

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

MIGDALIS PEREZ BUENO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELITUS NA ÁREA DA ESF SÃO PEDRO**

**POLO ARAÇUAÍ / MINAS GERAIS
2016**

MIGDALIS PEREZ BUENO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELITUS NA ÁREA DA ESF SÃO PEDRO**

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

Orientador: Prof. Dr. André Luiz do Santo Cabral.

**POLO ARAÇUAI / MINAS GERAIS
2016**

MIGDALIS PEREZ BUENO

**PLANO DE AÇÃO PARA REDUÇÃO DA ALTA INCIDÊNCIA DE
PACIENTES COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E
DIABETES MELITUS NA ÁREA DA ESF SÃO PEDRO**

Banca examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral – Universidade Federal de Minas Gerais

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 18 de fevereiro de 2016.

DEDICO

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Ao Polo Universitário de Araçuaí pela oportunidade de fazer o curso.

Ao meu orientador, pelo empenho dedicado à elaboração deste *trabalho*.

Agradeço a minha mãe Cecília Bueno, heroína que me deu apoio, incentivo nas horas difíceis, de desânimo e cansaço.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

Claro que não é fácil abandonar hábitos, costumes... Não é fácil adaptar-se aos novos meios, ou usar recursos aos quais não estávamos familiarizados.

Mas todo guerreiro sabe que pessimismo e insegurança nessa hora só atrapalham; ainda que a ameaça venha de vários lados, com agilidade, força e determinação podemos alcançar o resultado.

Autor desconhecido.

RESUMO

A Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus (DM) vem aumentando muito nos últimos anos na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família. O modelo econômico e social leva a um ambiente cultural e socioeconômico específico em cada região, e em nossa população existem hábitos de vida não saudáveis que podem ser tanto por condições financeiras quanto por aspectos culturais. Os principais determinantes nesse aumento: alimentação inadequada, falta de atividade física, stress, sobrepeso e a obesidade. No município de Itinga a principal causa de óbito são as doenças do aparelho cardiovascular tanto em homens como em mulheres, sendo a maioria dos casos associadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Assim, este estudo objetivou elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em o ESF São Pedro de Itinga. Este plano se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e na pesquisa de artigos na Biblioteca Virtual em Saúde, com os descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus e fatores de risco. Espera-se evitar complicações e sequelas provenientes dessas doenças e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Palavras chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Hypertension Arterial and Diabetes Mellitus comes to increasing in recent years in the area covered by the Family Health Team. The economic and social model leads to a specific cultural environment and socioeconomic in each region, there is not in our population healthy lifestyle habits that can be both financial conditions and by cultural, determined mainly: poor diet, lack of activity physical, stress, overweight and obesity. In the city of Itinga the leading cause of death are diseases of the cardiovascular system both in homes and women, being associated in most cases hypertension. This study aimed to develop an intervention project to reduce the incidence of Hypertension and Diabetes Mellitus in the St. Peter ESF Itinga. This plan was based on the Situational Strategic Planning and articles search in the Virtual Health Library, with the key words: hypertension, diabetes mellitus and risk factors. Expected to avoid complications and sequelae from these diseases and improve the quality of life of these patients

Keys words: Hypertension. Diabetes Mellitus. Risk factor.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Familiar
PES	Planejamento Estratégico Situacional
UBS	Unidade básica de saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	14
3	OBJETIVO.....	15
4	METODOLOGIA.....	16
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	18
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	25
	ANEXO.....	27

1 INTRODUÇÃO

Em 1805, o município Itinga tinha origem no denominado vilarejo Santo Antônio da Barra do Itinga, com o desbravamento da região, pelo capitão-mor João da Silva Santos, que a mando do governador da Bahia, subiu o rio Jequitinhonha com treze canoas, até Barra do Pontal (hoje Itinga), município de Araçuaí, de acordo com o Instituto Brasileiro de geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Itinga, outrora Santo Antônio da Barra de Itinga, criado em dezembro de 1943, teve sua origem no Arraial Santo Antônio de Barra do Itinga, fundado por volta de 1805 por desbravadores da região. Localizado no nordeste de Minas Gerais, integra a região do Médio Jequitinhonha, e tem se destacado no vale pela exploração de minérios, artesanato e festas populares (IBGE, 2014).

Itinga faz parte do semiárido de Minas Gerais, distante da Capital Mineira Belo Horizonte, 650 km. Seu território possui uma área de 1.653.69 KM², atualmente com 28 comunidades rurais, 01 distrito (Jacaré) e 03 povoados (Ponte Pasmado, Pasmadinho e Taquaral). A sede municipal encontra-se às margens do Rio Jequitinhonha. Faz limites com os municípios de Comercinho, Medina, Itaobim, Ponto dos Volantes, Araçuaí, Coronel Murta e Rubelita. Seu acesso é através das rodovias BR 367 e 116 (IBGE, 2014).

O posto de Saúde do Povoado de Taquaral / Estratégia Saúde da Família (ESF) – São Pedro atende a 718 famílias, contando com um número de 2.617 pessoas. A população por estar situada em área rural, tem como principais fontes de trabalho a agricultura, a pecuária e a mineração. As mulheres só tem a opção de trabalhar nos serviços domésticos e na agricultura. Algumas delas trabalham como funcionárias públicas da Secretaria Estadual ou Municipal da Educação, atuando nas escolas locais ou em localidades vizinhas.

Muitos dos habitantes residem em casas com boas condições estruturais, mas grande parte habitam vivendas com más condições estruturais e saneamento básico desfavorável, principalmente as mais distantes do centro onde se localiza o posto de

saúde, e onde se concentra famílias mais carentes, com baixo nível econômico e cultural, cujo *per capita* está abaixo da linha de pobreza. Muitas dessas famílias recebem o benefício Bolsa Família por terem filhos na idade escolar vinculados ao programa. Existe um número considerável de pacientes idosos que não estão alfabetizados.

Os dados do diagnóstico situacional feito segundo as diretrizes do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) mostrou que as principais causas de morte no povoado são o câncer, os acidentes de trânsito, as doenças cardiovasculares, e as complicações das doenças crônicas como a hipertensão arterial e a diabetes mellitus.

Como a saúde está muito relacionada às condições de vida, fazer uma análise do que é necessário para melhorar a saúde de uma comunidade é um trabalho grande da equipe.

O alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é um de nossos problemas prioritários; deve-se à alta incidência de obesidade, sedentarismo, tabagismo e maus hábitos dietéticos que estão se tornando mais comum em idades mais jovens da vida.

King, Aubert e Herman (1998) projetaram um aumento de 35% na prevalência de Diabetes Mellitus, no mundo, passando de 4%, em 1995, para 5,4%, em 2025. O crescimento relativo da prevalência será, entre 1995 e 2025, da ordem de 48% para os países em desenvolvimento, contra 27% para os países desenvolvidos.

Em 2004, Wild, Roglic e Green (2004) publicaram resultados de estudo desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente às estimativas de prevalência do Diabetes Mellitus entre 2000 e 2030. Segundo os autores, o Brasil, que em 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de diabetes (4,6 milhões), ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas.

Levando-se em consideração a relevância do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial no âmbito da saúde pública, o presente estudo tem por objetivo investigar a alta incidência de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área da PSF São Pedro. É bem claro que a causa primeira deste problema em nossa área de abrangência é a falta de conhecimento da população em relação à saúde, e consequentemente dessas doenças e suas complicações. Isso se deve a baixa escolaridade e às poucas informações e esclarecimentos sobre o assunto. Porém o ponto crítico se evidencia nos inadequados hábitos e estilo de vida que tem nossa população, causa que ao ser atacada impacta sob o problema principal e o transforma ou modifica, para melhorar a qualidade da vida dos pacientes.

2 JUSTIFICATIVA

Este estudo tem relevância no âmbito da saúde pública, por se tratar de um problema frequente que acomete a nossa população, que são as doenças como a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus. Hoje o que se preconiza é que a atenção básica seja a primeira opção, ou seja, a porta da entrada dos serviços de saúde, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) representam graves problemas de saúde no Brasil, não só pela elevada prevalência na população adulta, como também pela acentuada parcela de hipertensos e diabéticos não diagnosticados, ou não tratados de forma adequada, ou ainda pelo alto índice de abandono ao tratamento.

Não podemos deixar de ressaltar que todo este contexto caracteriza-se em um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, pois são situações que necessitam de intervenções imediatas e acompanhamento constante pela alta prevalência e pelo grau de incapacidade que provocam. Hoje o que se quer é atenção especial e investimentos na área de saúde pública, na prevenção, pois precisamos como profissionais da saúde nos engajar nesse desafio, e ser atores de transformações na área da saúde.

Este trabalho se justifica pela alta incidência e prevalência de pacientes com HAS e DM em nossa área de abrangência visto que tal situação constitui o principal problema de saúde, não só pela quantidade de hipertensos e diabéticos que temos, mas pelo fato de muitos não conseguirem um controle terapêutico eficiente e terem associadas a isso outras doenças e complicações.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em o ESF São Pedro de Itinga.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme o texto da seção 2 do módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema abordado, revisando conceitos importantes para a delimitação do tema.

Essa pesquisa foi feita na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores: hipertensão, Diabetes Mellitus e fatores de risco.

A intervenção se baseia em três etapas:

A primeira etapa foi a aplicação de um questionário inicial (anexo 1), aos usuários da nossa área de abrangência para indagar acerca do conhecimento prévio que eles tem da doença; os resultados dessa avaliação inicial compuseram, também o diagnóstico situacional e foram tomados como ponto de partida para o desenvolvimento das dinâmicas grupais e palestras. Esse questionário também será aplicado aos membros da equipe como modo de rastreamento para aumentar a qualidade da intervenção..

Em uma segunda etapa se desenvolverão as dinâmicas grupais, apoiadas em alguns pacientes que tem a experiência de controle da doença, com a adesão ao tratamento medicamentoso e à mudança no estilo de vida. Pretende-se, desse modo, que eles exponham suas experiências, de acordo aos temas propostos para a dinâmica: alimentação, exercícios físicos, obesidade, fumo, estresse, importância da adesão ao tratamento.

Na terceira etapa será aplicado novamente o mesmo questionário (anexo1) para avaliar novamente o conhecimento após dinâmicas e palestras. E ai serão propostas mudanças no estilo de vida. Os encontros acontecerão semanalmente e após, serão realizadas dinâmicas, numa perspectiva de apoio coletivo à mudança de estilo de vida proposta. A cada encontro a glicemia capilar e as cifras de pressão arterial serão verificadas e anotadas.

Esta atividade vai se desenvolver no espaço da churrasceria local que tem todas as condições para que as mesmas se realizem e onde tem se desenvolvido eventos semelhantes, uma vez que na UBS não temos um espaço para realizar atividades coletivas,

Para o desenvolvimento do projeto foram necessários alguns recursos: material de escritório, glicômetro, esfigmomanometro, estetoscópio, folhas e canetas. Recursos humanos: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

4 REVISÃO DA LITERATURA

O Ministério da Saúde, com a intenção de reduzir a morbimortalidade associada à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados, municípios, Sociedades Brasileiras de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) para apoiar a reorganização da rede de saúde, objetivando a melhoria da atenção aos portadores desses agravos, através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001).

É necessário considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis de pressão arterial sistólica e diastólica, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões em órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter prudência antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de pressão arterial elevada em uma aferição, aconselha-se repetir a aferição de pressão arterial (PA) em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS (BRASIL, 2006).

Para Narayan *et al.* (2000), as mudanças na susceptibilidade genética para a doença não são os únicos fatores responsáveis pelo aumento da prevalência, sendo incriminados, principalmente, os fatores ambientais. Davies *et al.* (2004) dizem que mais de 75% das pessoas com Diabetes Mellitus tipo II morrem por complicações macrovasculares e, que sua esperança de vida pode ser encurtada em até 15 anos. Estes autores também referem que as melhores evidências para a prevenção do Diabetes Mellitus constituem-se de intervenções sobre o estilo de vida (prática de atividade física e mudanças no padrão dietético) tendo, como alvo, populações em maior risco.

A relevância de intervenções sobre o estilo de vida, em indivíduos portadores de tolerância diminuída à glicose e glicemia de jejum alterada foi também reconhecida por Unwin *et al.* (2002), em estudo de revisão.

Em relação aos estudos de prevalência, merece destaque o Censo de Diabetes, conduzido entre 1986 e 1988 em nove capitais brasileiras. Já nesse período, Malerbi e Franco (1992) relataram que a prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil foi 7,4% (prevalência ajustada por idade). Neste mesmo estudo, os autores identificaram prevalência de 9,7% para o Município de São Paulo que apresentou a maior magnitude do indicador entre as nove capitais avaliadas.

Rosa *et al.*(2007), em estudo conduzido com dados do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS), no período entre 1999 e 2001, estimaram 327.800 internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal (códigos E-10 a E-14 da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10). A Região Sudeste se destacou por apresentar maior número de óbitos hospitalares/1.000.000 habitantes, a partir dos 20 anos de idade (sexo masculino) e letalidade hospitalar de 13,3%, em indivíduos do sexo masculino com 75 anos e mais. O custo médio por internação foi equivalente a US\$150,59 (intervalo de 95% de confiança – IC95%: 149,87-151,32), sendo maior no sexo masculino (US\$155,36) que no feminino (US\$147,67).

Segundo o Ministério da Saúde, cerca de 50% da população com diabetes não sabem que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações, pois o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos e a suspeita clínica ocorre então a partir de fatores de risco para o diabetes (BRASIL, 2006).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de atenção básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Os objetivos mais importantes das ações de saúde são o controle da pressão arterial e a redução da morbimortalidade causada por essas duas doenças. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de

saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL *et al.*, 2003).

A HAS e DM apresentam alta incidência e baixas taxas de controle no Brasil e são consideradas os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Destaca-se que portadores destes agravos quando não realizam acompanhamento adequado, com uso de medicações e realização periódica de exames, além de praticarem hábitos alimentares inadequados estão susceptíveis às complicações dessas doenças (BRASIL, 2011).

Pode-se perceber que nas últimas décadas, registrou-se no Brasil e em muitos outros países mudanças relevantes e significativas no perfil de mortalidade da população evidenciado pelo aumento de óbitos devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com um grande destaque para a HAS e DM. Tal padrão de mortalidade está relacionado com mudanças no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico que contribuíram para a transição epidemiológica (BRASIL, 2011).

Vale lembrar que ambas são afecções silenciosas, isto é, as alterações vão progredindo sem a manifestação de sinais e sintomas. Normalmente são diagnosticadas quando já há importantes modificações no organismo. Outros são moléstias previsíveis quanto ao surgimento e, em alguns casos, controláveis, permitindo que as pessoas acometidas possam ter qualidade de vida e menores possibilidades de complicações e redução da gravidade. Portanto, são processos que podem se desenvolver ao longo da vida do sujeito e surgirem, ano a ano, mais pessoas em diferentes graus de morbidade, tornando-se um problema de saúde pública. As ações, nesse âmbito, incluem mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, entre outros; e a educação em saúde torna-se ferramenta para o ensino às pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações (BRASIL, 2011).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Conforme dito anteriormente, este projeto de intervenção foi baseado no PES .

Nos Quadros 1 e 2 estão apresentados, para cada nó crítico identificado para o problema de alta incidência da HAS e DM as operações, resultados e produtos esperados além dos atores responsáveis e recursos necessários.

Quadro 1 – “Operações sobre os hábitos e estilos de vida não saudável”, na população sob-responsabilidade da Equipe de Saúde da Família São Pedro, em Itinga, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida não saudável
Operação	<i>Melhor estilo de vida</i>
Objetivo	Aumentar o nível de informação sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus
Resultados esperados	Melhorar a qualidade de vida da população de forma que se preocupem com hábitos e estilo de vida saudável. Diminuir em 20 % o numero de pacientes sedentários e obesos
Produtos esperados	Programa educativo na rádio local sobre alimentação saudável, sedentarismo. Grupos operativos sobre os diversos temas relacionados à vida saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	Setor da comunicação social Enfermeiro
Recursos necessários	Estrutural: Local para a realização das atividades Cognitivo:- informação estratégica sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Financeiro: Recursos audiovisuais, folhetos educativos. Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Espaço na rádio local
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Autor que controla: Setor da comunicação social Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto
Responsáveis:	Médicos e enfermeiro
Cronograma / Prazo	03 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Médica e enfermeira

Quadro 2 –“Operações sobre o nível de informação da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus“, na população responsável da Equipe de Saúde da Família São Pedro, em Itinga, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Nível de informação da população sob-hipertensão arterial e diabetes mellitus
Operação	Mais informação
Objetivos	Aumentar o nível de informação sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus
Produtos esperados	Validação do nível de informação da população de risco, campanha educativa na rádio local.
Atores sociais/ responsabilidades	Setor da comunicação social Enfermeira
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação Organizacional: organizar agenda Político: Articulação intersetorial
Recursos críticos	Político: Conseguir o espaço na rádio local e articulação intersetorial Financeiro: Para aquisição de recursos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Sector da comunicação social Motivação: favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para setores de mobilização e diretores das escolas
Responsáveis:	Médica e enfermeira
Cronograma / Prazo	03 meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médica e enfermeira

Será avaliada a intervenção comparando os resultados da aplicação do questionário ao início e ao final do projeto. Também após o acompanhamento semanal através de dados como: adesão ao tratamento e controle das medidas da glicose capilar e cifras da pressão arterial. Serão comparadas medições de glicemia e pressão arterial observando as anotações no número de vezes que o paciente foi atendido.

O questionário foi elaborado por nós, de acordo aos objetivos da intervenção, tendo em conta os temas que são importantes para alcançar os objetivos propostos, e segundo as normas, de modo á ser entendido e respondido pela população alvo de nossa intervenção, já que não encontramos na literatura nenhum questionário que estivesse validado em algum estudo ou projetos prévio semelhante.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho de intervenção, com a aplicação adequada do plano de ação criado, obteremos uma melhor conscientização da população sobre a necessidade de mudanças de hábitos e estilo de vida mais saudáveis, e melhoraremos o nível de conhecimento dos pacientes da Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus sobre os fatores de risco que levam às mesmas.

Poderemos, a partir da implantação e desenvolvimento das ações educativas dialogar com pacientes diabéticos, hipertensos da nossa área, realizando atendimento e acompanhamento adequados, e evitar complicações e sequelas provenientes da falta de tratamento, e servir disso como experiência que acrescenta em nossa especialidade.

Sabemos que a modificação no estilo de vida como alimentação adequada, baixo consumo de sal e açúcar, controle de peso, prática de atividades físicas, suspensão do tabagismo são de fundamental importância para o processo terapêutico e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus. Contudo, apesar de todos esses conhecimentos, observamos que esses fatores continuam a crescer em nossa sociedade, levando a um aumento contínuo da prevalência e incidência de HAS e DM assim como seus baixos níveis de controle.

A Estratégia Saúde da Família, cujo processo de trabalho da equipe multiprofissional pressupõe vínculo com a comunidade, tem responsabilidade fundamental no processo de desenvolver estratégias visando diminuir a carga destas doenças, assim como seu impacto social e econômico decorrente de seu crescimento.

Durante a realização deste trabalho de intervenção analisamos, junto com a equipe da Unidade Básica de Saúde, nosso processo de trabalho atual, identificando os pontos positivos e os que necessitam ser melhorados, e com isto, pude perceber que nosso vínculo como equipe foi reforçado, pois a responsabilidade em melhorar este processo de trabalho foi assumido por todos. Esperamos obter resultados positivos do projeto de intervenção, para que os mesmos possam ser apresentados à gestão municipal e difundidos para as demais Unidades Básicas de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006

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

CAMPBELL, N.R. C. et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA, v. 21, n. 8, p. 1591-1597, 2003

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

DAVIES, M.J.; TRINGHAM, J.R.; TROUGHTON, J.; KHUNTI, K.K. Prevention of type 2 diabetes mellitus: a review of the evidence and its application in a UK setting. **Diabet Med** v.21, p.403-14, 2004

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- **IBGE cidades**. 2014. Disponível em: www.ibge.cidades.gov.br

KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.L. Global burden of diabetes, 1995-2025. **Diabetes Care**. v.21, p. 1414-31, 1998

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**. v 15, p. 1509-16, 1992

NARAYAN, K.M.; GREGG, E.W.; FAGOT-CAMPAGNA, A.; ENGELGAU, M,M,; VINICOR, F. Diabetes: a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes Res Clin Pract.** v. 50 (Suppl 2),

p.S77-84, 2000

ROSA, R.S.; SCHIMIDT, M.I.; DUNCAN, B.B.; SOUZA, M.F.M.; LIMA, A.K.; MOURA, L. Internações por diabetes mellitus como diagnóstico principal na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Rev Bras Epidemiol** v.10, p. 465-78, 2007

UNWIN, N.; SHAW, J.; ZIMMET, P.; ALBERTI, K.G. Impaired glucose tolerance and impaired fasting glycaemia: the current status on definition and intervention. **Diabet Med** v.19, p. 708-23, 2002

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A. Global prevalence of diabetes. **Diabetes Care**. v. 27, p.1047-53, 2004

ANEXO

QUESTIONÁRIO

Prezados participantes o questionário abaixo é dirigida as pessoas que tem hipertensão arterial, diabetes mellitus ou com riscos destas doenças, para oferecer lhe conhecimento com o objetivo de esclarecer suas duvidas.

1. CONHECE QUE É A HIPERTENSÃO ARTERIAL E A DIABETES MELLITUS?

Sim _____ Não _____

2. CONHECE QUE EXISTEM ALIMENTOS PERJUDICIAIS PARA AS PESSOAS HIPERTENSAS e DIABÉTICAS:

SIM ___ NÃO ___

3. QUAIS DESTES ALIMENTOS VOCÊ COME:

Carnes: boi ___ Frango _____ Peixe ___ Porco ___

Fritas ___ churrascos _____ Cozidas _____ Assadas _____ grelhadas _____

Carnes processadas: (presunto, mortadela, calabresa) _____

Gorduras: Manteiga ___ Queijo ___ Óleo ___ Azeite _____

Alimentos que tem farinha: Massa ___ pão ___ torradas ___ bolachas ____,
pastel _____ doces _____

Milho ___ Mandioca _____

Bebidas: Refrigerantes ___ sucos _____ cerveja ___ pinga ___ vinho ___ **Frutas:**

Sim ___ Não _____

Saladas de vegetais: Sim ___ Não _____

Outras saladas frias: Sim ___ Não _____

4. FAZ EXERCÍCIOS? Sim ___ Não _____

Quantas Vezes Na Semana: Uma ___ Duas ___ Três _____

5. TEM ESTRESE OU DEPRESÃO? Sim____ Não____

6. O ESTRESE OU DEPRESAO ALTERAM SUA PRESÃO OU A GLICOSE?

Sim____ Não____

6. O SENHOR/ SENHORA FUMA?

Sim____ Não____

8. SOFRE ALGUMA DESTAS DOENÇAS?

Dm____ Hiper Lipidemia____ Obesidade ____

9. FAZEM ACOMPANHAMENTO DE SUA PRESSÃO E SUA GLICOSE?

Sim____ Não____

QUEM FAZ ESSE ACOMPANHAMENTO: Médico____ Enfermagem____

Agentes de Saúde____ Ninguém ____

10. TEM CONTROLADA SUA PRESÃO OU SUA GLICOSE?

Sim____ Não____

11. QUANDO VAI AO POSTO PARA MEDIR SUA PRESSÃO OU SUA GLICOSE AS TEM NORMAL?

Sempre____ Às Vezes____ Quase Nunca____ Nunca ____

12. SÓ VAI AO POSTO QUANDO ACHA QUE ESTÁ COM A PRESSÃO OU A GLICOSE ALTA:

Sim____ Não____

13. FAZ O TRATAMENTO E AS INDICAÇÕES MÉDICAS CORRETAMENTE ?

Sim____ Não____

Se não

POR QUÊ: _____LITUS NA

