



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Emerson Bruno Alencar Craveiro

Ações de Educação em Saúde com a Comunidade sobre  
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade de  
Saúde da Família Jardim Gramacho IV, Duque de  
Caxias - RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023



Emerson Bruno Alencar Craveiro

Ações de Educação em Saúde com a Comunidade sobre  
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da  
Família Jardim Gramacho IV, Duque de Caxias - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Evangelia Kotzias Atherino dos Santos  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023



Emerson Bruno Alencar Craveiro

**Ações de Educação em Saúde com a Comunidade sobre  
Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde da  
Família Jardim Gramacho IV, Duque de Caxias - RJ**

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Marta Inez Machado  
Verdi**

Coordenadora do Curso

---

**Evangelia Kotzias Atherino dos Santos**

Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023



# Resumo

A procura pelo serviço de saúde é grande por parte dos adultos e idosos com doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), se tornando o principal motivo na busca por atendimento. Problema esse, decorrente em grande parte do estilo de vida da comunidade: alimentação pobre em nutrientes essenciais, rica em gorduras, carboidratos, sódio, produtos industrializados, associados ao estilo de vida sedentário e a prática de maus hábitos como a bebida e o tabagismo. Nesse sentido, o objetivo deste trabalho é desenvolver ações de educação em saúde com a comunidade sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na USF Jardim Gramacho IV. Para isso, serão realizados acompanhamento com os doentes, elaboração de planilhas de monitoramento para anotação das mediações diárias de PA e glicemia, bem como medicamentos de uso contínuo com hora e dose prescrita e o desenvolvimento de grupos a fim de realizar esclarecimentos sobre a doença. A partir da implementação, espera-se evitar ou diminuir as complicações crônicas dos pacientes acometidos e melhorar o serviço prestado a comunidade, acolhendo, monitorando, ensinando e completando suas debilidades, para melhorar a qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Doenças Cardiovasculares, Hábitos Alimentares, Hipertensão, Prevenção de Doenças





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>13</b>
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>13</b>
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>23</b>



# 1 Introdução

## **Contexto**

Jardim Gramacho é um bairro do município de Duque de Caxias, no estado do Rio de Janeiro, no Brasil.

No bairro, funcionou, de 1976 a 2012, o maior lixão da América Latina. O bairro é terreno de marinha conquistado ao mar pelos habitantes (posseiros dependentes da reciclagem) e, segundo fontes da época, recebia, por dia, mais de 7000 toneladas de rejeitos químicos e orgânicos provenientes dos municípios vizinhos da Baixada Fluminense e também do município do Rio de Janeiro, que eram despejados diretamente no fundo da Baía de Guanabara, contribuindo grandemente com a poluição das águas a divisa com o Jardim Guanabara.

Para melhor localização, dividiremos o Bairro Jardim Gramacho em lado A e Lado B. Lado A referente aquele onde se localiza o antigo lixão. Lado B, onde está situado a Unidade onde atuo. Lado A e B são separados pela Rodovia Washington Luis (BR-040).

Jardim Gramacho (A e B) possui cerca de 20 000 habitantes, com pessoas humildes, de baixa escolaridade (nível fundamental), muitos desempregados, uma parte vive do próprio negócio (bares, comércios, venda de água e gás, comida, marcenaria, etc), e outra parcela trabalha em grandes empresas que estão instaladas ao redor do bairro.

## **A Unidade**

A USF Jardim Gramacho IV é uma unidade única, que atua independente das demais unidades (Jardim Gramacho I, II e III localizadas no lado A), possui 2 consultórios, 4 salas, 2 geladeiras (Vacina e Copa), 2 Ar-condicionados, 1 bebedouro, 1 Cafeteira, 2 camas de avaliação, 1 cama ginecológica, 8 cadeiras simples, 2 cadeiras extensas (4 lugares cada), 7 mesas de escritório de ferro, negatoscópio, 2 esfigmomanômetros, 1 medidor de glicemia capilar, kit para preventivos, 4 armários para documentos, 1 banheiro.

A equipe está composta por um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde, uma auxiliar de serviços gerais, administradora e auxiliar de administração.

A área de abrangência corresponde a 6 microáreas, abrangendo um total de 19 ruas e cobrindo 3.187 habitantes (pacientes cadastrados).

Nossa unidade tem como principal estratégia o ACOLHIMENTO para então iniciarmos os trabalhos com campanhas de vacinação, realizamos palestras educativas para a população, as consultas são agendadas, preventivos para mulheres, busca ativa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, renovação de receitas (principalmente de HIPERDIA), pré-natais de baixo risco e puericultura.

As ações são realizadas a partir de um cronograma bem elaborado, com a rotatividade de plantões das ACS e o trabalho externo. Cada profissional com dias fixos de atendimento

de acordo com a especialidade.

Como apoio temos o NASF-AB, composto por Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra, Geriatra, Médico Generalista, Fisioterapeuta, Nutricionista.

### **A Procura pelo Serviço**

A procura pelo serviço de saúde é grande por parte dos adultos e idosos com doenças crônicas não transmissíveis (HAS e DM) se tornando o principal motivo na busca por atendimento. Infelizmente já procura o serviço com algum grau de complicação, decorrente dos anos sem tratamento ou controle. Entre os adultos a busca por check up geral fica em segundo lugar, nos motivos de consulta. A puericultura também se destaca, as queixas mais comuns são febre, tosse, e diarreia.

O principal problema da comunidade é o Alto índice de paciente com doenças crônicas não transmissíveis (Hipertensão e Diabetes).

Distribuídos em várias faixas etárias, desde adultos jovens a idosos.

Problema esse, decorrente em grande parte do estilo de vida da comunidade: alimentação pobre em nutrientes essenciais, rica em gorduras, carboidratos, sódio, produtos industrializados, associados ao estilo de vida sedentário e a prática de maus hábitos como a bebida e o tabagismo.

### **Em que Intervir?**

Durante quase um ano de trabalho na ponta, a frente de uma unidade de saúde, sentimos que temos o dever em intervir no nosso principal problema: O alto índice de pacientes com HAS E DM. Sabemos que essas patologias aparecem em qualquer índice, em qualquer país. O problema em si não é ter a HAS e DM propriamente dita, sabemos que existe por trás dessas doenças mecanismos fisiopatológicos e genéticos que favorecem o aparecimento de tal patologia, entramos aqui nas complicações, essas sim como causa indiscutível de piora no estilo de vida, maior índice de internação nos idosos, oftalmopatias, nefropatias, AVE, Infarto Agudo do Miocárdio, Insuficiência Venosa, polineuropatias, etc.

### **Por que intervir?**

Primeiramente por ser o motivo principal nas consultas, hoje os atendimentos por HAS e DM giram em torno de 80% em nossa unidade. Segundo, por alterar o estilo de vida do paciente, seja por deambular com dificuldade devido a neuropatia diabética, ou não enxergar por uma oftalmopatia. A partir desses agravos sabemos que o indivíduo já não é mais o mesmo, imagine um senhor pai de família, que infelizmente está com uma complicação oftálmica devido o diabetes. Como conseguirá ir ao trabalho sem enxergar bem? Ou pior, como manusear máquinas? Colocaria sua vida e a vida dos demais a sua volta em perigo. São complicações evitáveis.

Evitáveis e com baixo custo, com pouco pessoal envolvido. A equipe da unidade tem que ser capaz de elaborar e executar o projeto. Todos temos as orientações básicas a respeito das doenças, o que deve ser feito é transmitir à população. Com a informação bem passada, com a garantia de que o paciente entendeu a mensagem, podemos com certeza

diminuir as complicações. Vivemos uma época oportuna para realizar essas intervenções. Hospitais lotados, serviços sobrecarregados, falta de especialistas na rede, salários atrasados. Tudo isso dificultando a ida e o tratamento dos pacientes complicados, nem todos conseguem um bom atendimento nos serviços de nível secundário. Então, por que não diminuir a procura por essas complicações?



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Desenvolver ações de educação em saúde com a comunidade sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na USF Jardim Gramacho IV.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Realizar acompanhamento restrito com os doentes; - Elaborar planilha de monitoramento para anotação das mediações diárias de PA e glicemia, bem como medicamentos de uso contínuo com hora e dose prescrita;
- Desenvolver grupos para esclarecimentos sobre a doença.





## 3 Revisão da Literatura

### DEFINIÇÃO CONCEITUAL

A Hipertensão e o Diabetes como doenças crônicas não transmissíveis são problemas que afetam grande parte da população do Brasil, tornando efetivamente uma ameaça para saúde e ao desenvolvimento humano. Mesmo tratando – se de doenças controláveis o número de complicações é grande. Superlotando serviços secundários e terciários de saúde, oportunamente, é dever da atenção primária realizar medidas para que isso não ocorra. Temos o fator adesão do paciente, porém, realizando medidas corretas e diretas tais complicações podem sim, ser evitadas, melhorando a qualidade de vida do paciente e aumentando sua expectativa de vida (BRASIL, 2013b).

Segundo o artigo lançado no Lancet em novembro de 2010, a carga dessas doenças recai especialmente sobre os países de baixa e média renda. Por isso ter uma visão abrangente e crítica do cenário das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, um grande país de renda média, é, portanto, oportuna.

(SCHMIDT, M. I. et al. Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais, 2011) (BRASIL, 2013a).

### CONTEXTUALIZAÇÃO

#### Hipertensão Arterial

Pressão cronicamente aumentada levando a lesões crônicas de órgãos e risco aumentado de eventos cardiovasculares e cerebrovasculares. Trata-se de uma patologia extremamente prevalente que acomete mais de 1 bilhão de pessoas no mundo todo. A hipertensão arterial costuma ser assintomática e seu diagnóstico é estabelecido através de medidas rotineiras da pressão arterial. Frequentemente, pacientes que nunca tiveram diagnóstico de hipertensão arterial, estabelecem o diagnóstico a partir de uma urgência ou emergência hipertensiva. (REVISTA AMERICANA THE LANCET, 2016) (DIAZ PATRÍCIA BASSO MOREIRA et al., 2016).

Dentro do atendimento clínico é fundamental identificar os fatores de risco para hipertensão primária: São eles: idade >60 anos; obesidade (IMC >30); aumento da circunferência abdominal (homens >94cm, mulheres >80 cm); sedentarismo; tabagismo; alcoolismo; dislipidemia; intolerância à glicose ou diabetes; síndrome metabólica; doença arterial periférica (doença arterial coronariana, doença carotídea ou doença cérebro vascular); história familiar; redução do número de néfrons; dieta rica em sódio (>3g/dia); hipovitaminose D; transtornos de personalidade e depressão.

Em geral, o diagnóstico de hipertensão é estabelecido após duas consultas ambulatoriais com médias de níveis tensionais maiores ou iguais a 130x80 mmHg. Porém, em alguns casos, o diagnóstico pode se tornar duvidoso, demandando exames complementares como a Medida Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) ou a Medida Residencial da Pressão

Arterial (MRPA). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016) (CAMPOS; NETO, 2018).

A sétima Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial nos mostra que dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP. A HAS é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE. Isso nos mostra a grande importância de conhecer a doença e prevenir os pacientes contra essas complicações (CARDIOLOGIA, 2018)

### **Diabetes**

Doença do metabolismo intermediário por deficiência na produção de insulina devido à destruição das células betas pancreáticas caracterizando a diabetes tipo 1 ou por deficiência relativa ou absoluta na produção de insulina com graus variados, sendo ambas clinicamente manifestada por hiperglicemia e suas consequências agudas e crônicas (CARVALHO. et al., 2018)

Na consulta ambulatorial é de grande importância identificar os fatores de risco. A diabetes tipo 1 apresenta poucos fatores identificáveis, correspondendo a fatores genéticos (predisposição) e ambientais (desencadeadores): história familiar em parentes de primeiro grau, infecção viral (especialmente enteroviroses); imunização; obesidade; exposição ao leite de vaca precocemente; deficiência de vitamina D. A diabetes tipo 2 tem como fatores de risco: Idade > 45 anos; obesidade; dislipidemia; história familiar de diabetes em parente de primeiro grau; história de doença aterosclerótica; hipertensão arterial; história de intolerância à glicose; estigmas de resistência insulínica (acantose nigricans); sedentarismos; história de parto de filho macrossômico; uso crônico de corticoides e síndrome dos ovários policísticos. (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA DIABETES MELLITUS, Cadernos de Atenção Básica, nº 36, Brasília – DF, 2013).

O diagnóstico é feito a partir dos sintomas clássicos como poliúria, polidipsia, noctúria, borramento visual e, menos frequentemente, emagrecimento associados uma glicemia ao acaso maior ou igual a 200mg/dl confirma o diagnóstico ou glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl e hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5% (ambos alterados).

Pacientes sem seguimento médico podem apresentar complicações crônicas da doença, tais como: Retinopatia diabética, Nefropatia diabética e Neuropatia diabética. (BRASIL, (BRASIL, 2006)

### **Hipertensão Arterial**

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. (SANTOS CARLA REGINA DE SOUZA TEIXEIRA et al., 2018)

No Brasil, HAS atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo direta ou indiretamente para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV).<sup>7</sup> Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar, estimada em US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

Estudos estimam que a prevalência global da HAS seja de um bilhão de indivíduos, acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo.(CHOBANIAN, 2004).

### **Diabetes**

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de

peças e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que 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 (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), 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. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito (DATASUS, 2018)

anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). O levantamento apontou, também, que 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. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011). 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(AZEVEDO et al., 2018)

### **Políticas Públicas**

Hoje com o melhoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) é direito do portador de

doença crônica, seja ela Hipertensão ou Diabetes o acesso a cuidados específicos no âmbito da atenção básica. Um exemplo é a existência de um programa chamado HIPERDIA (Hipertensão e Diabetes).

O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do Sistema Único de Saúde – SUS. (FONTE: DATASUS).

Outro meio é através de visitas domiciliares com a equipe. É feito o cuidado continuado dos pacientes impossibilitados de ir até a unidade. Realizando assim aferições de pressão arterial, realização de glicemia capilar em jejum, bem como orientações e educação sobre as doenças e suas complicações.

A farmácia popular hoje oferece diversos medicamentos de uso contínuo gratuitamente. Facilitando a vida de milhões de brasileiros.

### **Relevância da Intervenção**

Está mais do que claro que um dos grandes fatores envolvidos no aparecimento das complicações crônicas, seja ela pela Hipertensão ou pelo Diabetes é o fato de que a população não conhece bem suas patologias. Isso, de forma global, serve para qualquer acometimento. Uma vez que o usuário tenha a noção básica da sua doença (o que é, como se faz o tratamento, quais complicações, etc.) ele é capaz de melhorar a adesão ao tratamento e prevenir complicações.

Infelizmente nos dias de hoje ainda nos deparamos com o excesso de consultas na atenção básica que de certa forma atrapalha o processo de educação dos pacientes sobre as doenças. Isso torna a consulta automática e muitos pacientes saem apenas com o diagnóstico feito e o tratamento em mãos, com orientações superficiais ou até mesmo sem orientação.

## 4 Metodologia

### **Realizar acompanhamento restrito com os usuários :**

Dentro desse objetivo monitoramos os usuários com doenças crônicas (Diabetes e Hipertensão), por ser maioria nas consultas e por desenvolverem mais complicações. O acompanhamento segue o fluxograma das consultas de acompanhamento continuado. O público alvo são os idosos (>60 anos), nesta faixa etária é comum o início das complicações.

Quando descrevemos como acompanhamento restrito, estamos falando dos pacientes que acabam esquecendo-se do dia da consulta, ou por ventura não realizam exames solicitados. A realização de uma planilha com a frequência das consultas, busca ativa e lembrete para o dia da consulta e um acolhimento adequado são necessários para um bom atendimento.

A colocação dos nomes dos usuários em forma de planilha nos ajuda a organizar a frequência deles nas consultas assim aqueles com falta passa por busca ativa. A busca ativa inicial é feita pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), este realiza uma visita domiciliar (VD) para entender os motivos da falta e realizar orientações iniciais. Se necessário uma nova visita pode ser agendada para novas orientações. Os lembretes para o dia da consulta, também serão feitas pelo ACS, seja por VD ou ligação telefônica.

### **Elaborar planilha de monitoramento para anotação das mediações diárias de PA e glicemia, bem como medicamentos de uso contínuo com hora e dose prescrita:**

Utilizar, além do prontuário, ou caderneta do idoso, uma tabela com todas as aferições feitas, seja na Unidade Básica de Saúde (UBS), ou na farmácia, é essencial para ter noção da ação do medicamento frente as doenças. Quando realizamos adequação da medicação, seja aumentar ou diminuir doses, é comum solicitarmos o retorno para aferições diárias de pressão arterial (PA) ou semanais para glicemia. Quando realizamos um controle adequado, os efeitos colaterais são rapidamente identificados e solucionados.

Muitos idosos tomam de forma equivocada suas medicações. Trazendo complicações graves. A planilha com os medicamentos é realizada em consulta e entregue ao usuário, nela colocamos qual medicamento tomar, a que horas e qual a dose. Recomendamos que essa planilha seja colocada em local visível, de leitura rápida e fácil.

Realizamos esta ação em conjunto, com Enfermeira e Auxiliar de Enfermagem.

### **Desenvolver grupos para esclarecimentos sobre a doença:**

Informação é a palavra chave para um bom resultado. Quanto mais informação o usuário tem sobre sua doença mais ele buscará cuidar de sua saúde.

A informação inicial é dada a partir do acolhimento, feita pelo ACS. Dentro da consulta especificamos um pouco mais, buscando passar informação rápida e de fácil entendimento. O que é a Hipertensão ou Diabetes, qual a causa destas doenças, como controlar,

como se alimentar corretamente, fatores de risco, quais as complicações de não realizar o tratamento correto.

Uma nova forma de transmitir este conhecimento está sendo planejado para esse ano. Infelizmente por falta de espaço em nossa unidade, não contamos com uma sala adequada para realizarmos grupos grandes, para desenvolver palestras para a comunidade.

Todas essas ações são realizadas na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Gramacho IV, localizada em Duque de Caxias – RJ, desde outubro de 2017 até os dias atuais. A equipe é composta por seis Agentes Comunitárias de Saúde, um médico, uma Enfermeira, uma Dentista, uma Auxiliar de Enfermagem, uma Administradora, uma Auxiliar Administrativa e uma Auxiliar de Serviços Gerais.

Toda a equipe é mobilizada para realizar um bom atendimento.

## 5 Resultados Esperados

Nosso objetivo geral é desenvolver ações de educação em saúde com a comunidade sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na ESF Jardim Gramacho IV.

A partir dos objetivos específicos buscamos evitar ou diminuir as complicações crônicas dos pacientes acometidos. Sabemos que tais complicações são um dos grandes motivos da busca dos serviços mais especializados, muitas vezes para internação. Deixando assim o sistema secundário e terciário colapsados.

Todos os planos de trabalho seguem os protocolos de atendimento na atenção primária. Infelizmente em muitas unidades o atendimento se torna superficial e voltado apenas para a cura/controle. Quando passamos para a prevenção propriamente dita, o serviço é falho e incompleto.

Buscamos assim melhorar o serviço prestado a comunidade, acolhendo, monitorando, ensinando e completando suas debilidades, para melhorar a qualidade de vida.





## Referências

- AZEVEDO, J. L. G. S. P. S. J. L. C. A. J. R. M. J. de et al. *atualização Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico*. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-27302002000100004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000100004)>. Acesso em: 17 Nov. 2018. Citado na página 17.
- BRASIL, M. da Saúde do. *PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA*: Cadernos de atenção básica - n.º 14. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA - DIABETES MELLITUS*: Cadernos de atenção básica, n.º 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da Saúde do. *ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA - HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA*: Cadernos de atenção básica, n.º 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 15.
- CAMPOS, M. O.; NETO, J. F. R. *DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: FATORES DE RISCO E REPERCUSSÃO NA QUALIDADE DE VIDA*. 2018. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a006.pdf>>. Acesso em: 24 Nov. 2018. Citado na página 15.
- CARDIOLOGIA, S. B. de. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia: 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial*. 2018. Disponível em: <[http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05\\_HIPERTENSAO\\_ARTERIAL.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf)>. Acesso em: 24 Nov. 2018. Citado na página 16.
- CARVALHO., M. I. S. B. B. D. J. F. H. L. de Moura; Deborah Carvalho Malta; Rosa Maria Sampaio Vilanova de et al. *Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006*. 2018. Disponível em: <[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009000900010&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102009000900010&script=sci_arttext&tlng=en)>. Acesso em: 17 Nov. 2018. Citado na página 16.
- DATASUS. *Hiperdia*. 2018. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>>. Acesso em: 04 Dez. 2018. Citado na página 17.
- DIAZ PATRÍCIA BASSO MOREIRA, R. F. H. A. C. R. S. Z. K. N. et al. O impacto do diabetes mellitus tipo 2 na qualidade de vida. *REVISTA MÉDICA DA UFPR*, p. 1–8, 2016. Citado na página 15.
- SANTOS CARLA REGINA DE SOUZA TEIXEIRA, M. L. Z. M. A. d. S. M. C. A. P. Ellen Cristina Barbosa dos et al. *Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus*. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n5/a23v64n5.pdf>>. Acesso em: 17 Nov. 2018. Citado na página 16.