes perguntem suas dúvidas e angústias e assim discuti-las juntamente com os profissionais envolvidos.

Ao finalizar essa proposta serão avaliados por meio de entrevistas, os conhecimentos adquiridos e se esteve foram capazes de provocar mudanças de estilo de vida, para prevenção das complicações oriundas da hipertensão arterial e diabetes mellitus. Diante disso, o projeto será avaliado conjuntamente pelo executor e a equipe de saúde responsável pelas atividades executadas frequentemente. Deve salientar que para garantir a continuidade das ações a integralidade do acesso, o gestor municipal de saúde será informado sobre os dados para analisar, avaliar e sugerir mudanças, caso se faça necessário, após a realização das atividades propostas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A seguir segue a estrutura do projeto de intervenção:

Objetivo 1 – Ampliar cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial;

Meta 1.2 Cadastrar 70 % dos pacientes com Diabetes Mellitus que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que participam do projeto: O monitoramento será realizado com uma avaliação semanal das fichas dos indivíduos que participam do projeto pelos Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe. Desse modo, toda sexta feira a equipe reunir-se-á para conferir os resultados da semana. Elaborar uma base de dados com todos os pacientes que participam do projeto para facilitar seu controle.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto: elaborar-se-á uma ficha espelho para cada paciente que participa do projeto. A ficha será preenchida pelo médico e a enfermeira da equipe em na consulta inicial de adesão ao projeto.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM que participam do projeto: Todo paciente que participa do projeto terá sua consulta agendada na ficha que irá portar consigo. O dia de consulta será estabelecida as terças feiras no horário da manhã, as pessoas que participam do acolhimento serão preparadas tecnicamente para realizar o acolhimento.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde. Garantir a calibração dos equipamentos médicos testados pelo INMETRO: com isso, será enviado ofício ao Secretário de Saúde pela enfermeira responsável pela equipe sobre as necessidades de equipamentos para garantir as mensurações nos programas; e, a calibração dos mesmos com uma periodicidade mensal.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Realizar-se-á encontros educativos pelos

ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos indivíduos acometidos pelas referidas doenças crônicas.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: Realizar-se-á palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos indivíduos acometidos pelas referidas doenças crônicas. Desse modo, será encaminhado ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartasses para a educação sanitária da população.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: Realizar-se-á palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos indivíduos acometidos pelas referidas doenças crônicas.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: para operacionalizar essa atividade será enviado ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartasses para a educação sanitária da população contendo os principais fatores desencadeadores das doenças crônicas. Realizar-se-á palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS nas para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que participam do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco e a clínica das duas doenças: Ministras por parte do médico e enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à equipe no uso adequado de o glicômetro. Ministras por parte da enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas ademais de os aparelhos calibrados.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 2.1 Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos que participam do projeto: Imprimir e estabelecer o protocolo de boas práticas clínicas assim como avaliar as fichas dos pacientes que participam do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos: O médico vai escrever e discutir com cada membro da equipe no início do projeto, suas atribuições e obrigações na hora de realizar o exame clínico do paciente.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: Será estabelecido duas horas semanais para a capacitação dos profissionais da equipe no trabalho de acordo com os protocolos, a capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da UBS para isso será utilizada a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais: A capacitação será mantida semanalmente durante os quatro meses da intervenção, realizada pelo médico e a enfermeira da equipe de acordo as necessidades de aprendizagem identificadas no curso do trabalho.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: o protocolo será impresso e encadernado pelo médico da equipe no início da intervenção.

Engajamento público.

- Orientar aos pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso: Será realizado orientações pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes sobre o tema escolhido.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes: Será realizada uma capacitação teórico-prática no início da intervenção com a atualização sobre

tratamento dos pacientes com HAS e DM, participarão todos os integrantes da equipe e para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: Será capacitada a equipe pelo médico da UBS sobre as alternativas locais para o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, participarão todos os profissionais da equipe, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Monitoramento e avaliação.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde: O monitoramento será feito com uma avaliação semanal das fichas dos pacientes que participam do projeto pelos Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe, para isso será confrontado os exames indicados e os realizados.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares: Monitorar semanalmente mediante avaliação das fichas dos pacientes envolvidos no projeto, pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe que os exames complementares sejam indicados. Conferir na base de dados à realização dos exames.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Será enviado ofício ao gestor municipal pela enfermeira da equipe no início da intervenção solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos pacientes que participam do projeto.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados: Será estabelecido pela equipe de profissionais mediante uma análise semanal da base de dados, um sistema de alerta que permita identificar os pacientes que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será em papel colorido.

Engajamento público.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares: Será orientado por meio de rodas de conversa realizadas pelos ACS, médico

e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes. Será enviado ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartazes para a educação sanitária da população em relação a necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem se realizar os exames complementares: Será realizado rodas de conversas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação a periodicidade dos exames complementares.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares: será realizado no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM do MS, a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, um quadro, giz, papel, e canetas.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos pacientes com HAS e DM que participam do projeto: Será avaliado semanalmente as fichas dos pacientes que participam do projeto pelos Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe, para conferencia dos pacientes que receberam a medicação, também será utilizado a base de dados da dispensação da farmácia.

Organização e gestão do serviço.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos: Cada quinze dias será conferido o estoque pelos ACS e a enfermeira da equipe. Os medicamentos vão receber uma tarjeta com os dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde: será estabelecido por parte da enfermeira da equipe as necessidades de medicamentos, a fim de garantir em quantidade suficiente um estoque que garanta seguridade de resposta mensal dos mesmos para todos os pacientes que participam do projeto. Alimentar a base de dados com esta informação e avaliar a mesma mensalmente.

Engajamento público.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso: será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas, nas casas e nas consultas dos pacientes sobre seus direitos ao ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica.

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Realizar uma atualização no início e na metade do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe sobre o tratamento das duas doenças, para isso se utilizará a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, um quadro, giz, papel, e canetas.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia: Realizar uma capacitação no início do projeto pela enfermeira para capacitar os profissionais da equipe para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, para isso se utilizará a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, um quadro, giz, papel, e canetas.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico: será monitorado por meio dos sinais de alerta e pelos registros na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos: Durante os atendimentos o médico e a enfermeira realizarão uma avaliação bucal afim de identificar os pacientes que necessitem de acompanhamento com o dentista, estas informações serão registradas na ficha espelho e anexado um sinal de alerta para sinalizar a necessidade de tratamento odontológico.

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento

odontológico: Como a UBS não dispõe de dentista atuando, o médico e a enfermeira pactuarão por meio de ofício com o gestor o encaminhamento dos pacientes que necessitarem de atendimento odontológico para outras UBS que dispõe do serviço. Para isto será organizada uma agenda juntamente com o dentista de lá com os dias e horários dos atendimentos.

Engajamento Público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos: Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação de Prática Clínica

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos: Será capacitada a equipe para identificar possíveis problemas de saúde bucal. Isto será feito pelo médico e enfermeira da UBS e acontecerá no início da intervenção. Será utilizado retroprojetor, cartazes e cartilhas do MS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo em pacientes que participam do projeto. (Consultas em dia): será feita a conferencia semanal do cumprimento da consulta pelo médico, enfermeira e ACS da UBS por meio da revisão das fichas dos que participam do projeto.

Na Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos com apoio dos ACS: Toda segunda feira os ACS receberão as informações pela enfermeira da equipe dos pacientes faltosos as consultas anteriores e priorizarão visitas para garantir nova data para a consulta na semana seguinte.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares: o médico e a enfermeira agendarão espaços em todos os turnos de trabalho para o acolhimento dos pacientes que serão buscados pelos ACS.

No engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas: serão realizadas palestras pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos): será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias do projeto, por meio de rodas de conversas na UBS, nas comunidades e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Serão discutidas propostas de modificação do atendimento de acordo a suas necessidades para diminuir os pacientes faltosos aos atendimentos, participarão todos os profissionais da equipe e a população dos bairros de abrangência da UBS.

- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas: será realizado palestras pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Qualificação da prática clínica.

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Capacitar os ACS em técnicas participativas: será realizado um treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo médico da equipe, com a atualização sobre técnicas participativas e como sensibilizar os pacientes com HAS e DM para a participação nas consultas com a periodicidade estabelecida, participarão todos os integrantes da equipe e para isso será utilizada a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos que participam do projeto acompanhado na unidade de saúde: será monitorado semanalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante análise dos registros nas fichas espelhos.

Na Organização e gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas: será estabelecida a sexta feira como dia para atualizar o SIAB, neste dia as informações das fichas serão transcritas no sistema de informação pela Enfermeira.

- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento: será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso, onde o médico e a enfermeira transcreverão os dados das fichas espelhos semanalmente.

- Pactuar com a equipe o registro das informações: será pactuado mediante reunião com a equipe no início da intervenção, mencionando as responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros: será realizado reunião no início do projeto para pactuar com toda a equipe e elencar o profissional que será responsável pelo monitoramento dos registros de cada uma das informações.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença: será elaborado pelo médico e a enfermeira do projeto uma base de dados que permita alertar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, será anexado nas fichas espelhos destes pacientes sinais de alerta em papel colorido a fim de facilitar as buscas destes usuários e maior acompanhamento por parte da equipe.

No engajamento público.

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário:

Serão realizadas palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação aos direitos que tem os pacientes em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário:

Qualificação da prática clínica.

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso: será realizado um treinamento teórico pratico no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, com relação ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e o diabético, participarão todos os integrantes da equipe e para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas: será realizado um treinamento teórico pratico no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, a fim de instruir a equipe quanto o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, participarão todos os integrantes da equipe e para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano: será monitorado mensalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante a análise da ficha espelho e qualidade dos registros o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Na Organização e gestão do serviço.

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco: será priorizado o atendimento dos pacientes identificados com risco a fim de garantir atendimento com maior frequência. Serão atendidos todos os dias da semana em todos os turnos.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda: serão disponibilizados espaços na agenda de modo a garantir o atendimento com maior frequência dos pacientes identificados com risco. .

No engajamento público.

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular: Será orientado o usuário durante o atendimento individual pelo médico e enfermeira da UBS.

- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação): serão esclarecidos os pacientes e a comunidade por meio de palestras que serão realizadas pelos ACS, pelo médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo: será realizado um treinamento da equipe no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, quanto a forma de se realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação: será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância do registro desta avaliação

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis: será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe e o médico no início da intervenção sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto: será monitorado pelo médico e a enfermeira da equipe por meio dos registros dos pacientes com HAS e DM com uma periodicidade quinzenal em relação às orientações sobre nutrição adequada para estes pacientes.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável: será realizada pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável por mês com a participação de toda a equipe juntamente com os pacientes e comunidade.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade: será enviado pelo médico da equipe um ofício ao gestor para a fim de solicitar a presença da nutricionista em tais atividades.

Engajamento público.

- Orientar diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável: serão orientados por meio de palestras realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Será realizada pela nutricionista da equipe por meio de duas palestras no início da intervenção sobre práticas de alimentação saudável, participarão todos os profissionais e será utilizado a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, o quadro, giz, papel e canetas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado um treinamento pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde no início da intervenção, participarão todos os profissionais e será utilizado a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, o quadro, giz, papel e canetas.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto: será monitorado quinzenalmente mediante o monitoramento dos registros dos pacientes por parte do médico e da enfermeira a orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: será realizada uma atividade esportiva semanal desde o início da intervenção, coordenada pelo NASF onde participarão pacientes e integrantes da equipe.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade: será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo médico da equipe demandando parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos pacientes hipertensos e diabéticos.

No engajamento público.

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular: será realizado duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância da prática de atividade física regular, participarão os pacientes e os profissionais.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular: será realizado treinamento teórico prática no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular. Para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde, participarão todos os profissionais e será utilizado a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, o quadro, giz, papel e canetas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto: será monitorado semanalmente pelo médico da UBS por meio dos registros dos pacientes a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto

Na Organização e gestão do serviço.

-Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo": será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo médico da equipe demandando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"

No engajamento público.

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo: serão realizadas duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas: será capacitada a equipe por meio de um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre o tratamento de pacientes tabagistas. Para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde: será realizado treinamento pelo médico e enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde. Será feito no início da intervenção, participarão todos os profissionais, será utilizado a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, o quadro, giz, papel e canetas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto com o odontólogo: será monitorado quinzenalmente por meio dos registros dos pacientes na ficha espelho.

Na Organização e gestão do serviço.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos. Será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe dois turnos para o tratamento odontológico para atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico: será priorizado o atendimento dos pacientes identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal, estes pacientes serão acompanhados com maior frequência.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes: será demandado mediante um ofício ao gestor a parceria com outras especialidades odontológicas para o tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos que precisarem.

No engajamento público.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a Intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Serão realizadas duas palestras pelo o odontólogo da equipe na comunidade para a procura de parcerias para o tratamento odontológico dos pacientes e o apoio de outros setores.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista: será mobilizada a comunidade a demandar junto ao gestor a disponibilidade de dentista para atuar na UBS 40 horas semanais.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético: será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo odontólogo da equipe, sobre o tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Desse modo, constata-se que a HAS e o DM são doenças de grande incidência em nessa área de abrangência, promover a união da equipe e o grupo de hipertensos e diabéticos por meio de palestras e as consultas planejadas, poderá otimizar o acompanhamento destes pacientes. Espera-se uma melhoria da atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) na ESF Maria Guilhermina Carvalho, Município Camocim, Ceará como é nossa proposta de intervenção.

Com esse projeto de intervenção terapêutica espera-se que sejam alcançados esses objetivos por meio de resultados tangíveis, seguros e eficazes. Portanto, compromete-se em diminuir a incidência da doença na população e os fatores de riscos da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área da Maria Guilhermina Carvalho, Município Camocim, através de ações de promoção e prevenção por meio da sensibilização de mudanças no estilo de vida da população, nas palestras educativas sobre a aderências a práticas saudáveis como: a redução da ingestão de bebidas alcoólicas, do tabagismo e reduzir o peso corporal através de exercícios físicos com a preparação da equipe de saúde e o grupo de apoio do NASF.

Diante disso, espera-se que os mesmos sejam multiplicadores na prevenção, para lograr reduzir os fatores de riscos e a morbimortalidade destas doenças na população, com simples medidas de prevenção primária e a participação efetiva da comunidade. Ainda, pretende-se que atender o menor número de pessoas com cifras elevadas de pressão arterial e de glicemia nas consultas realizadas, mediante as palestras educativas. Com isso, ao final verificar-se-á quais as mudanças no nível de conhecimento das pessoas sobre como prevenir o controlar estas doenças foram alcançadas.

Desse salientar que as atividades de monitoramento contínuo nos serviços despertam a comunidade para a prevenção de risco e a promoção da saúde por meio de um estilo de vida saudável; bem como o monitoramento contínuo de PA e Glicemia para que o tratamento seja realizado de forma correta. Ainda, observa-se que a informação a toda a população sobre a

necessidade de estar sempre verificando a pressão arterial e glicemia é imprescindível. O agendamento adequado das consultas a pacientes hipertensos e Diabéticos (em nosso posto já saem com a data de próxima consulta) e visitas frequentes pelos agentes comunitários e integrantes da equipe.

8 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ATIVIDADES	Julho 2017	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2018	Dezembro 2018
Capacitação dos profissionais da equipe de saúde para identificar os fatores de riscos da hipertensão e Diabetes	X					
Promover palestras que ensinem os hábitos de vida saudáveis na comunidade	X					
Identificar as quantidades reais de pacientes hipertensos e Diabéticos mediante visitas domiciliares da equipe	X	X				
Promover atividades físicas para a redução dos fatores de riscos e complicações da hipertensão arterial e Diabetes Mellitus.	X	X	X	X	X	X
Elaboração do plano de intervenção						X
Apresentação do plano intervenção ao equipe e confecção relatório final						X

9. RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a realização desse plano de intervenção os recursos humanos serão os profissionais da equipe de saúde (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e os agentes de saúde) e os participantes a população do PSF Maria Guilhermina Carvalho, Município de Camocim.

Os recursos materiais necessários serão: esfignomanômetros, estetoscópios e glicosímetros com as respectivas tiras de teste; folders, álbuns, computador, programas matemáticos, projetor; planilhas, questionários para o registro das informações obtidas e elaboração do perfil sócio econômico dos indivíduos com doenças crônicas e fichas de encaminhamento das pessoas aos serviços de acompanhamento, quando necessário.

10. CONCLUSÕES

Diante dessa proposta, espera-se proporcionar aos pacientes hipertensos e diabéticos desta área de atuação da ESF um melhor controle dos casos de hipertensão e Diabetes, direcionar tratamento oportuno evitando complicações e melhorar a qualidade de vida, estimular os hábitos de vida saudável incluindo alimentação e atividades físicas.

Deve-se salientar que para alcançar os objetivos a longo prazo deve direcionar um estilo de trabalho aos profissionais de saúde de forma permanente no serviço de saúde e assim consolidar o serviço de atendimento destes pacientes no posto de saúde Maria Guilhermina Carvalho, do município Camocim, garantindo um maior número de atendimentos no posto, reduzindo assim a morbidade e mortalidade por complicações.

Capacitar a equipe de saúde com o conhecimento adequado destas doenças para dar orientações precisas de promoção e prevenção na população toda diminui a incidência estas doenças na população e os fatores de riscos da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área da Maria Guilhermina Carvalho, Município Camocim, do Estado Ceará. Através das ações de promoção e prevenção da saúde, consegue-se mudanças no estilo de vida da população, nas palestras educativas sobre aderências a práticas saudáveis tais como: redução da ingestão de bebidas alcoólicas, do tabagismo e reduz o peso corporal através de exercícios físicos com a preparação da equipe de saúde e o grupo de apoio do NASF.

Os motivos que viabilizam a escolha deste foco são em partes de ordem estratégica, pois melhorando a qualidade do cuidado muitos agravos podem ser prevenidos, outro aspecto que viabiliza é a existência de recursos humanos preparados e motivados para o desenvolvimento deste trabalho aliado a disponibilidade dos recursos materiais mínimos indispensáveis para chegar a um resultado positivo.

As principais barreiras estão relacionadas com as limitações do SUS para realizar em tempo hábil os exames de rotina. No entanto, pretende-se ser trabalho a sensibilização da comunidade para que todos apoiem o trabalho da equipe e participem das ações desenvolvidas, batalhando junto com a equipe em prol das melhorias que se fazem necessárias.

Assim, busca-se com este trabalho melhorar a acessibilidade aos serviços de diagnóstico e de atendimento médico, assim como a qualidade do mesmo, ampliar as coberturas, ofertar um cuidado visando a integralidade, propor a educação em saúde para tais patologias na comunidade, organizar o serviço de modo a priorizar o cuidado aos hipertensos e diabéticos, possível identificação precoce de fatores de riscos associados a morbimortalidade e prevenção

destas patologias na comunidade por meio da sensibilização para a prevenção de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis.

REFERÊNCIAS

Artur Gayton and John Hall. Gayton Teybook of Medical physiology, 10 edition .2001.

Costa JSD et al 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: 2006. 5, 6,7 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. Manual de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus. Brasília, 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/hipertensaodiabetes/publicacoes/php>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. **Planos de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) no Brasil**. Brasília, DF, p. 148, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica Diabetes Mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

Cabral, M. Cardiologia da mulher. **Revista Brasileira da Cardiologia-SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p 18-20, 2013.

Cecil. Tratado de Medicina Interna. 20 ed 1996:394-410.

Ferreira, S.R; Zanella, M. T. Epidemiologia da hipertensão arterial associada a obesidade. **Rev. Brás. Hipertens**, v.7, n.2, p 128-135, 2000.

GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÊ DIABÉTICO, 2001).

Hipertensão arterial no Brasil; estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Visitado em 03-01-2013.

Lessa I. Impacto social da não-adesão ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. Hipertens**. 2006; 13(1):39-46

Nunes Filho JR et al, 2007

Olmos, RD; Bensenhor, IM. Dietas e hipertensão arterial: Intersalt e estudo DASH.

Pessuto J, Carvalho EC. Fatores de risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev. Latino-Am. Enfermagem 1998; 6(1):33-39). Revista Brasileira de Hipertensão, v. 8, p. 221-224, 2001.

Sampaio, Marcelo. Doenças isquêmicas do coração são as que mais matam 2013.

SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

Simonetti JP, Batista L, Carvalho LR de. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. Rev. Lat. Am. Enfermagem 2002; 10(3):415-422).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. Revista Brasileira Hipertensão. Vol. 09, 2006.

VIGITEL 2011, Por Carolina Serpejante, publicada em 22/07/2013).