

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO DA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

ALAIN SUAREZ MILANES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUEM NA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

UNAI-MINAS GERAIS

2018

ALAIN SUAREZ MILANES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUEM NA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E
DIABETES MELLITUS**

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

Orientadora: Prof.^a Ana Renata Lima Leandro

UNAI-MINAS GERAIS

2018

ALAIN SUAREZ MILANES

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA ATENUAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUEM NA INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS**

Banca examinadora

Examinador: Prof. Nome –Marcia Helena Destro Nomelini -Instituição

Examinador: Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Minas Gerais, em ____/____/____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho principalmente a minha mãe e a todas as pessoas que me apoiaram a chegar até onde estou hoje.

AGRADECIMENTOS

Meus mais sinceros agradecimentos aos professores que ficaram a meu lado o tempo todo, me ensinando, e dando para nós o melhor de si.

Quem não tem tempo para cuidar da saúde
terá que encontrar tempo para cuidar da doença.
Cuide da vida encontre tempo para você.

Hilsdorf

RESUMO

A Hipertensão Arterial é considerada um problema de saúde pública mundial, devido à grande quantidade de pacientes que morrem a cada dia por causa de suas complicações, quando não diagnosticada e não tratada adequadamente. Afeta a qualidade de vida das pessoas e pode provocar múltiplas incapacidades. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para diminuir a ocorrência de complicações da Hipertensão Arterial nos usuários da Unidade Básica de Saúde Divineia do município de Unaí, Minas Gerais. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma pesquisa bibliográfica nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema deste estudo. A elaboração do projeto de intervenção seguiu-se os passos do Planejamento Estratégico Situacional. Foram definidas propostas ações destinadas a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e junto a isso o conhecimento dos mesmos e sua família. Bem como ações de incentivo à prevenção de complicações propondo mudanças no estilo de vida para evitar a incidência de novos casos a partir de estratégias organizadas pela equipe de saúde e ainda a garantido uso de medicamentos prescritos. Enfim, este projeto de intervenção tem por finalidade contribuir para a melhora da qualidade de vida das pessoas que tem diabetes e também orientar a comunidade para a prevenção de novos casos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Prevenção. Fatores de risco.

ABSTRACT

Arterial Hypertension is considered a worldwide public health problem due to the large number of patients dying every day because of its complications when not diagnosed and not treated properly. It affects people's quality of life and can lead to multiple disabilities. The objective of this work was to elaborate an intervention project to reduce the occurrence of complications of Arterial Hypertension in the users of the Basic Divineia Health Unit of the city of Unaí, Minas Gerais. To support the preparation of the intervention project, a bibliographic research was carried out in the databases of the Virtual Health Library to collect the existing evidence on the subject of this study. The preparation of the intervention project followed the steps of the Strategic Situational Planning. Proposals were designed to improve the patients' quality of life and, together with this, their knowledge and their families. As well as actions to encourage complications by proposing changes in lifestyle to avoid the incidence of new cases from strategies organized by the health team and also the guarantee of the use of prescribed drugs. Finally, this intervention project aims to contribute to improving the quality of life of people with diabetes and also guide the community to prevent new cases

Keywords: Arterial Hypertension. Prevention. Riskfactors

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT - Doença Crônica Não Transmissível

DCV - Doença cardiovascular

DHAA - Direito Humano à Alimentação Adequada

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Equipe de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MG - Minas Gerais

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa agentes comunitários de saúde

PAS - Promoção da alimentação saudável

PES - Planejamento Estratégico

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SIAB - Sistema de Informação Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CER - Centro Especializado em Reabilitação

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

PSF - Programa saúde da família

HTA - Hipertensão Arterial

PUDMED - Biblioteca Virtual em Saúde

HAS - Hipertensão arterial Sistêmica

PAD - Pressão arterial Diastólica

ADA - Associação Americana de Diabetes

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro – 1 Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Divinéia, Unidade Básica de Saúde Divineia, município de Unaí, estado de Minas Gérias.

Quadro – 2 Descritores do problema alta incidência de diabéticos e suas complicações na área de abrangência ESF Politécnica.

Quadro – 3 Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema estado de Minas Gerais.

Quadro – 4 Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema.

Quadro – 5 Operações sobre o “nó crítico relacionado ao problema.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO.....	11
1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE.....	11
1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE.....	12
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA.....	12
1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 02 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA.....	13
1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE 02 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA.....	13
1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE 02 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA.....	13
1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO).....	14
1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA O PLANO DE INTERVENÇÃO (SEGUNDO PASSO).....	14
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 OBJETIVO GERAL.....	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	19
5.2 DIABETES MELLITUS.....	20
5.3 POLÍTICAS PARA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	26
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO).....	26
6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO).....	26
6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO).....	26
6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO).....	26
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

O Município de Unaí MG possui 83.448 habitantes e foi emancipado em 31 de dezembro de 1943. O município está localizado na região noroeste de Minas Gerais a 860 km de Belo Horizonte e a 170 km da Capital Federal (Brasília). (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

A cidade teve um crescimento populacional importante nas últimas décadas, em função do êxodo rural, e da vinda de muitos estudantes com a abertura de faculdades e universidades. Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente aumento econômico, porém houve um aumento significativo na renda *per capita* nas últimas duas décadas, mas a infraestrutura deixa a desejar. Observa-se uma melhora significativa, na parte de desenvolvimento social mesmo assim, houve um aumento significativo nas últimas duas décadas do desemprego e na condição de moradores de rua (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

Devido a esse crescimento veio, todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas; etc. A cidade vive basicamente da agricultura sendo um dos maiores produtores de grão do Brasil e na pecuária tanto para o gado de corte quanto para o leiteiro. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: como a Moagem, uma festa tradicional de desfile de carros de boi e a tradicional festa de Santo Antônio do Boqueirão (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

1.2 ASPECTOS DA COMUNIDADE

A área do ESF Divinéia atua em cinco bairros diferentes, Nova Divineia, Divinéia, Vila São Sebastião, Jardim e Santa Luzia. No entanto, em relação aos serviços básicos todos os bairros possuem coleta de lixo, esgoto e água tratada. Para melhor organização do trabalho, a nossa área está dividida em 7 microáreas, dentro da área temos diferentes locais como: 2 escolas, 1 abrigo de idosos, 3 padarias, 4 restaurantes, 1 funerária, várias igrejas, assim como vários supermercados.

1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

Na saúde a cidade é sede da microrregião, ou seja, atende todos moradores do entorno, até mesmo de outras cidades menores, sendo referência para consultas e exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência, e cuidado hospitalar, embora a estrutura de seu sistema de saúde deixa muito a desejar. Unai conta com quatro equipes do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) com trabalho exclusivo para a área rural. No total, entre área urbana e rural, são: 60 Agentes Comunitários de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

A atenção básica conta hoje com 13 equipes de estratégia de saúde da família, um Hospital, uma Policlínica (Atendimento médico de diversas especialidades), também possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro Especializado em Reabilitação (CER), um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Serviço Médico Especializado (SAME). Possui duas instituições filantrópicas que é a Associação de pais e amigos dos excepcionais (APAE) e o Abrigo Frei Anselmo.

Possui três Hospitais particulares, várias clínicas e laboratórios de exames laboratoriais e de imagem. A cidade conta com duas escolas de Enfermagem que fornece muitos trabalhadores para esta área (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINEIA

Com o anseio da administração municipal em prestar atendimento integral aos seus munícipes, foi inaugurada a Unidade Básica de Saúde Divineia, em 1985 sendo governador Helio Garcia, no Bairro Novo Divineia, rua Ana paula, nº 34, Unai MG. Ao início funcionava como posto, os atendimentos eram por demanda espontânea, e sem fichas de atendimento individual, logo, em Maio de 2008 a equipe iniciou os trabalhos como PSF, sendo composta por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde.

O horário de consulta médica é de 07:00hs às 11:00hs e de 13:00hs às 17:00hs. Sua área de abrangência é bem extensa cobrindo parte de áreas que estão sem cobertura médica. Estas áreas são divididas em sete microáreas. Estima-se

que, cerca de 732 famílias e 4.153 pessoas há na área de abrangência, segundo dados da secretaria municipal de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE UNAÍ, 2017).

1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA 02 DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA

É composta por uma equipe multiprofissional, onde trabalham de forma integral, com intuito de atender a todos sem restrição. Foi criada visando estender a cobertura de ESF da cidade, além de ser uma área que possui muitos agravos na saúde da população buscando com isso a promover uma melhora na qualidade de vida na comunidade.

1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE 02 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINEIA

O cuidado em saúde é exercido observando o paciente como um todo psicossocial, sempre tentando a resolubilidade do problema, integrando a equipe e se necessário buscar apoio em outros setores.

A Unidade Básica de Saúde do Divinéia, conta com 9 (nove) comôdos, sendo 3 (três) banheiros, sala de atendimento médico, uma sala de consultório de enfermagem, uma sala de vacina, sala de procedimento (retirada de pontos e curativos), uma sala de farmacia, sala de recepção e triagem e copa com pia e fogão. Consta em arquivos que esta Unidade é uma casa alugada que foi adaptada para funcionar com uma UBS.

1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE 02 UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DIVINÉIA

Os agravos mais comuns na área são a hipertensão arterial e a diabetes mellitus, com a identificação desses agravos foi organizado pela equipe diversas formas de prevenir e resolver esses problemas. São realizados grupos de educação e saúde com essa população mensalmente, além de promover atividades físicas duas vezes na semana, também é realizado palestras de conscientização aos usuários.

O atendimento médico da unidade é dividido em 13 atendimentos de demanda programada, e 5 atendimentos de demanda espontânea, além de visitas domiciliares realizadas pelo médico da Unidade agendadas uma vez na semana, também é feita visita por parte dos agentes de saúde, buscando aprimorar esse atendimento.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE (PRIMEIRO PASSO)

Os principais problemas identificados na área de abrangência da equipe foram:

- 1- Hipertensão Arterial;
- 2- Diabetes Mellitus;
- 3- Tabagismo;
- 4- Pacientes com uso de medicamentos de controle especial, e que fazem acompanhamento com psiquiatra e psicoterapeutas;
- 5- Alcoolismo e Obesidade;
- 6- Obesidade e Hipercolesterolêmica;
- 7- Asma Bronquial;

1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS E A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA O PLANO DE INTERVENÇÃO (SEGUNDO PASSO).

Quadro 1: Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Divinéia, Unidade Básica de Saúde Divinéia, município de Unaí, estado de Minas Gérias.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta incidência de Hipertensão Arterial	Alta	5	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alta	4	Parcial	2
Tabagismo.	Media	3	Parcial	3
Pacientes com uso de medicamento de controle especial e que fazem acompanhamento com psiquiatra e psicoterapeutas	Media	3	Parcial	4

Obesidade e Hipercolesterolêmica	Media	2	Parcial	6
Asma Bronquial	Media	2	Parcial	7

Fonte: Próprio Autor

Alta incidência de hipertensos e suas complicações levou a equipe de saúde priorizar este problema para fazer a intervenção. É um problema complexo, traduzindo-se em dificuldades para seu enfrentamento, pois é possível identificar algumas variáveis que o compõem.

É visto como um problema por todos os profissionais de saúde. Também podemos dizer que é um problema finalístico, porque é vivido diretamente pelos clientes, ou usuários e para enfrentá-lo, devem enfrentar os problemas intermediários que interferem, ou são causadores do problema final.

2 JUSTIFICATIVA

A HTA é atualmente um problema de saúde pública mundial, com alta morbidade e mortalidade. O problema foi levantado ao se realizar o diagnóstico situacional, e observou-se que é uma doença com uma alta incidência e prevalência na área de abrangência da equipe de saúde da família do PSF Divinéia, Bairro Jardim, em Unai-MG.

Nossa área de abrangência, não tem um cadastro completo dos pacientes com esta doença, mas existe um número elevado de atendimentos diários por ela. Também existe um grupo importante de pacientes que não conhecem que são hipertensos, e outro que não são assistidos pelo PSF, eles constituem subnotificação estatística.

A hipertensão é o fator de risco mais importante e evitável nos casos de morte prematura à escala mundial. Aumenta significativamente o risco de cardiopatia isquêmica, acidentes vasculares cerebrais, doença arterial periférica, e outras doenças cardiovasculares, incluindo insuficiência cardíaca, aneurisma da aorta, aterosclerose e embolia pulmonar. A hipertensão arterial constitui ainda um fator de risco para a insuficiência renal crônica, e para os transtornos cognitivos como perturbações da memória, e períodos de confusão e mesmo demência. Outras complicações podem ainda incluir retinopatia hipertensiva e nefropatia hipertensiva

Devido às consequências que pode trazer o descontrole desta doença para o paciente, a família, e a comunidade é que considero muito importante a abordagem deste problema. O cuidado da Hipertensão Arterial e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especificamente no sentido de ajudar à pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças nos hábitos de vida e dos padrões alimentares.

No PSF onde eu trabalho, existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através das palestras educativas, e as visitas domiciliares, consultas médicas, etc., mas não tem conseguido transformações significativas no modo e

estilo de vida dos usuários. Para isso, é necessário elaborar um projeto de intervenção para garantir um atendimento, e acompanhamento de qualidade dos pacientes hipertensos e diabéticos, e atenuar os fatores de risco que influem no descontrole da doença, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Propor um plano de intervenção com a finalidade de atenuar os fatores de risco que influencie na incidência e prevalência da Hipertensão Arterial.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a assistência prestada por profissionais de saúde aos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Investigar possíveis portadores de hipertensão e diabetes;
- Intervir para mudar hábitos e estilos de vidas inadequados.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme aos textos da seção 1 do modelo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento, e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e os resultados, recursos necessários para a concretização das operações), identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação, e definir os prazos para a execução), definir o modelo de gestão do plano de ação.

Este trabalho será um projeto de intervenção, com a finalidade de atenuar os fatores de risco que influenciam no descontrole da Hipertensão Arterial. O estudo será realizado no ano 2017 no PSF Divinéia localizado, no bairro Jardim na cidade de Unai, Estado de Minas Gerais.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com hipertensão.

Para a construção deste projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, entre outros.

Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Unai, dados do Ministério de Saúde e arquivos do PSF Divinéia.

Os descritores a serem utilizados nesse trabalho serão: Atenção Primária Saúde, Sistema Único de Saúde, Hipertensão Arterial.

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe, e a população adstrita na Unidade Básica de Saúde Divinéia, no bairro Jardim, localizado na cidade Unai/MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

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

5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença crônica, seu início é silencioso, e tem agravos importantes para os sistemas cardiovascular e renal (ALMEIDA *et.al*, 2006). É também o principal fator de risco para as Complicações mais comuns como acidente vascular cerebral. No Brasil são Cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais.

E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a hipertensão arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006).

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

A maioria dos casos de hipertensão arterial não apresenta uma causa aparente facilmente identificável, sendo conhecida como hipertensão essencial. Uma pequena proporção dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem

estabelecidas (doença parenquimatosa renal, doença renovascular, endócrinas, coartação da aorta, hipertensão gestacional, neurológicas, estresse agudo entre outras) que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar, ou curar a hipertensão arterial.

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

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

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

Na avaliação do paciente hipertenso, a avaliação do risco cardiovascular é de fundamental importância para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico de cada paciente. Para a estratificação do risco cardiovascular, é necessário pesquisar a presença dos fatores de risco, das doenças cardiovasculares, e das lesões em órgão-alvo. A classificação de risco de cada indivíduo deve ser avaliada pelo cálculo do escore de Framingham, categorizando ao paciente de baixo, mediano, ou alto risco. Para a adoção de um esquema terapêutico adequado, o primeiro passo é a confirmação diagnóstica da hipertensão.

Em seguida, é necessária a análise da estratificação de risco, a qual levará em conta, além dos valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos-alvo e o risco cardiovascular estimado. Com base nestes achados, podem-se estabelecer os três graus distintos de risco cardiovascular anteriormente mencionado (BRASIL, 2006).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico, e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada sobretudo,

quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. Hoje esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado e do aumento das complicações (BRASIL, 2006).

A abordagem individual é muito importante, mas, cada vez mais se evidencia a necessidade da abordagem coletiva, com a criação de grupos operativos, e a inclusão da família e a sociedade, para se obter resultados mais consistentes e duradouros dos fatores que levam a hipertensão arterial. A detecção, o tratamento, e o controle são fundamentais para a redução e controle de eventos vasculares que diminui a qualidade de vida da população, e aumenta a mortalidade diminuindo os anos potenciais de vida da população, segundo as VI Diretrizes brasileiras de hipertensão (2010).

5.2 DIABETES MELLITUS

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

A Classificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas de Diabetes: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos específicos de DM e Diabete Mellitus gestacional.

Ainda existem duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância á glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento do DM e de doenças cardiovasculares (DCV).

A incidência de Diabetes mellitus tipo 1 é mais frequente na infância e na adolescência, variando entre 7 e 12 por 100.000 habitantes e é causada por mecanismos não muito bem esclarecidos, definindo-se como tais causas autoimunes, infecções, principalmente víricas entre outras.

A Diabetes Mellitus tipo 2 tem como causas a resistência á insulina e a relativa deficiência de liberação de insulina pelo pâncreas, com uma prevalência de 7,8% da população entre 30 e 69 anos de vida, sendo a mais frequente. (CARVALHO, *et al*, 2012).

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

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

Projeções para as próximas décadas indicam aumento epidêmico das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), particularmente das doenças cardiovasculares e Diabete tipo 2, ao final de 2010 cerca de 25,8 milhões de crianças e adultos americanos possuíam Diabetes, sendo gastos bilhões de dólares com diagnóstico, com despesas médicas diretas, em custos indiretos, devido a mortalidade prematura e amputações (NATIONAL DIABETES FACTSHEET, 2011).

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

Depois do diagnóstico, o tratamento do paciente diabético envolve principalmente cuidados não medicamentosos, e onde o paciente e sua família vai

ter uma alta responsabilidade ficando cientes das necessidades desses autocuidados para um bom sucesso do tratamento medicamentoso, se finalmente o precisara.

Este autocuidado está relacionado com a prática regular de atividade física moderada, melhorando o controle metabólico, e diminui o uso de hipoglicemiantes, ajuda no emagrecimento nos pacientes obesos, diminui o risco de doença cardiovascular, além disso, deve ter um acompanhamento nutricional, e estabelecimento de dieta para o controle glicêmico, e o controle de fatores de risco tais como hipertensão arterial, sedentarismo, obesidade tabagismo, alcoolismo, dislipidemias já que ao ter controlados ditos fatores diminuem todos os agravos e desenvolvimento de complicações. O tratamento medicamentoso deve ser instituído quando não há controle apesar das mudanças no estilo de vida (BRASIL, 2006).

Elevando em consideração esses fatores, compreende-se que é preciso incentivar os pacientes a mudar seus hábitos de vida, incentivando a prática de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, pois assim, irão ter uma saúde de qualidade, e se possível livre dos medicamentos.

5.3 POLÍTICAS PARA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

Evidências suficientes demonstram que estratégias que visem modificações de estilo de vida são mais eficazes quando aplicadas a um número maior de pessoas geneticamente predispostas e a uma comunidade. A exposição coletiva ao risco e como consequência da estratégia, a redução dessa exposição, tem um efeito multiplicador quando alcançada por medidas populacionais de maior amplitude. Obviamente, estratégias de saúde pública são necessárias para a abordagem desses fatores relativos a hábitos e estilos de vida que reduziram o risco de exposição, trazendo benefícios individuais, e coletivos para a prevenção da HAS, DM e redução da carga de doenças devida às doenças cardiovasculares em geral (BRASIL, 2006).

A implementação de um modelo de atenção à saúde, direcionado à pessoa é de grande importância para aplicar estratégias que melhorem o controle das doenças crônicas não transmissíveis neste caso a HAS e a DM, evitar seus agravos e aumentar a qualidade de vida da população, e essa tarefa é uma meta das

equipes de saúde que hoje trabalham na atenção primária onde o relacionamento com a comunidade é direto e sistemático.

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

Propõe-se que as intervenções em saúde tomem como objeto os problemas, e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos, e das coletividades no território onde vivem e trabalham, e as ações de promoção sejam um mecanismo de fortalecimento de uma política transversal, integrada e intersetorial que faça dialogar as diversas áreas do setor da saúde (Redes de saúde) os outros setores do governo, o setor privado e não governamental, e a sociedade onde todos sejam responsáveis pelo cuidado e proteção da saúde e da vida (BRASIL, 2010).

Em 2011, no Plano de enfrentamento das DCNT (2011-2022) foram priorizados os quatro principais fatores de risco modificáveis (tabagismo, alimentação inadequada, inatividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas). Foram ainda estabelecidas metas para o monitoramento do Plano o que apoiou a prioridade da promoção da Saúde na agenda do SUS (CARVALHO, *et al*, 2014).

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

saudável, modos saudáveis de vida, produção de cuidado entre outros (CARVALHO, *et al*, 2014).

Como parte da promoção e prevenção das DCNT é desenhada a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) fundamenta-se no Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e na Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), incentivando ao aleitamento materno e modos de vidas saudáveis.

Tem como enfoque prioritário o resgate de hábitos e práticas alimentares regionais que valorizem o consumo de alimentos de baixo custo e elevado valor nutritivo desde os primeiros anos de vida, passando pela idade adulta, até a terceira idade, desenvolvendo ações educativas nas unidades básicas de saúde, escolas e ambiente de trabalho, assim como eventos de mobilização da comunidade, medidas de incentivo como as atividades que difundem a informação, e medidas de proteção que são de caráter regulatório (VASCONCELLOS, *et al*, 2007)

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

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano de intervenção refere-se ao problema priorizado: Alta incidência e prevalência de Hipertensão Arterial na área de abrangência da equipe de saúde da família do PSF Divinéia, Bairro Jardim, município Unai, MG, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO)

Neste plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente portador de Hipertensão Arterial serão cadastrados inicialmente um pequeno grupo de pacientes, aproximadamente 35. Todos esses pacientes serão convidados a participarem do projeto, e serão incluídos no protocolo proposto para garantir melhor assistência e seguimento.

Será disponibilizada a agenda de atendimentos específica para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção serão disponibilizados cadernos elaborados previamente pela equipe de trabalho, após o atendimento médico de cada paciente, sendo necessário avaliar a particularidade de cada paciente para proceder à

inclusão do programa de protocolo de estudo. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, serão convidados para consulta com o médico.

Quadro – 2 Descritores do problema alta incidência de diabéticos e suas complicações na área de abrangência ESF Politécnica

Descritores do Problema	Importância	Fonte
Hipertensos cadastrados	515	SIAB
Hipertensos confirmados	510	Registro da Equipe
Tabagistas	150	Registro da Equipe
Pacientes com colesterol elevado	170	Registro da Equipe
Pacientes com sedentário	153	Registro da Equipe
Obesidade	143	Registro da Equipe
Diabéticos cadastrados	319	SIAB
Diabéticos confirmados	220	Registro da Equipe
Internações por hipertensão	100	Registro da Equipe

Fonte: Próprio Autor, 2017.

6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO)

O problema foi levantado ao se realizar o diagnóstico situacional, e observou-se que é uma doença com uma alta incidência e prevalência na área de abrangência da equipe de saúde da família do PSF Divinéia, Bairro Jardim, município Unai, MG.

Nossa área de abrangência não tem um cadastro completo dos pacientes com esta doença, mas existe um número elevado de atendimentos diários por ela. Também existe um grupo importante de pacientes que não conhecem que são hipertensos e outro que não assistem ao PSF, eles constituem subnotificação estatística.

6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO)

- 1- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- 2- Nível de informação baixo;
- 3- Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema;

6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES (SEXTO PASSO)

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
---------------------	---------------------------------------

Operação (operações)	Mais saúde
Projeto	Modificar estilos de vida
Resultados esperados	Que os pacientes aumentem sua adesão ao tratamento não-medicamentoso para o controle da hipertensão
Produtos esperados	Palestras educativas voltadas para pacientes hipertensos para ajudar a elevar e aprofundar o conhecimento sobre tratamento não medicamentoso.
Recursos necessários	Organizacional: para fazer grupos de pacientes hipertensos. Cognitivo: nível de informação do tema.
Recursos críticos	Político: conseguir o local para as reuniões com os grupos de hipertensos. Mobilização social intersetorial com a rede. Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, pôster.
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde Motivação favorável
Ações estratégicas	Avaliação sistemática
Prazo	4 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Gestor do projeto; Avaliação contínuas pela equipe

Fonte: Próprio Autor, 2017

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema

Nó crítico 2	Nível de informação
Operação (operações)	Saber mais
Projeto	Aumentar o nível de informação dos pacientes com hipertensão em relação com tratamento não medicamentoso.
Resultados esperados	Pacientes hipertensos mais informados sobre tratamento não medicamentoso.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação dos pacientes hipertensos sobre tratamento não medicamentoso.
Recursos necessários	Estrutural: Recursos materiais e humanos (estrutura física PSF), recursos humanos – (equipe de trabalho em saúde), equipamentos (Data show, cartazes, etc.). Cognitivo: Informação sobre o tema e elaboração de projetos de ações educacionais. Financeiro: Financiamento dos projetos educativos, para folhetos de informação do tema, recursos audiovisuais por parte das prefeituras municipais, etc. Político: Aprovação dos projetos educativos por as diferentes redes sociais
Recursos críticos	Político: Aprovação dos projetos educativos em saúde por as prefeituras municipais. <u>Financeiros</u> : Financiamento dos projetos educativos em saúde
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde Motivação favorável
Ações estratégicas	Apresentar os projetos educativos de hipertensão arterial.
Prazo	Apresentar o projeto educativo em três meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde municipal Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Fonte: Próprio Autor, 2017

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico” relacionado ao problema

Nó crítico 3	Processo de trabalho da equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.
Operação(operações)	Linha de cuidado
Projeto	Implantar linha de cuidado para pacientes com hipertensão arterial.
Resultados esperados	Modificar o processo de trabalho da equipe da saúde
Produtos esperados	Linha de cuidados implantada. Protocolos implantados Pessoal capacitados para fazer levantamento de todos os hipertensos do PSF
Recursos necessários	Estrutural: Recursos materiais e humanos (Estrutura física PSF), recursos humanos – (equipe de trabalho em saúde), equipamentos (Data show, cartazes, etc.). Cognitivo: Elaboração de projetos de linha de cuidados e protocolos para pacientes hipertensos Políticos: articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais. Organizacional: organizar palestras educativas e pôster. Financeiro: Aquisição de recursos para pôster, material de oficina e recursos audiovisuais
Recursos críticos	Político Aumentar os recursos para estruturar os serviços de saúde
Controle dos recursos críticos	Secretaria de saúde Motivação favorável
Ações estratégicas	Favorável
Prazo	Quatro meses para o início das atividades
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de saúde e coordenadora de atenção básica em saúde Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Gestor do projeto. Avaliações mensais

Fonte: Próprio Autor, 2017

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso deste plano de intervenção constitui uma ferramenta fundamental para avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS que ainda necessita de aperfeiçoamentos, e constantes avaliações para se chegar aos objetivos propostos na realidade municipal das políticas de saúde. As necessidades de trabalho multiprofissional nos cuidados com a saúde são reconhecidas por todos, e vem sendo incorporados de forma progressiva na prática diária. Este é um trabalho necessário que exige determinação, e continua autocrítica, para que os objetivos sejam atingidos. Assim, é importante buscar aperfeiçoar o conhecimento nas diversas áreas existentes, visto que é só através do estudo que o profissional se torna qualificado para exercer sua profissão.

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

Por fim, ressalta-se que uma saúde de qualidade está longe de atingir a todos na sua plenitude, mas se houver esforço e dedicação, o atendimento pode acontecer de forma mais humana. Após o estudo das várias literaturas já prontas que abordam o tema central desse estudo, conclui-se que o processo de humanização nos atendimentos a saúde é necessário e relevante para todos, pois é o caminho para a inserção ao mundo mais humano e igualitário.

REFERÊNCIAS

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

ANDRADE GOULART, F.A. Doenças crônicas não transmissíveis: **Estratégias de controle desafios para os sistemas de Saúde**. OPS. Brasília; p.91, 2011. Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf Acesso em: 03 dez. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006.58p. (Cadernos de Atenção Básica; 16). (Serie A, Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus**. Ministério de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.64p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16). Disponível em:<

http://www.dab.saúde.gov.br/docs/publicações/cadernos_ab/abcdad_16.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Secretaria de Atenção em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde/ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde**. - 3.ed-Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60p.- (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v.7) 42.

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

CAMPOS Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de. SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.: il.

CAMPOS, F.C. *et al.* **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110.

CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento em usuários cadastrados no Programa HIPERDIA no município de Teresina (PI). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1885-1892, mai. 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/28.pdf>>. Acesso em: 01 agost. 2015.

CHOR, D; MENEZES, P. R. **Saúde no Brasil 4 Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Veja, 2011, vol. 6736, no 11, p. 60135-9.

Disponível em:<http://www.download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2014.

CORRÊA, E.J. *et al.* Iniciação à metodologia: **Textos Científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG - Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.68p.

FERNANDES, M. T.; SILVA, L.; SOARES, S. M. Grupos socioeducativos: **experiência de cuidado transcultural na atenção primária de saúde no Brasil**. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)* 2013, 9(1). Disponível em: <<http://www.index-f.com/comunitaria/v9n1/ec9108e.ph>>. Acesso em: 01 agost. 2015.

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

FERRAZ, M.B.*et al.* Cadastro de hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde da Família: **uma análise sob as lentes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da qualidade de Atenção Básica**. In: 100 Congresso Internacional da Rede Unida, 2012. Disponível em:<<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru.10/view/3860>>. Acesso em: 19 Jul. 2015.

GIACOMINI, K.C.*et al.* Estudo de base populacional dos fatores associados á incapacidade funcional entre idosos na região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.24, n.6, jun.2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Jul. 2015.

GODERICH, R.R. *et al.* **Temas de Medicina Interna**. La Habana, VII, 2002. Disponível em:<https://pt.wikipedia.org/wiki/Hipertens%C3%A3o_arterial>. Acesso em: 02 agost. 2018.

MALTA CARVALHO, D. *et al.* A implementação das prioridades da Política Nacional de Promoção da saúde, um balanço, 2006 a 2014. In: **Ciencia & Saúde Coletiva**. 19(11) p, 4301-4311, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4301.pdf>>. Acesso em: 02 agost. 2015.

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

NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ROSA, R.S. Diabetes Mellitus: **magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil**. 1999-2001. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília; v.17, n.2, p.131-134, 2008.

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

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

SCHMIDT, M. I. *et al.* **Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida**. Brasil, 2006. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, suppl.2, pp. 74-82. ISSN 0034-8910. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>>. Acesso em: 03 dez. 2014.

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

SINTES, R.A. *et al.* **Principales afecciones en el contexto familiar y social. Medicina General Integral, La Habana**. V III, n3, p 14-30, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. *Arq. Bras. Cardiol.* 95(1supl, 1):1-51, 2010. 44.

TORRES, H; PEREIRA, M. R. **Educação em saúde sobre doenças crônicas não transmissíveis no programa saúde da Família em Belo Horizonte/ MG**. *Rev. Min. Enferm.* V.10.4 [online] Disponível em:< <http://reme.org.br/artigo/detalhes/437>>. Acesso em: 02 agost. 2015.

VASCONCELLOS, A. M. *et al.* **Estratégias de Promoção da Alimentação Saudável para o nível local. Relatório da oficina de Trabalho do I Seminário sobre Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília. 2007.18p. Disponível em:< http://www.nutricao.saude.gov.br/docs/geral/doc_tecnico_pas_nivel_local.pdf>. Acesso em: 01 agost. 2015.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Rev. Bras. Hipertens.** V.17, n.1, Jan/Mar. 2010. 69p. [online]. Disponível em:< http://www.anad.org.br/profissionais/images/VI_Diretrizes_Bras_Hipertens_RD_HA_6485.pdf>. Acesso em: 02 agost. 2015.