

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

**CÉSAR AUGUSTO DUQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CRIAÇÃO DO GRUPO DE  
ATENDIMENTO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ EVANGELISTA PINHEIRO, PONTE  
NOVA/MG**

**PONTE NOVA / MINAS GERAIS**

**2019**

**CÉSAR AUGUSTO DUQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CRIAÇÃO DO GRUPO DE  
ATENDIMENTO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ EVANGELISTA PINHEIRO, PONTE  
NOVA/MG**

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

Orientador: Professor Ms. Hugo André da Rocha

**PONTE NOVA / MINAS GERAIS**

**2019**

**CÉSAR AUGUSTO DUQUE**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA CRIAÇÃO DO GRUPO DE  
ATENDIMENTO A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ EVANGELISTA PINHEIRO, PONTE  
NOVA/MG**

**Banca examinadora**

Professor Ms. Hugo André da Rocha - UFMG

Professora Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Aprovado em Belo Horizonte, em 16 de Abril de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a cada membro de minha equipe que, mesmo nas dificuldades existentes na realização do trabalho diário, conseguiram iniciar um projeto de melhoria na saúde da comunidade local.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela possibilidade de realização deste trabalho e os anos de projeto pelo Mais Médicos, que me permitiram o crescimento profissional e pessoal.

À toda a equipe de saúde da unidade José Evangelista Pinheiro, do bairro Santo Antônio, Ponte Nova/MG pela oportunidade e acolhida.

E aos meus pais, Francisco e Marilda, minha gratidão pelos esforços em minha formação, e aos meus irmãos, Francisco e João, pelo apoio e companheirismo.

“Cuidemos do nosso coração porque é de lá que sai o que é bom e ruim, o que constrói e destrói”

Papa Francisco

## RESUMO

Dentre as patologias crônicas, o Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica têm destaque na Estratégia de Saúde da Família, devido à alta prevalência e ao elevado custo social com grande impacto na morbimortalidade da população *brasileira* e do mundo. Como forma de prevenção de agravos e na atualização de ações para melhorias no tratamento e acompanhamento dos pacientes portadores destes agravos, em 2002 foi implantado no Brasil o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Não obstante desta realidade, o presente estudo visa elaborar um plano de ação para atendimento de hipertensos e diabéticos, reduzindo assim, os agravos destas doenças na população local da Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro, Ponte Nova, Minas Gerais, através da criação do Grupo de Hipertensão e Diabetes, com reuniões e palestras educativas mensalmente, estratificação de riscos e acompanhamento multidisciplinar e farmacológico adequado. Para elaboração deste projeto foi utilizado a técnica de diagnóstico situacional da população da área de cobertura e posteriormente o Planejamento Estratégico Situacional para a organização das ações voltadas a elaboração e continuidade do grupo. Para fundamentação teórica deste trabalho, foi realizada revisão bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde e Scientific Electronic Library Online. Como resultados espera-se, ao final do trabalho, alcançar melhores índices de adesão e redução das comorbidades associadas ao Diabetes e Hipertensão.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Educação em saúde.

## **ABSTRACT**

Among chronic diseases, Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension are highlighted in the Family Health Strategy due to the high prevalence and high social cost with great impact on the morbidity and mortality of the Brazilian population and the world. As a way of preventing injuries and updating actions for improvements in the treatment and follow-up of patients with these diseases, in 2002 the Plan for the Reorganization of Attention to Hypertension and Diabetes Mellitus was implemented in Brazil. Despite this reality, the present study aims to elaborate a plan of action for the care of hypertensive and diabetic patients, thus reducing the diseases of these diseases in the local population of the José Evangelista Pinheiro Basic Health Unit, Ponte Nova, Minas Gerais, through the creation of Hypertension and Diabetes Group, with monthly educational meetings and lectures, risk stratification and adequate multidisciplinary and pharmacological follow-up. To elaborate this project was used the technique of situational diagnosis of the population of the coverage area and later the Situational Strategic Planning for the organization of the actions aimed at the elaboration and continuity of the group. For the theoretical basis of this work, a bibliographic review was carried out in the databases of the Virtual Health Library and Scientific Electronic Library Online. As a result, at the end of the study, it is expected to achieve better compliance rates and reduction of comorbidities associated with Diabetes and Hypertension.

**Keywords:** Family Health Strategy. Hypertension. Diabetes Mellitus. Health education.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DM	Diabetes mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MG	Minas Gerais
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	Scientific Electronic Library Online
UBS	Unidade Básica de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro, município de Ponte Nova, estado de Minas Geras.....	188
Quadro 2 - Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico.....	287
Quadro 3 - Definição dos “nós críticos” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.....	33
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “EQUIPE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG. ....	35
Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “POPULAÇÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG. ....	36
Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ESTRUTURA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG. ....	37
Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “GERÊNCIA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.....	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
1.1 Aspectos gerais do município .....	12
1.2 Aspectos da comunidade.....	12
1.3 O sistema municipal de saúde.....	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro.....	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro .....	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Evangelista Pinheiro .....	15
1.7 O dia a dia da equipe José Evangelista Pinheiro .....	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	16
1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo) .....	17
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	Erro! Indicador não definido.
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>20</b>
3.1 Objetivo geral .....	20
3.2 Objetivos específicos .....	20
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>21</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>24</b>
5.1 Atenção Primária à Saúde .....	24
5.2 Estratégia Saúde da Família.....	25
5.3 Hipertensão .....	26
5.4 Diabetes Mellitus .....	28
5.5 Hiperdia e Grupos Operativos.....	30
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>32</b>
6.1 Descrição do problema selecionado .....	32
6.2 Explicação do problema selecionado .....	32
6.3 Seleção dos nós críticos.....	33
6.4 Desenho das operações.....	33
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>40</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO A – Escore de Framingham Revisado para Homens</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO B – Escore de Framingham Revisado para Mulheres</b> .....	<b>46</b>

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Aspectos gerais do município**

O município de Ponte Nova, localizado no Estado de Minas Gerais, teve seu crescimento na segunda metade do século XVIII, com a expansão da colônia com enfoque na lavoura de cana de açúcar, que ao longo dos anos, apesar da importância no cenário agropecuário com laticínios e frigoríficos, passou a contar com grande parte de seu orçamento proveniente de recursos externos, através da prestação de serviços e comércio local (PONTE NOVA, 2018).

Com uma área territorial de 470,643 Km<sup>2</sup> e população total estimada de 59.605 habitantes, o município apresenta elevada taxa de escolarização na faixa etária entre 6 e 14 anos (97,7%), cobertura de 85,6% de esgoto sanitário e 63,5% de urbanização de vias públicas, sendo assim, classificado com um alto Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,717 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2018).

### **1.2 Aspectos da comunidade**

Formada pelos bairros Fortaleza, Vale do Ipê, Recanto das Pedras e, em sua maior extensão pelo bairro que popularmente dá nome à comunidade, Santo Antônio, possui uma área de abrangência que engloba 5.013 habitantes, em um total de 1.505 famílias, destes 53,89% mulheres e 46,10% homens, com maior proporção etária da população economicamente ativa (aproximadamente 50%), apesar de ser grande o número de desempregados. Neste aspecto socioeconômico, é possível observar, por meio de dados obtidos pela equipe da unidade, a distribuição socioeconômica da população assistida no território com base no bairro de moradia, com uma parcela significativa coberta por planos de saúde (18,31%), planos de empresa ou particulares, em áreas nobres dos bairros que constituem a comunidade, enquanto nas áreas mais carentes há uma concentração de famílias que dependem do Programa Bolsa Família (38 famílias) ou dos projetos de ajuda da prefeitura e apoios sociais de obras realizadas por igrejas locais.

Na localidade, a população conta com um eficiente sistema de coleta de lixo, abastecimento e tratamento de água, com índices de cobertura a 100% das famílias cadastradas e, apesar de índices superiores a 99% na cobertura do sistema de esgoto, acesso à energia elétrica e estrutura adequada de moradia, estes serviços ainda carecem de melhorias e fiscalização, com a criação de novos loteamentos e construções com baixa estruturação em andamento pelo processo de urbanização crescente na localidade.

Por fim, na avaliação quanto ao grau de escolaridade, a comunidade apresenta índices de alfabetização na faixa  $\geq 15$  anos de 99,41%, com grande parte das crianças e adolescentes na faixa etária escolar estudando nas creches e colégios adjacentes, como a Escola Estadual Carlos Trivelato e Escola Estadual Professor Antônio Gonçalves Lanna.

### **1.3 O sistema municipal de saúde**

O sistema municipal de saúde encontra-se amparado na complexa rede de atenção existente, contemplando todos os níveis de saúde (primário ao terciário), através de suas unidades básicas de saúde, referências secundárias de saúde e hospitais como o Hospital Arnaldo Gavazza e Nossa Senhora das Dores que atendem não só a população local, mas participam, por consórcio estabelecido entre os municípios próximos, do atendimento a todos referenciados. No total, existem no município 32 estabelecimentos de saúde conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com importante intermédio da secretaria de saúde local para a existência com qualidade de um correto fluxo de referência e contra referência.

### **1.4 A Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro**

A unidade básica de saúde (UBS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) José Evangelista Pinheiro, também conhecido como Santo Antônio, nos últimos anos esteve localizada em um bairro adjacente à área de cobertura, devido a impossibilidade financeira na construção de uma sede própria ou aluguel de um imóvel com as especificações necessárias para acomodar a equipe de saúde e suas atividades, dificultando assim, o reconhecimento da equipe e o acesso da

população. Logo, o trabalho da unidade é realizado em uma casa alugada e adaptada para a realização mínima de suas funções, com dois consultórios, sala de curativo e de vacina, um banheiro e uma sala de espera/recepção.

A unidade atende a população da área de abrangência, muitos dos quais ainda não cadastrados devido à presença de áreas descobertas, sem agentes comunitários de saúde (ACS), o que dificulta o trabalho de busca ativa, e também o acesso e conhecimento desta comunidade aos serviços oferecidos no âmbito de saúde, social e econômico (seja por consultas, exames, laudos para aquisição de passe livre ou Bolsa Família).

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro**

No Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a unidade apresenta uma equipe cadastrada como: ESF tipo I com Saúde Bucal Modalidade I, pois estão presentes na unidade profissionais da área médica (dois), enfermeiro (um), ACS (seis), técnicos de enfermagem (três), cirurgião-dentista (um), além de auxiliares em enfermagem (três) e saúde bucal (dois). Logo, em uma área de cobertura composta por 5.013 habitantes, a equipe encontra-se defasada de profissionais na composição de uma segunda equipe, que se faz necessária pela vulnerabilidade e número de pessoas na área (determinada por uma equipe para no máximo 4.000 pessoas, recomendando-se 3.000, segundo Política Nacional de Atenção Básica - PNAB), sobrecarregando e burocratizando o trabalho de alguns dos profissionais.

Assim, com as constantes trocas de profissionais, devido contratos temporários, há o comprometimento com a criação de um vínculo pela equipe, prejudicando o desempenho de ações de prevenção e promoção da saúde para com a população local, associada a sobrecarga no exercício das funções de alguns profissionais, em especial ACS e enfermeiro, levando a falta de atividades básicas na unidade para a capacitação e melhoria do trabalho em equipe como reuniões de equipe, educação continuada, entre outras.

Estas reuniões, além de promoverem o vínculo entre a equipe, teriam a função de capacitar a mesma para as realidades da comunidade, como fatores sociais, econômicos, culturais e comportamentais, que possam ter influência na abordagem e criação de empatia com os moradores da área abrangida.

### **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe José Evangelista Pinheiro**

O funcionamento da Unidade é organizado por meio das orientações da secretaria de saúde, através da enfermeira (coordenadora local), com objetivo de implantar, conduzir e monitorar na unidade as diretrizes do Ministério da Saúde que regem a PNAB. Neste aspecto, ações como promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde são realizadas, em parte, dentro das capacidades locais, estruturais e no âmbito do preparo profissional. A realização e melhoria destas ações tem sido objeto de discussão entre membros da equipe, que buscam gerar o sentimento de vínculo entre a unidade e a comunidade local, melhorando a gestão do trabalho para promover a capacitação e aprimoramento dos funcionários para a resolução das necessidades locais apresentadas.

Esta alternância de visão, tanto por parte dos funcionários da equipe quanto pelos usuários da unidade, vem sendo um processo lento e complexo, com dificuldade principalmente na organização interna, com falta de organização da secretaria de saúde na realização de concursos e contratação de profissionais que permaneçam na unidade por tempo adequado à implantação das mudanças necessárias e capacitação dos profissionais para a cooperação dentro do trabalho de acolhimento da população.

### **1.7 O dia a dia da equipe José Evangelista Pinheiro**

Os atendimentos são realizados de segunda a sexta-feira, em dois turnos, sendo pela manhã, das 7:00 h às 11:00 h e na parte da tarde, das 13:00 h às 17:00 h, com eventuais atendimentos no período da noite das 17:00 h às 21:00 h, nos dias de saúde do trabalhador. Durante os turnos, idealmente seriam distribuídas doze fichas, sendo seis de consultas de demanda espontânea e seis de consultas agendadas, existindo ainda a possibilidade de mais duas para atendimentos de urgência que

eventualmente poderiam surgir. Porém, na prática, por problemas como falta de estrutura física, capacitação e orientação dos profissionais, o acolhimento e triagem são ineficientes e há um excesso das consultas de demanda espontânea, priorizando os atendimentos por quadros agudos.

Na unidade, com exceção de um trabalho voltado para atendimento às gestantes, inexistem atendimentos aos grupos específicos como, por exemplo, hipertensos, diabéticos e saúde mental, existindo apenas reuniões sem periodicidade, para renovação de receitas e avaliação de exames destes pacientes que quando, por motivo de agudização de suas doenças ou necessidade de aquisição de medicamentos, buscam por atendimento. Em oposição, os pacientes que demandam atendimento domiciliar, com consultas regulares, acamados e portadores de feridas crônicas, têm atendimentos periodicamente agendados, com busca e acompanhamento pelos ACS, avaliação médica, de enfermeiro e técnicos de enfermagem, quando necessário.

No âmbito de atividades de promoção de saúde, a unidade realiza eventualmente, principalmente durante campanhas nacionais, mutirões de vacinação e palestras voltadas a grupos específicos em datas determinadas, como Outubro Rosa e Novembro Azul, e palestras educativas em escolas sobre higiene bucal e educação sexual, necessitando de mais ações voltadas à comunidade, principalmente as de busca ativa e preventiva.

A unidade ainda conta com atendimento pediátrico duas vezes na semana, terças e sextas pela manhã, e auxílio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), quinzenalmente em espaços cedidos por igrejas ou clubes locais para atendimento aos grupos como Dor Crônica e Grupo de Possibilidades.

### **1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)**

Inicialmente, o principal problema encontrado pela equipe de Saúde da Família José Evangelista, que repercute em outros complicadores de saúde e na estruturação



local, é a falta de uma estrutura física própria e alocada em sua área de abrangência.

Logo, surgem problemas como dificuldade na acessibilidade e aceitabilidade por parte da população com os cuidados de saúde oferecidos pelas equipes locais que, somado a falta de ACS, torna ainda mais difícil o trabalho de acolhimento, reconhecimento e a criação de uma identificação com a comunidade local, muitas vezes sem o cadastramento na unidade.

Desta forma, surgem ainda complicadores como a falta de agenda e consultas programadas em grupos operativos. Pois, devido as dificuldades de deslocamento e falta de estrutura física, como números de salas adequadas para realização de grupos, sala de espera, triagem, a grande maioria dos atendimentos são prioritariamente para demandas espontâneas e seus eventos agudos ou complicações dos agravos crônicos.

Este evento é comprovado pela produção mensal dos últimos seis meses, lançadas na plataforma do E-SUS, em que a média total de atendimentos agendados corresponde a aproximadamente 27%, sendo que, destes estão inclusos os retorno/solicitação de exames, renovações de receitas, solicitação de laudos e queixas sem correlação com os controles realizados aos hipertensos e diabéticos, por exemplo, que somados estes últimos dois, temos um montante representativo de 13,11% da população que deveria ter retornos agendados e cuidados programados. Ou seja, muitos se perdem e retornam apenas mediante piora clínica ou devido novos agravos de suas comorbidades.

### **1.9 Priorização dos problemas– a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)**

Construído a partir da estimativa rápida, o quadro 1 apresenta uma análise com o grau de importância, a urgência, a capacidade e a seleção de priorização para o enfrentamento das questões críticas avaliadas e definidas como problemas de saúde no território em estudo.

**Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família, Unidade Básica de Saúde José Evangelista Pinheiro, município de Ponte Nova, estado de Minas Geras**

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Agenda	Média	4	Total	3
Grupos Operativos	Alta	7	Total	1
Estrutura Física	Média	6	Parcial	2
Funcionários na Equipe	Alta	6	Fora	4
Identificação pela comunidade da equipe	Alta	7	Parcial	1

Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

Esta análise, leva em consideração as ferramentas e recursos disponíveis à equipe de saúde local, assim como as atribuições de cada nível de gestão responsáveis pela organização e estruturação da saúde no município de Ponte Nova, Minas Gerais. Desta forma, problemas referentes a organização administrativa para aquisição de recursos financeiros para adequação da estrutura física ou contratação de funcionários, apesar de importantes, são selecionados para resolução em segundo plano, já que, dependem de recursos municipais, ao passo que problemas inerentes ao trabalho da equipe são priorizados como factíveis de mudanças em um primeiro momento por depender apenas do preparo dos funcionários da unidade junto à relação destes com a comunidade atendida.

## 2 JUSTIFICATIVA

Diante da dificuldade de realização de grupos operativos e priorização da demanda espontânea em detrimento de consultas agendadas e busca de grupos prioritários, uma parcela significativa da população tem ficado descoberta e sem acompanhamento: hipertensos e diabéticos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) apresentam alta prevalência, aumentam o risco de complicações cardiovasculares e demandam estratégias de promoção específicas e detecção de grupos de risco para intervenções preventivas que, no Brasil, vêm sendo realizadas preferencialmente na atenção primária (SCHMIDT et al., 2009).

Não obstante a esta realidade, no município de Ponte Nova, em especial na unidade de atendimento em estudo, tem-se, segundo dados da equipe, uma maior prevalência de hipertensos (11,33%) e diabéticos (1,78%) e devido a cronicidade destas patologias, o principal objetivo do tratamento visa a redução da morbimortalidade com controle adequado dos valores pressóricos e glicêmicos e estímulo à mudança de hábitos de vida associados ao uso regular de fármacos específicos.

Desta forma, com a finalidade de atender a essa demanda local e iniciar um trabalho de reestruturação do atendimento da unidade, com a priorização de forma preventiva e contínua, através da criação de agendamento e acompanhamento dos pacientes, em substituição ao modelo de demanda espontânea vigente devido aos sintomas de agravo, propõe-se como intervenção na referida unidade a prática de grupo operativos, em especial o vinculado ao Programa de Cadastro Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), que tem como foco o controle e tratamento de hipertensos e diabéticos.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um plano de ação para atendimento de hipertensos e diabéticos, reduzindo assim, os agravos destas doenças na população local da UBS José Evangelista Pinheiro.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar na população-alvo, fatores de risco que condicionam a HAS e DM comuns à comunidade local.

Criar agenda, com marcação de retorno, permitindo busca ativa, sem perda de seguimento, e planejamento de condutas com base no cuidado contínuo e seguimento de diretrizes de cuidados.

Capacitar a equipe para a abordagem destes pacientes, com educação permanente e construção de planejamento e metas a serem alcançadas no grupo trabalhado.

Realizar palestras e campanhas com enfoque na HAS e DM, transmitindo durante o grupo, conhecimento aos usuários para que os mesmos saibam dos fatores de risco, doenças associadas e complicações na falta de tratamento adequado e, a partir disto, que os mesmos melhorem a adesão e incentivem hábitos de melhorias na saúde na própria família.

Criar um grupo com a finalidade de traçar um modelo de atendimento e abrangência que tenha características da comunidade local, com adesão da mesma e criação, junto à rede de saúde municipal, de um fluxo de atendimento que responda às demandas e consigam prevenir novos casos, além de reduzir agravos através do controle pressórico e glicêmico.

## 4 METODOLOGIA

O presente trabalho apresenta um projeto de intervenção com a finalidade de identificar, planejar, controlar, reduzir agravos e organizar o fluxo de atendimento, através do grupo Hiperdia, da população de hipertensos e diabéticos na área de abrangência da ESF José Evangelista Pinheiro, Ponte Nova – MG.

Para este projeto foi utilizado o conhecimento do território adscrito pela UBS, com diagnóstico situacional, identificando os principais problemas da área de abrangência, através da técnica de estimativa rápida, com sinalização de alta prevalência de consultas de demanda espontânea de hipertensos e diabéticos sem uma avaliação contínua, por meio dos grupos de controle.

Seguindo o Planejamento Estratégico Situacional (PES) descrito por Faria, Campos e Santos (2017), será realizado, em conjunto com a equipe de saúde da unidade, o desenho das operações com o objetivo de propor transformações nas questões críticas encontradas, com identificação de seus recursos, análise de viabilidade do plano, elaboração de um plano operativo e definição do modelo de gestão do plano de ação. Assim, ao final do planejamento, espera-se construir junto com os ACS, meios que permitam a transformação dos atores, designando responsáveis por cada operação, com prazos de realização e recursos destinados.

Neste aspecto, trabalharemos com capacitação dos funcionários da unidade (agentes de transformação), com palestras, criação de agenda e preparo na busca ativa e colhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos que participarão do grupo, bem como de dinâmicas para a realização eficaz das atividades, que buscarão transmitir aos “objetos” deste processo de trabalho (usuários com comorbidades em avaliação), medidas de prevenção, redução de agravos e controle, ou seja, atuação voltada às medidas preventivas. Após traçar os objetivos e dispor sobre os recursos necessários, será necessário estabelecer a implementação do grupo Hiperdia, com data para início das atividades, responsabilização de metas e funções a cada ACS, definindo prazos para execução e análise dos resultados obtidos com o grupo, conforme será apresentado no planejamento descrito no decorrer deste trabalho.

Todas as etapas anteriormente descritas serão redigidas neste trabalho, fundamentadas dentro de um referencial teórico feito por pesquisa bibliográfica de artigos indexados nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), utilizando os descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família e Educação em saúde.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo os princípios e diretrizes da atenção básica, a mesma caracteriza-se por:

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 2).

Esta descrição, associada à sua implantação, faz com que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja referida como porta de acesso do usuário que necessita de algum tipo de ação voltada para sua saúde, sendo utilizadas diretrizes que firmem e ofereçam à esta população um atendimento integral, como forma de contrapor a fragmentação das ações voltadas à saúde e garantir a melhoria ao acesso de consultas e informações, com foco na equidade e na universalidade. Logo, a APS visa facilitar e orientar a construção de uma rede de atendimento, cooperativa e integralizada, com orientação do usuário dentre os níveis de atendimento, permitindo redução de custos, melhoria no atendimento e resolução dos problemas de usuários e, por estas características, se torna essencial no manejo de doenças crônicas, que demandam enfoque multifatorial de forma contínua (BOUSQUAT et al., 2017).

Dentre essas diretrizes presentes na (PNAB), na busca por melhorias na oferta de serviços de saúde à população, Facchini, Tomasi e Dilelio (2018), atribuem, como proposta aos desafios na qualidade dos serviços na APS, medidas de enfrentamento na estruturação e organização no atendimento universal, com ações de melhoria e valorização do profissional e da equipe de saúde (como qualificação profissional contínua e existência de equipes completas com fortalecimento do trabalho conjunto), ações de avaliação do programa para planejamento de melhorias no serviço e aprimoramento do fluxo de atenção, desde o acolhimento até a adequada pactuação entre os níveis de saúde.

Desta forma, a APS se encontrará apta a desenvolver seu trabalho em meio as diversas necessidades da população adscrita em um território com singularidades sociais, econômicas e culturais que podem divergir da proposta da rede de atenção



no planejamento de ações que visem a promoção e prevenção da saúde local, contudo, caberá a equipe planejar e se organizar para que ocorra as adequações das diretrizes à realidade local atendendo as expectativas da comunidade (BRASIL, 2011).

## **5.2 Estratégia Saúde da Família**

Dentre as diversas modalidades de atenção básica no Brasil, segundo Tanaka (2011) a ESF configura a principal, pertencendo a uma rede com múltiplos serviços destinados à saúde da população assistida, através da coordenação do fluxo de atendimento e resolução dos problemas.

Sua criação em 1994 teve inicialmente o objetivo de mudar o enfoque da atenção voltada apenas na doença para uma abordagem mais complexa na avaliação do processo saúde-doença, ou seja, passou a abordar o paciente como fruto de suas interações com a comunidade e o meio, abordando-o de forma mais ampla com enfoque em ações preventivas, de cura e promoção e reabilitação da saúde. Neste aspecto, a ESF é vista como uma das ferramentas tecnológicas de importância na atenção básica, por interligar os vários determinantes e princípios que a regem, e permitir sua aplicabilidade na melhoria da saúde da população (SORATTO et al., 2015).

Logo, no ato de sua implantação, veio configurar a porta de atendimento para organização e resolução das questões voltadas à saúde de uma população definida por territórios, localmente ou em outros níveis de atenção, em que, composta por uma equipe multidisciplinar (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, entre outras especialidades), deve ser responsável pela promoção de ações voltadas para a melhoria da saúde em caráter individual e coletivo, com foco principal na prevenção de agravos (LAVRAS, 2011).

Para isso, é necessário utilizar de ferramentas que melhorem a interação entre a equipe e a comunidade-alvo, começando pela organização do processo de trabalho, com a equipe, agentes do processo, definindo objetivos de tratamento/intervenção, com base na epidemiologia local e com abordagem multidisciplinar que permita a

utilização de recursos para a melhoria da saúde da população, através de educação continuada e planejamento com os níveis de competência, tendo na participação social a representatividade da realidade local. Porém, é necessária a formação de uma equipe devidamente capacitada e que persista longitudinalmente na ESF, criando assim, o vínculo necessário para realizar uma abordagem além do fator doença, mas que consiga considerar os fatores culturais, sociais e econômicos que norteiam a comunidade assistida (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Por exemplo, estudos que avaliaram as ações da ESF sobre a HAS evidenciaram uma melhora do acesso dos usuários portadores desta patologia aos serviços, mas devido à falta de coordenação geral eficaz e trabalhadores capacitados na abordagem à saúde de forma mais integral (incluindo abordagem psicossocial e cultural, do processo de saúde-doença-cuidado), houve alto índice da prevalência de fatores de risco e uma baixa adesão ao tratamento (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

Como forma de enfrentamento a esta contradição, Faria et al. (2009), sugerem o desenvolvimento e utilização de tecnologias próprias à Atenção Básica à Saúde e da ESF, que visem considerar todas as demandas apresentadas pelos pacientes, ampliar a capacidade dos profissionais de comunicação e gerenciamento de suas atividades, bem como de saber lidar com as dimensões psíquica e social dos indivíduos que buscam atendimento.

### **5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica**

A HAS é uma doença crônica, que atinge 32,5% dos indivíduos adultos no Brasil, possui baixa taxa de controle e é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares (sendo associada a 50% das mortes por estas doenças), que aumentam progressivamente com a elevação da Pressão Arterial (PA), tais como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência renal (MALACHIAS et al., 2016).

Porém, devido à falta de sintomas, muitos indivíduos desconhecem ou negligenciam o tratamento, apresentando no decorrer dos anos, lesões de órgão alvo e agravos que tornam essa patologia um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil, já que geram custos para tratamentos, campanhas de prevenção e, quando tardiamente, para aposentadorias decorrentes de suas complicações (40% das aposentadorias precoces derivam de sequelas de doenças cardiovasculares). (BRASIL, 2002).

Seu diagnóstico deve ser precoce, através da consulta ambulatorial e voltado não apenas à busca ativa do paciente supostamente hipertenso, mas também ao indivíduo que apresente o estágio de pré-hipertensão, para que sejam tomadas medidas cabíveis na prevenção. Assim sendo, considera-se de forma prática para o diagnóstico, hipertenso, o paciente que, sem uso de medicações anti-hipertensivas, possui em duas ou mais aferições, realizadas em momentos diferentes valores de Pressão Arterial Sistólica (PAS)  $\geq 140$ mmHg e Pressão Arterial Diastólica (PAD)  $\geq 90$ mmHg, enquanto o estágio de pré-hipertenso é considerado para os valores que se encontram com PAS entre 121 e 139 mmHg e PAD entre 81 e 89 mmHg (MALACHIAS et al., 2016).

Porém, não basta apenas o diagnóstico, é importante que a APS, através da ESF, participe do processo de prevenção da doença e acompanhamento dos pacientes já diagnosticados com HAS, com uma abordagem ampla, contínua e de qualidade, que contemple diversos aspectos que podem interferir como barreiras à correta adesão ao tratamento. Com padronização do serviço e oferta regular aos usuários de medicamentos (reduzindo os custos do tratamento), abordagem e orientação sobre a doença e seus agravos e melhora no acesso às consultas e exames (SILVA et al., 2015).

Esta participação é descrita por Guedes et al. (2011) em três aspectos, dentre os quais: 1. Estrutural, com fornecimento de acesso ao tratamento contínuo (fármacos, grupos com orientações sobre a doença, exames e consultas); 2. Pessoal, através do incentivo à mudança nos hábitos de vida, com práticas regulares de atividade física, mudanças alimentares (dieta hipossódica, por exemplo), abandono de bebidas alcoólicas e do tabagismo, aceitando a necessidade do uso da medicação e

3. Emocional, no qual o mesmo deverá ser instruído sobre o convívio com a doença e de possíveis agravos a ela relacionados, evitando assim, a perda de adesão pelo paciente.

Logo, é importante a abordagem ampla e com participação familiar, que é descrita por Lopes e Marcon (2009), como sendo de extrema importância dentro da realidade de tratamento e adesão, medicamentosa ou através da mudança de hábitos de vida, mesmo que indiretamente, necessitando que a equipe melhore sua abordagem voltadas para ações preventivas e educativas. Tais ações devem visar o reconhecimento de fatores de risco, como idade, tabagismo, sedentarismo entre outros, e a estratificação dos pacientes hipertensos (Quadro 2), como forma de programar o cuidado contínuo, a fim de se evitar complicações como agravos cardiovasculares (BRASIL, 2002).

**Quadro 2 - Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico**

<b>PRESSÃO ARTERIAL mmHg</b>			
<b>OUTROS FATORES DE RISCO DA DOENÇA</b>	<b>HIPERTENSÃO LEVE - GRAU 1 (PAS 140-159 OU PAD 90-99)</b>	<b>HIPERTENSÃO MODERADA – GRAU 2 (PAS160-179 OU PAD 100-109)</b>	<b>HIPERTENSÃO GRAVE – GRAU 3 (PAS≥180 OU PAD≥110)</b>
<b>SEM FATORES DE RISCO</b>	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
<b>1 -2 FATORES DE RISCO</b>	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
<b>3 OU MAIS FATORES DE RISCO OU LESÃO ORGÃOS-ALVO OU DIABETES</b>	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
<b>CLÍNICA ASSOCIADA, INCLUINDO DOENÇAS CARDIOVASCULARES OU RENAIS</b>	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO

Fonte: BRASIL (2002).

#### **5.4 Diabetes Mellitus**

O DM já é considerado uma epidemia em curso, devido ao crescimento e envelhecimento populacional com aumento do sedentarismo e obesidade, principalmente em países em desenvolvimento, com estimativas em 2015 de 8,8%

da população mundial com a doença na faixa de 20 a 79 anos, podendo alcançar 642 milhões em 2.040 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Ou seja, uma doença que, assim como a HAS, possui diversos agravos e potencial risco cardiovascular e cerebrovascular, necessitando de maior abrangência devido a sua natureza crônica, não só para o indivíduo e seus familiares, mas também para o sistema de saúde.

Estas duas enfermidades, fazem parte de uma série de outros fatores de risco para as doenças cardiovasculares que devido a sua cronicidade, a gravidade das complicações e os recursos para tratamentos (consultas, exames, etc.) as tornam comorbidades onerosas ao sistema de saúde e, por este motivo, devem ser prevenidas e se diagnosticadas precocemente, tratadas com acompanhamento regular. Diante do exposto, e para fins de estratificação dos fatores de riscos e acompanhamento destes pacientes com elevação do risco cardiovascular (hipertensos e diabéticos), o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) recomenda na APS a utilização do Escore de Framingham para homens (Anexo A) e mulheres (Anexo B), que a partir de variáveis como idade, sexo, níveis de colesterol total e de Lipoproteínas de Alta Densidade (High Density Lipoproteins – HDL), valores pressóricos, presença ou não de DM e tabagismo, estima o risco cardiovascular e pode auxiliar na abordagem ao paciente sobre a importância no tratamento adequado e redução dos fatores de risco na melhoria de sua saúde, favorecendo, assim, sua adesão (PIMENTA; CALDEIRA, 2014).

Para realização do diagnóstico de DM, comumente consideram-se sintomas como poliúria, polidipsia e perda ponderal de peso, apesar de se tratar de uma doença que em seus estágios iniciais pode ser assintomática. Logo, na presença de sintomas ou no rastreio por avaliação rotineira por técnicas bioquímicas do sangue, temos para definição diagnóstica de três critérios aceitos, dentre os quais: presença de sintomas acrescida de glicemia casual  $\geq 200\text{mg/dl}$ , glicemia de jejum  $\geq 126\text{mg/dl}$  (repetir exame para confirmação se pequenas elevações) e glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose  $\geq 200\text{mg/dl}$  (BRASIL, 2013).

Diante o diagnóstico, é importante o preparo da equipe de saúde para o acolhimento e orientação deste paciente pela rede, já que o controle e acompanhamento muitas

vezes exigem um atendimento multiprofissional para avaliação de lesões com alto custo de tratamento e complicações já existentes/possíveis de órgão-alvo (coração, rins, olhos, sistema nervoso e vascular), necessitando de acesso facilitado para a realização de exames de controle e consultas com especialistas (GROSS; NEHME, 1999).

Logo, é necessário que exista um fluxo de atendimento eficaz, com a UBS realizando o acolhimento e ordenação do paciente diabético na rede de saúde (atenção primária, secundária e terciária), não apenas com tratamento medicamentoso, mas ofertando e melhorando sua aceitação a métodos não farmacológicos (como melhorias na alimentação e prática de atividade física), que em alguns estudos chegam a apenas 50% dentre os pacientes que receberam tal indicação, reforçando que medidas como orientações sobre a doença e seus agravos, bem como grupos voltados aos portadores de DM, podem ajudar na adesão e na condição clínica do paciente (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

Por fim, diante a série de representações que muitas vezes prejudicam a adesão e tratamento do DM, é importante que a equipe avalie o paciente em sua integridade, não só do ponto de vista físico, mas também social e psicológico. A esse respeito, Ramos e Ferreira (2011, p. 875) declaram que:

é necessário considerar a importância dos fatores emocionais em indivíduos que convivem com doenças crônicas como o diabetes, oferecendo suporte emocional e treino em estratégias de enfrentamento da doença.

### **5.5 Hiperdia e Grupos Operativos**

Diante da alta prevalência, incidência e morbimortalidade associadas ao DM e HAS na população, foi criado no ano 2002, um plano de ação visando o enfrentamento da dificuldade na organização do processo de trabalho voltado para o tratamento e prevenção de pacientes portadores destas doenças (GOMES; ROCHA E SILVA; SANTOS, 2010).

O Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM, permitiu a criação de ferramentas e estratégias para o cadastramento e acompanhamento da população acometida por estas duas patologias – HIPERDIA e estabelece:

[...] a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2002, p. 88).

Através do trabalho estatístico viabilizado pelo sistema Hiperdia, é possível conhecer o perfil epidemiológico da população-alvo, com avaliação dos fatores de risco e comorbidades associadas, orientando os gestores sobre estratégias de intervenção que possam ser adotadas melhorando o tratamento e adesão, além de monitorar as ações realizadas no controle destes agravos como capacitação de profissionais, planejamento na aquisição e dispensa de medicamentos, melhoria no fluxo e avaliação da magnitude dessas doenças na rede de saúde local. Desta forma, o trabalho comunitário através, por exemplo, do grupo Hiperdia, garante que os profissionais, inseridos na realidade local e próximos da população, sejam capacitados na avaliação de ações que atendam às necessidades destes, considerando-se as características sociais e econômicas e intervindo sobre os fatores de risco então presentes (RIBEIRO; COTTA; RIBEIRO, 2012).

O plano desenvolveu-se em quatro etapas, que servem como guia para implementação do Hiperdia na ESF, com: 1. Capacitação de multiplicadores para treinar e educar continuamente os profissionais de saúde na prevenção, diagnóstico e tratamento de HAS e DM. Campanhas para detecção de possíveis hipertensos e diabéticos; 3. Confirmação diagnóstica dos casos suspeitos; 4. Cadastramento e acompanhamento continuado, clínico e laboratorial dos pacientes diagnosticados na atenção básica pela ESF (BRASIL, 2004).

A capacitação da equipe na abordagem dos pacientes nos grupos, bem como seu caráter multiprofissional é destacado como sendo um importante fator de adesão, participação e construção de saberes práticos às necessidades dos pacientes. (MENDONÇA; NUNES, 2014). Sendo assim, é importante a busca do envolvimento de todos os profissionais da UBS, com apoio do NASF, profissionais da rede secundária e convidados, permitindo a pluralidade de avaliações na melhoria da prática educativa.

Para isso, o grupo operativo deve ser pautado em uma construção metodológica, a fim de construir uma dinâmica grupal que consiga atuar na intervenção junto aos pacientes hipertensos e diabéticos, com um processo dinâmico, reflexivo e democrático, entre a equipe de saúde e sua comunidade. Uma vez que os participantes do grupo apresentam suas próprias opiniões e entendimento sobre as doenças, e o grupo deve construir metas que respeitem as características individuais em um processo de revisão e reconstrução de ideias que permitam o correto tratamento (SOARES; FERRAZ, 2007).

Desta forma, para o usuário, o grupo trará melhora na adesão ao tratamento, através da aceitação e compreensão da doença, aceitando o uso da prescrição farmacológica e de orientações gerais como dieta, atividade física e abandono de hábitos como etilismo e tabagismo, bem como, dentro de suas realidades, alcançarem estes objetivos. E para a UBS, permitirá a criação do vínculo com longevidade no acompanhamento e redução das consultas de demanda espontânea devido a agravos destas comorbidades (SILVA et al., 2006).



## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

Essa proposta refere-se ao problema priorizado pela falta de atendimento voltado para o controle de HAS e DM na UBS José Evangelista Pinheiro, Ponte Nova/MG, através do Grupo Hiperdia, para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

### **6.1 Descrição do problema selecionado**

Após avaliação pelo método de estimativa rápida da situação local da UBS para criação de um diagnóstico situacional, por meio de entrevistas com usuários e equipe da ESF, bem como pela avaliação dos dados estatísticos da unidade e de seu funcionamento, foi constatada a alta prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos na área de abrangência e a ausência de um grupo destinado a avaliação e conduta terapêuticas voltadas a estes.

Sabe-se que a prática de grupos operativos na ESF tem sido cada vez mais frequente, pois são organizados com base em características comuns (tipo de doença) e apresentam diversas vantagens como participação ativa do paciente no processo de educação/tratamento, maior aproximação da equipe com o paciente e otimização do trabalho com redução das consultas individualizadas.

### **6.2 Explicação do problema selecionado**

Devido à falta de estruturação da UBS, no que se refere ao acolhimento dos pacientes, com priorização da demanda espontânea, muitos pacientes com patologias crônicas apresentam perda da continuidade ou falhas na cobertura de caráter preventivo de suas doenças. Em especial, pacientes hipertensos e/ ou diabéticos, que sabidamente, através do Plano de Reorganização da Atenção à HAS e ao DM, devem ter um acompanhamento mais específico e integrado, com reuniões

mensais com ações educativas, estímulo a atividade física, entrega de medicamentos e consultas médicas agendadas, a fim de se evitar complicações destas doenças como aumento do risco cardiovascular.

Assim, como resposta à falta de organização e acompanhamento destes pacientes, que retornam apenas para aquisição de novas receitas ou devido a piora clínica de seus agravos, foi elaborado este trabalho que visa a criação do grupo Hiperdia, voltado para esta população específica.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

Antes da implementação da proposta de criação de um grupo Hiperdia, é necessário conhecer as causas mais importantes na origem do problema, os “nós críticos”, com o intuito de se elaborar medidas específicas para sua resolução.

Assim, os nós críticos da “falta de atendimento voltado para o controle de Hipertensos e Diabéticos” podem ser definidos conforme o quadro 3.

#### **Quadro 3 - Definição dos “nós críticos” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.**

PROBLEMA	NOS CRITICOS
Falta de atendimento voltado para o controle de Hipertensos e Diabéticos	1. <b>Equipe:</b> falta de capacitação profissional; 2. <b>População:</b> inexistência de estratificação de risco dos Hipertensos e Diabéticos; 3. <b>Estrutura:</b> falta de um espaço físico; 4. <b>Gerência:</b> inexistência de uma agenda programática;

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

### 6.4 Desenho das operações

Após seleção dos nós críticos, é imprescindível a busca por soluções de enfrentamento, com a criação de propostas de intervenção e avaliação dos recursos necessários para sua realização, bem como dos resultados que se esperam após as intervenções.

Nos quadros 4, 5, 6 e 7, serão detalhadas as operações sobre cada um dos nós críticos relacionados ao problema da falta de atendimento voltado para o controle de hipertensos e diabéticos na população de abrangência da Equipe de Saúde da

Família José Evangelista Pinheiro, Ponte Nova /MG, obedecendo, de forma geral para a implantação do projeto, a capacitação da equipe para a realização do grupo (prevenção, diagnóstico e tratamento), realização do rastreio dos pacientes portadores de HAS e DM e seu cadastramento para consultas e acompanhamentos regulares.

**Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “EQUIPE”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de capacitação da equipe sobre as modalidades de atendimento e cuidados aos pacientes Hipertensos e Diabéticos.
<b>Operação (operações)</b>	Fazer a capacitação da equipe de saúde quanto à importância do grupo Hiperdia, conceitos e técnicas para introduzi-lo na unidade.
<b>Projeto</b>	“Educação Continuada da Equipe”
<b>Resultados esperados</b>	Conhecimento da equipe sobre a importância e forma de cuidados aos hipertensos e diabéticos e participação da equipe na implantação, realização e divulgação do grupo.
<b>Produtos esperados</b>	Equipe de saúde como Agente na organização, busca ativa e participação do Grupo Hiperdia, produzindo palestras, materiais de divulgação e prevenção na comunidade.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: Estruturação da agenda permitindo as reuniões para educação continuada, organização dos grupos e disponibilidade e planejamento por parte da equipe para realização das atividades. Cognitivo: reuniões com capacitação da equipe, com educação continuada sobre grupos operativos, hipertensão e diabetes. Financeiro: recursos para estudo continuado (livros, seminários) e para atividades do grupo (informativos, preparo das reuniões). Político: apoio e ajuda na sensibilização da equipe quanto a importância dos grupos no atendimento e na saúde da população.
<b>Recursos críticos</b>	Estrutural: reconhecimento da área coberta pela unidade para programar grupos que reflitam as necessidades locais, melhorando a interação e adesão destes aos grupos. Cognitivo: interação com capacitação dos funcionários para a realização dos grupos e orientação aos usuários. Político: incentivo e valorização na capacitação da equipe. Financeiro: investimento na capacitação da equipe.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Coordenação da unidade e equipe de saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Palestras sobre a importância dos grupos operativos, temas sobre hipertensão e diabetes, busca de apoio a secretaria de saúde na criação do grupo Hiperdia.
<b>Prazo</b>	90 (noventa) dias.

<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico, Enfermeiro e membros da equipe do NASF.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Avaliação da educação continuada, dos grupos, da adesão dos pacientes e temas de cada reunião quinzenalmente.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

**Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “POPULAÇÃO”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.**

<b>Nó crítico 2</b>	Estratificação de risco dos Hipertensos e Diabéticos
<b>Operação (operações)</b>	Fazer a estratificação de risco dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da equipe para estruturação do grupo de Hiperdia.
<b>Projeto</b>	“Busca e conhecimento dos Hipertensos e Diabéticos da área”.
<b>Resultados esperados</b>	Espera-se diagnosticar e classificar cada paciente hipertenso e/ou diabético de acordo com seu risco cardiovascular.
<b>Produtos esperados</b>	A partir da estratificação, programar datas de retorno, exames, acompanhamento no grupo Hiperdia e temas/atividades a serem trabalhadas durante os encontros, encaminhamentos para especialidades.
<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: disposição de membros da equipe para participar do grupo Hiperdia, e membros responsáveis por cadastrar e estratificar os pacientes.</p> <p>Cognitivo: capacitar os funcionários da equipe (agentes de saúde, técnicos, médico e enfermeiros) quanto ao assunto e utilização do Escore de Framingham, importância do acompanhamento deste pacientes e utilidade da estratificação de risco no atendimento ao usuário, assim como a população alvo sobre os benefícios da estratificação nos atendimentos.</p> <p>Financeiro: buscar recursos para a produção de material educativo e materiais necessários para triagem e acompanhamento (balança, papel, envelopes para criação de novos prontuários, glicosímetros, esfigmomanômetros).</p> <p>Político: disponibilização de recursos secundários e terciários (exames, consultas com especialistas), através de melhoria da rede de referência e contra referência nos casos de pacientes avaliados como alto risco.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: fechamento da unidade para a realização de reuniões de equipe e sua capacitação.</p> <p>Cognitivo: capacitar os funcionários da equipe (ACS, equipe de enfermagem e médicos) no acolhimento e estratificação.</p> <p>Político: buscar apoio na rede de saúde local, com a presença de profissionais dos níveis secundário e terciários na capacitação e disponibilização de recursos para os profissionais da atenção primária.</p> <p>Financeiro: recursos para capacitação da equipe, como livros, acesso a plataforma Hiperdia e de capacitação virtual.</p>

<b>Controle dos recursos críticos</b>	Controle realizado pelos profissionais da saúde, com intuito de capacitação para estímulo na melhoria do atendimento e planejamento de melhor conduta com o paciente.
<b>Ações estratégicas</b>	Busca ativa dos pacientes Hipertensos e/ou diabéticos e realização de mutirões para diagnosticar novos casos, com ênfase nas primeiras reuniões do grupo Hiperdia para a estratificação dos mesmos.
<b>Prazo</b>	90 (noventa) dias.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Equipe de saúde, com ênfase na equipe médica e de enfermagem na capacitação e organização e os agentes na busca ativa e divulgação.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Realização de mutirões de rastreio e estratificação trimestralmente, reuniões do grupo Hiperdia mensalmente (se necessário quinzenalmente), e reuniões de equipe semanalmente para avaliação e capacitação.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

**Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ESTRUTURA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.**

<b>Nó crítico 3</b>	Falta espaço adequado
<b>Operação (operações)</b>	Busca por espaços na comunidade local para realização do Grupo Hiperdia.
<b>Projeto</b>	“Busca pelo espaço”.
<b>Resultados esperados</b>	Encontrar espaços que permitam a realização dos Grupos.
<b>Produtos esperados</b>	Parceria com escolas, igrejas ou clubes para utilização do espaço para a realização do grupo Hiperdia.
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: profissionais para divulgar junto aos representantes locais e procurar uma localidade adequada para realização do grupo. Cognitivo: avaliar junto à comunidade um local que permita maior adesão, devido distância domicílio/local do grupo. Financeiro: recurso para impressão de informativos para divulgação do grupo (dia, hora) e a localidade de realização. Político: apoio junto a unidade de saúde no diálogo na busca por uma localidade e sua manutenção, e também mobilização social.

<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: aceitação da comunidade quanto ao espaço físico disponível e trabalho da equipe de saúde no local no intuito de deixa-lo adequado às reuniões.</p> <p>Cognitivo: capacitação da equipe de saúde na organização do espaço cedido e divulgação para a população assistida.</p> <p>Político: agilização pela gestão municipal de saúde na aquisição ou construção de uma unidade que permita o pleno funcionamento da Estratégia de saúde da Família, sem que seja preciso a busca na comunidade de espaços auxiliares para as atividades da equipe.</p> <p>Financeiro: recursos para aquisição de materiais básicos se necessários (cadeiras, produtos de limpeza).</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	População local na manutenção e organização do espaço destinado as reuniões do grupo Hiperdia, funcionário da unidade (agentes de saúde) trabalhando na otimização do espaço e manutenção de seu uso pela comunidade.
<b>Ações estratégicas</b>	Busca ativa de uma nova localidade com estrutura para receber o grupo Hiperdia e ações de divulgação do novo espaço para realização dos Grupos operativos e sua importância na melhoria da saúde da população.
<b>Prazo</b>	30 (trinta) dias.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Coordenador da unidade de saúde, equipe de saúde (Médico, Enfermeiro, Agente de saúde, técnico de enfermagem), líder comunitário local e responsável pelo espaço.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Após definido o local de realização através de parceria, a mesma será reavaliada a cada 30 dias ou antes caso necessário, bem como semanalmente nas reuniões de equipe serão reavaliadas as medidas de manutenção e organização do local, bem como da divulgação à população e realização das atividades da unidade.

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

**Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “GERÊNCIA”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família José Evangelista Pinheiro, do município de Ponte Nova/MG.**

<b>Nó crítico 4</b>	Inexistência de uma agenda programática
<b>Operação (operações)</b>	Realizar a reestruturação da unidade com criação de agendas para os grupos serem estabelecidos e fazer o fluxo de atendimento com priorização de medidas preventivas.
<b>Projeto</b>	“Criação de agendas”
<b>Resultados esperados</b>	Realizar um fluxo de atendimento, com tempo para atendimento das demandas espontâneas, mas priorizando a continuidade do atendimento através do agendamento.
<b>Produtos esperados</b>	Reduzir os atendimentos resultantes dos sintomas agudos das doenças e priorizar a prevenção e redução de agravos das doenças de potencial crônico.

<b>Recursos necessários</b>	<p>Estrutural: Realização de reuniões de equipe, planejamento da escala de atendimento dos médicos e enfermeiros.</p> <p>Cognitivo: capacitação da equipe de saúde para realização de triagem, melhoria no acolhimento ao paciente.</p> <p>Financeiro: recursos para aquisição de agendas, livros Ata.</p> <p>Político: apoio municipal na reeducação da população quanto a priorização e os níveis de atendimento.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Estrutural: reforçar a rede de saúde local, para melhoria do atendimento e divisão, mediante triagem, dos atendimentos realizados em cada nível, assim como redução de filas de espera nas consultas e exames de alta complexidade.</p> <p>Cognitivo: realização de ações educativas aos usuários quanto ao funcionamento da unidade e modalidades de serviços prestados.</p> <p>Político: recursos financeiros para melhorar o atendimento em cada setor, bem como contratação de profissionais para complementação do quadro de funcionários necessários para funcionamento de um atendimento programado (agendado).</p> <p>Financeiro: disponibilidade financeira para contratação de funcionários.</p>
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Gestão municipal com contratação de mais profissionais para melhoria no atendimento (acolhimento) e redução de fila de espera, coordenação local da unidade gerenciando o funcionamento dos agendamentos e grupos.
<b>Ações estratégicas</b>	Sala de espera com orientações, funcionários capazes de triar, orientar e referenciar os pacientes.
<b>Prazo</b>	60 (sessenta) dias.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das operações</b>	Coordenação local da unidade, equipe de saúde.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Reavaliação mensal da agenda, com reavaliação dos grupos, da adesão dos pacientes quanto ao horário/dia dos agendamentos

Fonte: Elaborado pelo autor (2019).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho apresenta uma avaliação local, contudo, é provável que muitas outras unidades de atenção primária ainda apresentem dificuldade na implantação de ferramentas essenciais para a melhoria da adesão e da qualidade do tratamento e saúde de pacientes portadores de HAS e DM.

Porém, conforme avaliado durante a proposta de intervenção, as medidas de melhoria na saúde da população, dependem não somente da atividade conjunta da equipe local, mas da integração desta com a participação da população e dos órgãos públicos, a fim de oferecer os recursos mínimos para a viabilidade de novas práticas de cuidados. Desta forma, para a manutenção deste projeto com qualidade no atendimento a estes pacientes, é de extrema importância o monitoramento e avaliações regulares das atividades desenvolvidas no grupo Hipertensão, como forma de correção aos possíveis problemas que possam ser encontrados em sua implementação e na melhoria de ferramentas e ações que permitam os recursos para a continuidade com êxito aos objetivos definidos pelo projeto.

Assim, será possível construir uma nova identidade ao tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos, com ênfase na saúde preventiva e de qualidade, visando não somente o tratamento farmacológico e de seus agravos, mas que priorize a melhoria na qualidade de vida e o autoconhecimento por parte do paciente portador da doença e da população, de modo geral, sobre a importância de medidas de mudança no estilo de vida como, por exemplo, prática regular de atividade física e alimentação saudável.



## REFERÊNCIAS

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Maio 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

ASSUNCAO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2189-2197, Dec. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BOUSQUAT, A. et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, Abril. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1141.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção Básica: hipertensão e diabetes. Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002. **Diário Oficial**, Brasília, n. 44, S. 1, p. 88, 6 março 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371\\_04\\_03\\_2002\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0371_04_03_2002_rep.html)>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diab.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab14>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 197 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 3). Disponível em: <

[https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_3.pdf](https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: <  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível em: <  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 13 mar. 2019.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILELIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208-223, Setembro 2018. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação da ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017, 97p.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde.** Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009.

GOMES, T.J.O.; ROCHA E SILVA, M.V.; SANTOS, A.A. Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família. **Rev. Bras. Hipertens.** São Paulo, v. 17, p.132-139, Agosto 2010. Disponível em: <  
<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/17-3/03-controle.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GROSS, J.L.; NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 279-284, Julho 1999. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v45n3/1661.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

GUEDES, M.V.C. et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev. Bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1038-1042, Dec. 2011. Disponível em: <  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a08.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Indicadores Cidades**, 2018. Disponível em: <  
<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/ponte-nova/panorama>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 mar. 2018.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. A hipertensão arterial e a família: a necessidade do cuidado familiar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 343-350, jun. 2009. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0409/pdfs/IS29\(4\)105.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0409/pdfs/IS29(4)105.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2019.

MALACHIAS, M.V.B et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq Bras. Cardiol.** Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p.1-83, Setembro 2016. 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: 15 mar. 2019.

MENDONÇA, F.F.; NUNES, E.F.P.A. Atividades participativas em grupos de educação em saúde para doentes crônicos. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 200-204, Junho 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n2/1414-462X-cadsc-22-02-00200.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

PIMENTA, H.B.; CALDEIRA, A.P. Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1731-1739, Junho 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01731.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

PONTE NOVA. Prefeitura municipal. Ponte Nova, 2018. História e Contemporaneidade. Disponível em: <<https://pontenova.mg.gov.br/ponte-nova/historia-e-contemporaneidade/>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/13.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p.7-17, Jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a02v17n1.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SCHMIDT, M.I. et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, supl. 2, p. 74-82, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s2/ao801.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SILVA, J.V.M. et al. Avaliação do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na visão dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 626-

632, Agosto 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/0034-7167-reben-68-04-0626.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, Dez. 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/15.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

SOARES, S.M.; FERRAZ, A.F. Grupos operativos de aprendizagem nos serviços de saúde: sistematização de fundamentos e metodologias. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 52-57, Mar. 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a07.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2019.

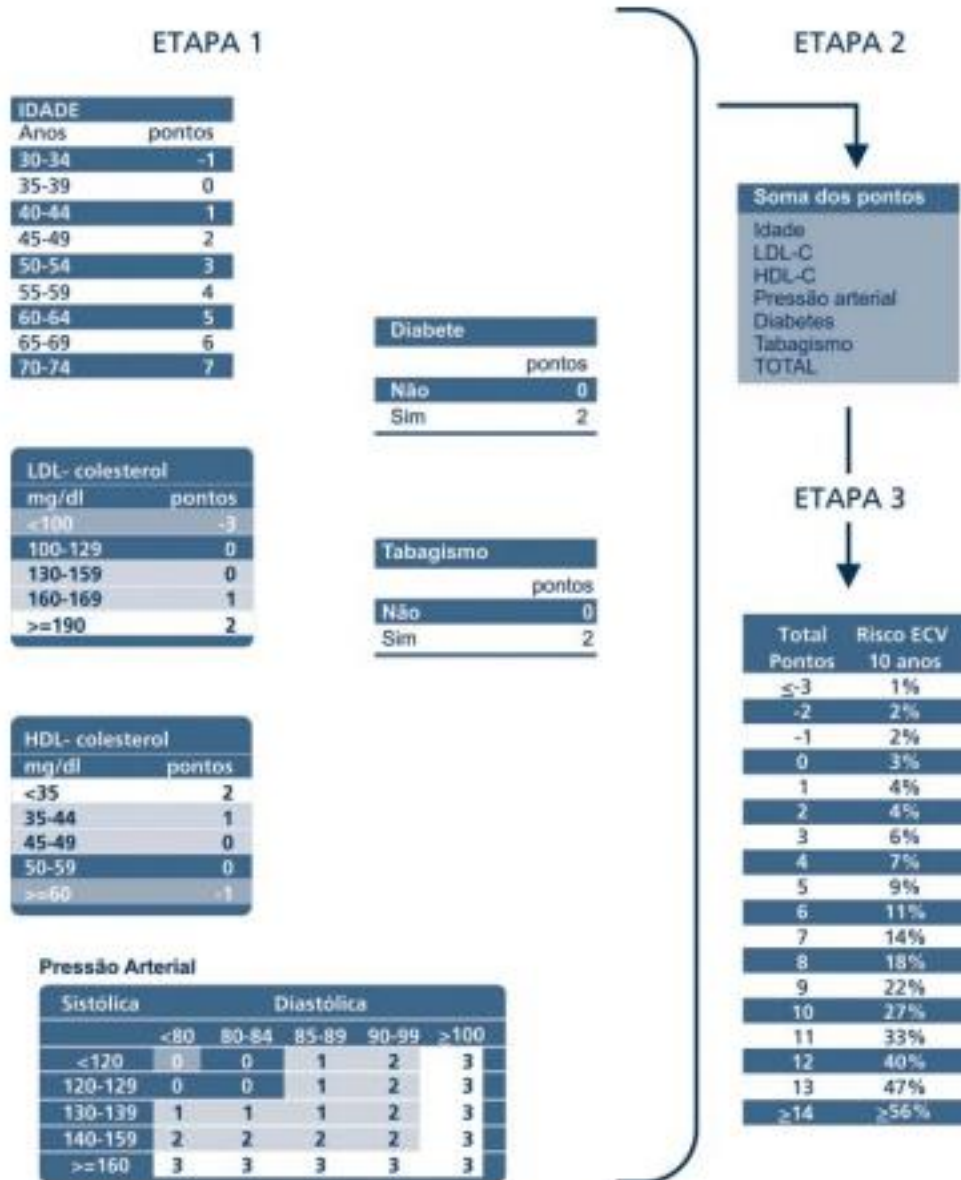
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes**. 2017 -2018. Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>> Acesso em: 10 abr. 2018.

SORATTO, J. et al. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, Junho 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt\\_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf)>. Acesso em: 04 abr. 2019.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927-934, dez. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2018.

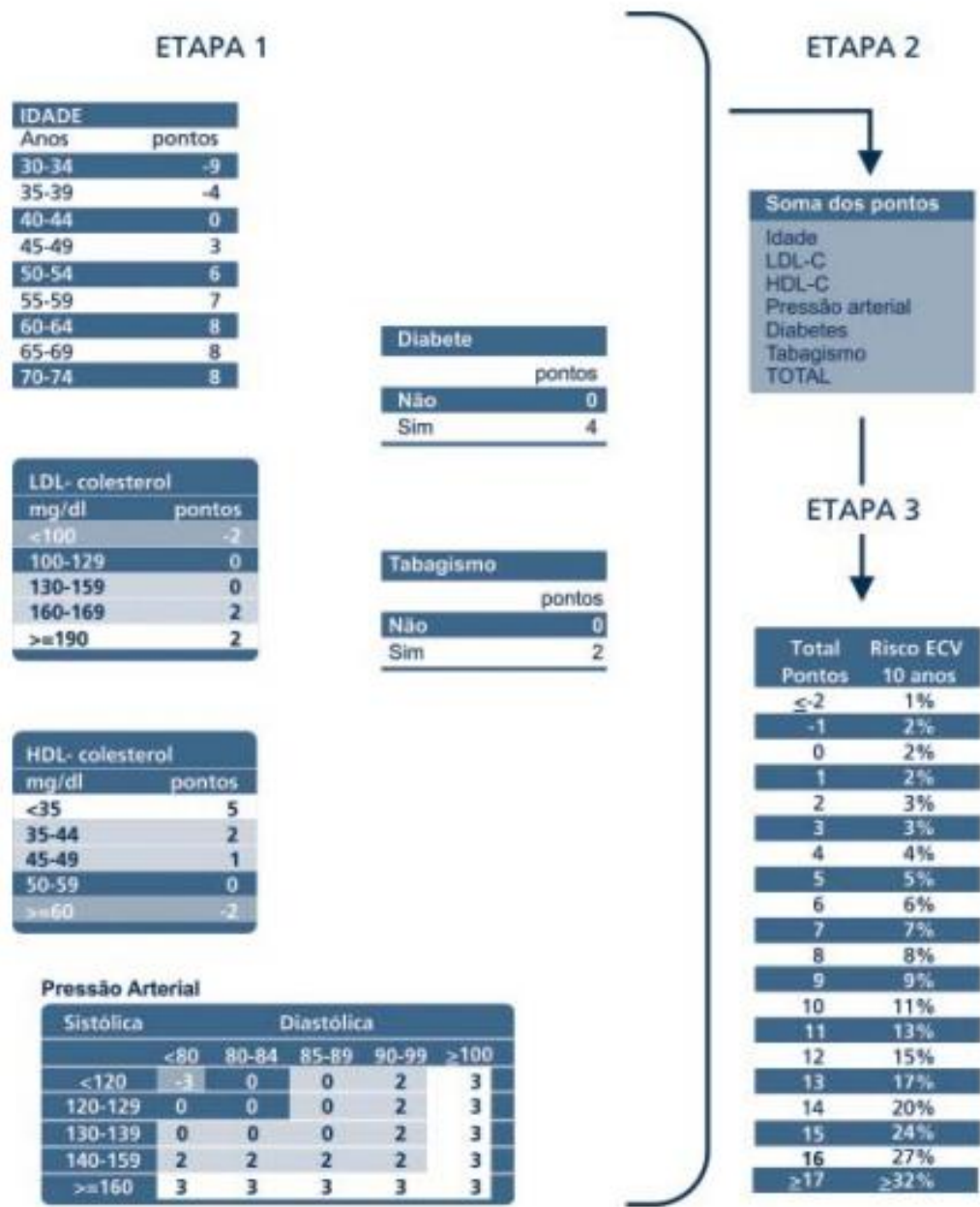
ANEXOS

ANEXO A – Escore de Framingham Revisado para Homens



Fonte: BRASIL, (2006)

**ANEXO B – Escore de Framingham Revisado para Mulheres**



Fonte: BRASIL, (2006)