

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

LIDICE CEJAS VALENCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA NOSSA SENHORA
DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA –MG**

BELO HORIZONTE – MG

2015

LIDICE CEJAS VALENCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA NOSSA SENHORA
DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA –MG**

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

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

BELO HORIZONTE – MG

2015

LIDICE CEJAS VALENCIA

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DA DOENÇAS CRÔNICAS
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA UNIDADE BÁSICA NOSSA SENHORA
DAS GRAÇAS EM SANTA LUZIA –MG**

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

Banca Examinadora:

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

DEDICATÓRIA

A Deus por me orientar na escolha dessa profissão, ajudar o próximo com amor e humanidade, e por não me abandonar nos momentos mais difíceis.

Aos meus pacientes, que de forma ativa e direta me proporcionaram refletir e desta forma ajudá-los a intervir em algo que pode mudar e melhorar a qualidade de vida de cada um deles, de seus familiares e de todos nós.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me ajudado a escolher essa profissão, para ajudar o próximo com amor e humanidade, e por nunca ter me abandonado nos momentos mais difíceis.

Aos pacientes que sempre me impulsionaram a melhorar meu trabalho.

A toda a equipe de saúde, por ter se empenhado e ajudado a realizar este projeto.

A minha orientadora pela paciência, auxílio e contribuição neste trabalho durante todas as fases atravessadas nesta formação.

A minha filha e família que são minha razão de viver e a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte deste trabalho.

“Um dia tudo será excelente, eis a nossa esperança; hoje tudo corre pelo melhor, eis a nossa
ilusão.”

- Voltaire -

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo propor uma intervenção sobre os fatores de risco que favorecem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no território da equipe de saúde Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG. Trata-se de uma revisão narrativa utilizando os descritores Doenças Crônicas Não Transmissíveis; prevenção e controle. Assim, baseado na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em Saúde, oferecida no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família foi construído o plano de ação conforme a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. O plano de ação permitiu direcionar projetos para os nós críticos que favorecem a prevalência das DCNT destacando-se diabetes e hipertensão, na tentativa de enfrentar o problema e melhorar a qualidade de vida dos acometidos sob responsabilidade daquela equipe. As ações propostas referem-se à falta de conhecimentos em relação às DCNT diabetes e/ou hipertensão, a prática de exercícios físicos e readequação alimentar, redução do sedentarismo e promoção do uso racional de medicamentos.

Palavras-Chave: Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Prevenção. Controle.

ABSTRACT

This work aimed to propose an intervention on the risk factors that favor chronic noncommunicable diseases (NCDs) in the health team territory Our Lady of Graces in Santa Luzia / MG. This is a narrative review using the key words Chronic Noncommunicable Diseases; prevention and control. Thus, based on the discipline of planning and evaluation of the actions in Health, offered in the Strategy Specialization in Family Health was built the action plan according to the methodology of the Situational Strategic Planning. The action plan enabled direct projects for us critics who favor the prevalence of NCDs highlighting diabetes and hypertension in an attempt to tackle the problem and improve the quality of life of affected under the responsibility of that team. The proposed actions relate to the lack of knowledge regarding NCDs diabetes and / or hypertension, the practice of physical activity and food realignment, reduction of inactivity and promoting the rational use of medicines.

Key words: Chronic Noncommunicable Diseases. Prevention. Control.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF – Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.....	17
4 MÉTODOS.....	18
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
6 PLANO DE AÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Santa Luzia é um município que pertence ao estado de Minas Gerais, cuja população estimada para o ano de 2015 é de 216.254 habitantes ocupando 233,759 km² de área (IBGE, 2014). De acordo com o mesmo instituto, o município localiza-se de forma estratégica na região metropolitana de Belo Horizonte e que encontra-se subdivido em Sede e distrito de São Benedito.

A história do município iniciou-se no ano de 1692, durante o ciclo do ouro e em 1695 uma grande enchente do rio destruiu todo o povoado, que encontrava-se localizado próximo ao atual bairro de Bicas e assim o pequeno vilarejo mudou-se para o alto da colina, onde tornou-se o centro histórico da cidade. Em 1697, ergueu-se o definitivo povoado, denominado de Bom Retiro. No ano de 1724 foi criado a Freguesia de Santa Luzia, subordinado a Sabará, sendo levado a povoado definitivo de Santa Luzia. Entre os anos 1721 e 1729, o município cresceu em função do comércio e em menor parte pela mineração. Em 1734 a atividade mineradora foi extinta e houve a intensificação do comércio passando a ser considerado um importante centro comercial ou entreposto comercial do sertão, pelo comércio de peles e salitre, com o norte do estado e com o Rio de Janeiro.

Santa Luzia exhibe uma paisagem típica formada por colinas e uma vasta rede hidrográfica, pertencente à bacia do Rio das Velhas que é o principal curso d'água que atravessa o município dividindo-o ao meio. Este vem sofrendo gravemente com a degradação ambiental, pois ao passar por Santa Luzia, o rio já recebeu os seus afluentes Ribeirão Arrudas e Onça, altamente poluídos por receberem uma grande parte de esgoto in natura de Belo Horizonte e Contagem, cujas estações de tratamento de esgoto não operam com capacidade total. Outros cursos d'água no município são os ribeirões Baronesa, da Mata, os córregos do Grajaú, da Calçada, Tenente, Maquiné, Bicas e o rio Taquaraçu.

Através de incentivos fiscais, a prefeitura municipal de Santa Luzia conseguiu atrair cinco distritos industriais, onde estão instaladas diversas empresas de vários segmentos de mercado. Assim, a taxa de crescimento da cidade e o Produto Interno Bruto(PIB) cresceu significativamente sendo este o reflexo da política voltada para o desenvolvimento econômico e social, que visa investir na geração de empregos, no atendimento social e na preservação da identidade cultural do município. Como a cidade é polinucleada, em Santa Luzia não existe

uma localidade com característica de centro econômico, as atividades localizam-se nos bairros polos, estando no distrito de São Benedito a maior atividade comercial.

Parte da população de Santa Luzia vive de recursos como aposentadoria, onde recebem até 02 salários mínimos mensais. Grande parte da população trabalhadora faz parte do mercado informal, sendo que, muitos destes trabalhadores que recebem salário abaixo de um salário mínimo mensal. As atividades predominantes são diaristas e trabalhadores do comércio em geral, porém a maioria das mulheres realiza atividades domésticas, permanecendo em casa quase todo o dia.

Em relação ao saneamento básico, a coleta de lixo em Santa Luzia é realizada pela Prefeitura Municipal e o destino final é o aterro sanitário. O abastecimento de água tratada, e a coleta de esgoto são realizados pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais – COPASA. Por outro lado no setor de educação, no município existem 53 instituições do ensino Fundamental, 19 de ensino médio, projetos de alfabetização e inclusão social. Um deles é o (Programa Nacional de Inclusão de Jovens) Pro Jovem Urbano, instituições de ensino superior como o Instituto Federal Minas Gerais IFMG (Funciona no antigo CAIC do bairro Londrina), Faculdade de Santa Luzia- FACSAL; Universidade Norte do Paraná (UNOPAR), Centro Universitário Internacional UNINTER Grupo Educacional Uninter, dentre outras.

Quanto aos recursos para a saúde, em Santa Luzi, aproximadamente 90% da população utiliza a assistência à saúde disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde(SUS). Para promover a saúde através da atenção primária, no município existem 23 equipes de Estratégia de Saúde da família. Além disso a população é servida pelo Centro de Especialidades de Odontologia(CEO) 01 Pronto Atendimento (PA), 01Hospital Geral, convenio com Centro Vida –Vida e Hiperdia. Contribuindo com a organização da política de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde, realiza reuniões mensais com caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e controle de execução da referida política. Já o sistema de referência e contra referencia funciona com encaminhamentos urgentes ao Hospital São João Deus que disponibiliza 96 leitos e para o Pronto de Atendimento São Benedito. Nas situações que não resolvidas dentro do município são encaminhadas para especialistas em Belo Horizonte através do Consórcio Intermunicipal de Saúde, possibilitando algumas cirurgias em Hospitais de Belo Horizonte, assim como o serviço de oncologia. Além disso para completar o cuidado proporcionado pela atenção básica, em Santa Luzia existe o Núcleo

de Apoio à Saúde da Família(NASF)onde os profissionais de psicologia, nutrição e fisioterapia realizam suas respectivas consultas.

A Unidade básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora das Graças encontra-se no momento sem estrutura independente e o serviço vem sendo realizado em outra UBS do município de Santa Luzia, denominada UBS Morada do Rio. Nesse caso, a equipe de saúde encontra dificuldades para realizar o trabalho, pois, a UBS encontra-se distante das residências dos pacientes cadastrados na UBS Nossa senhora das Graças, onde esta presta serviços em saúde no bairro Cristina C limitando-se com os bairros Cristina A e Cristina B situados na região de São Benedito distante oito quilômetros do centro da cidade de Santa Luzia. Além disso, a comunidade bairro Cristina C sobrevive economicamente de atividades no comércio. Observando o território da equipe, embora não existam comunidades, o número de moradias em condições precárias é considerável. No território da equipe Nossa Senhora das Graças, a água é fornecida por rede pública, com tratamento da água que serve os domicílios por filtração e cloração. Já o destino das fezes e urina ocorre através de sistema de esgoto. Neste bairro todas as famílias têm acesso á energia elétrica e acesso a internet de boa qualidade e duas igrejas.

Outros fatores dificultadores do processo de trabalho é que além da equipe estar temporariamente atendendo na UBS morada do Rio, nesta são atendidos aproximadamente 10 mil pacientes onde nem todos estão cadastrados. Além disso, está os serviços de contra-referência não funcionam adequadamente pois, os especialistas freqüentemente não enviam laudos dos pacientes encaminhados, tanto em consultas eletivas como dos pacientes internados.

Por outro lado existem alguns fatores facilitadores do processo de trabalho da equipe Nossa Senhora das Graças que consegue atender 28 pacientes diariamente, tanto em situação de demanda espontânea quanto programada. A equipe trabalha 08 horas diárias, de segunda a sexta feira, é unida e disposta a enfrentar desafios. Além disso, são realizadas atividades como a classificação de riscos dos pacientes, atividades planejadas para a demanda programada como trabalho com grupos e visitas domiciliares, priorizando-se a prevenção e a promoção em saúde. Os agentes de saúde comunitários(ACS) realizam suas funções periodicamente dando continuidade às propostas educativas realizadas pelos profissionais e acompanhando as famílias em suas micro áreas.

Como médico estrangeiro e de nacionalidade cubana, me inseri no Programa Mais Médicos para o Brasil(PMMB) e em janeiro do ano de 2014, iniciei meu trabalho como médica na equipe Nossa Senhora das Graças no município de Santa Luzia/MG. Ao participar do PMMB, os médicos são matriculados no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), cujas vagas, foram ofertadas pela Universidade Federal de Minas Gerais(UFMG) que através do programa AGORA oferece atualização profissional, que permite aos profissionais das equipes de saúde e demais profissionais multidisciplinares enfrentarem através de intervenções eventuais problemas ou determinadas situações de saúde da população adscrita. A disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do CEESF, proporciona aos profissionais que aprendam a elaborar o plano de ação, em busca de solucionar problemas de saúde encontrados no território durante a realização da análise situacional, pela equipe de saúde. Esta análise, permitiu identificar uma parte significativa da população com sofrimento mental, sendo comum a ansiedade, depressão e stress como resultado com alto consumo de ansiolíticos e antidepressivos; doenças infecciosas, principalmente respiratórias; distúrbios digestivos; diarreia aguda em crianças, por maus hábitos de higiene alimentares e uma quantidade significativa de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Este último problema de saúde encontrado e objeto deste trabalho, foi percebido inclusive durante consultas médicas, atendimentos à demanda espontânea causada pela descompensação de níveis glicêmicos ou oscilações de pressão arterial no cotidiano da equipe. Assim, esta proposta busca modificar hábitos e estilos de vida na tentativa de enfrentar maior problema que o usuário enfrenta no seu território(CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Para isto, a equipe relacionou os nós críticos, e traçou as operações, obstáculos e possíveis resultados a serem alcançados, produzindo-se um plano de ação determinando os responsáveis pelas operações além dos prazos e dos resultados das mesmas. Embora já existam atividades propostas pela equipe Nossa Senhora das Graças em seu território, este plano de ação deverá integrar as ações em saúde visando minimizar o problema e promover a qualidade de vida deste grupo de usuários.

Durante este trabalho, visitas domiciliares e pela observação ativa do território,observou-se que boa parte da população sob responsabilidade da equipe Nossa Senhora das Graças, possui pouca percepção do risco de adoecer, baixo nível de conhecimento as doenças crônicas e as demais a qual enfrenta. Além disso, os hábitos e estilos de vida aumentam em boa parte o risco das complicações das doenças crônicas, pois, são conseqüências de alimentação inadequada, distúrbios metabólicos hereditários e

sedentarismo. Por outro lado, observou-se deficiências no processo de trabalho da equipe em relação ao seguimento dos pacientes com doenças crônicas.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo número significativo de usuários portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacando-se o diabetes e a hipertensão arterial na área de abrangência da UBS Nossa Senhora das Graças no município de Santa Luzia em Minas Gerais. Além da qualidade de vida comprometida, o processo de trabalho da equipe torna-se alterado pelo aumento do número de consultas semanais para os usuários em situação descompensada e com alto risco de complicações demandando cuidados diferenciados. O problema ocorre nas 05 micro áreas, demonstrando a exposição aos fatores de risco que favorecem o descontrole de pressão arterial e níveis glicêmicos, como resultado do comportamento de risco frente ao problema.

Pela associação fortemente comprovada entre as principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) com alguns fatores de risco, as quais não vem recebido a devida atenção, principalmente porque estes são passíveis de prevenção. Assim, as principais DCNT que podem ser relacionadas são as doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes e câncer e alguns dos principais fatores de risco associados são a Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), diabetes, obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares irregulares.(MONTEIRO et. al., 2005).

3 OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção com vistas a redução dos principais fatores de risco que alteram as doenças Crônicas não transmissíveis entre usuários da equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia – MG.

4 MÉTODOS

Esta proposta de intervenção possui como objetivo propor medidas educativas individuais, coletivas e assistenciais para redução dos principais os fatores de risco que alteram as doenças crônicas não transmissíveis, especialmente o diabetes e a Hipertensão entre usuários da equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia – MG.

A busca dos dados se deu a partir da observação ativa do território da equipe Nossa Senhora das Graças, além de busca sistematizada na literatura, utilizando os sites de busca, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), além de edições do Ministério da Saúde e livros didáticos utilizados no CEESF. Para guiar a busca utilizou-se dos descritores: Doenças Crônicas Não Transmissíveis; prevenção e controle, cuja seleção e análise das publicações relacionadas ao tema foram realizadas entre os anos de 1995 e 2014.

O método utilizado para a construção deste trabalho foi o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), onde a elaboração do plano de ação consistiu em quatro momentos interligados entre si: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DE LITERATURA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), ou também conhecidas como a "epidemia de DCNT" são um grupo de doenças que podem provocar incapacidades, produzindo uma série de sofrimentos. Além disso elas proporcionam o aumento de custos materiais aos pacientes e suas famílias, onerando financeiramente o sistema de saúde. (MALTA; SILVA 2013). As DCNT que mais acometem as pessoas e que se destacam, são as Doenças Cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial (HA) (RIBEIRO; COTTA e RIBEIRO et.al., 2012), diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (SCHMIDT et.al., 2011). As DCNT acometem pessoas de todas as camadas socioeconômicas, sendo mais intensa nos idosos, pessoas de baixa renda e escolaridade, aos as que têm menor acesso aos serviços de saúde, resultando em maior estado de pobreza. (MORAIS- NETO; SILVA -JUNIOR, (2011),

As altas morbidades relacionadas às DCNT são responsáveis por “grande número de internações que estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava”.(BRASIL, 2013, p. 7). Conforme destacam os autores Lessa; Mendonça e Teixeira, as DNCT vem assumindo seu lugar freqüentemente, onde,

[...] O aumento da expectativa de vida da população é o fator demográfico de maior importância no contexto das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) pois é com o envelhecimento que aumentam a prevalência, mortalidade e, em particular, a simultaneidade dessas doenças com graus variados de incapacidades, muitas vezes com perda de autonomia. (LESSA; MENDONÇA ; TEIXEIRA, 1996).

As DCNT são um grupo de doenças presentes no cotidiano das pessoas e que podem provocar alterações objetivas e subjetivas produzindo mudança de comportamento (RIBEIRO et.al., 2012). Assim, investigações clínicas e epidemiológicas possibilitaram que se identificasse “diversos fatores de risco determinantes da situação de saúde do indivíduo e, especificamente, de adoecimento por esses agravos. (SANTOS, 2006 apud MASSIMO; SOUZA; FREITAS, 2015, p. 680). De acordo com o trabalho de Malta; MORAIS- NETO; SILVA -JUNIOR, (2011),

[...]As quatro doenças crônicas de maior impacto mundial (doenças cardiovasculares; diabetes; câncer; e doenças respiratórias crônicas) têm quatro fatores de risco em comum, modificáveis: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool. (MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011).

Ainda de acordo com os mesmos autores, podem ser considerados fatores de risco para as DCNT o tabaco, maus hábitos alimentares, alcoolismo e inatividade física.(MALTA, et.al, 2006 apud MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Estes fatores “são os responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto”(MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011, 426). Conforme Lessa (2004),

[...]A expressão clínica das DCNT faz-se após longo tempo de exposição aos fatores de risco e da convivência assintomática do indivíduo com a doença não diagnosticada, mesmo quando os fatores de risco são perceptíveis (tabagismo, obesidade generalizada, obesidade central com ou sem obesidade generalizada, alcoolismo, sedentarismo, etc). Conseqüentemente, os diagnósticos são em fases tardias, com a doença já complicada ou num desfecho que pode ser o primeiro e fatal, como ocorre muitas vezes com a doença coronariana aguda e com o acidente vascular encefálico. As DCNT correspondem à maior proporção das mortes nos países industrializados e nos emergentes. Para esses últimos as projeções são pessimistas: concentrarão o maior número de mortes por DCNT e a maior população mundial com essas doenças em torno do ano 2050(LESSA 2004, p.933).

Contextualizando a Hipertensão Arterial Sistêmica(HAS), além de um grave problema de saúde pública é a mais freqüente das doenças cardiovasculares, comportando-se como o mais importante fator de risco para as complicações conhecidas como o acidente vascular cerebral(AVC) Infarto Agudo do Miocárdio(IAM) e doença renal crônica terminal. Aproximadamente 30% dos brasileiros com mais de 40 anos é portador de HAS, seguido de 4% das crianças e adolescentes. O baixo controle da HAS se deve ao curso assintomático da doença, diagnóstico e tratamento negligenciados, além da baixa adesão ao tratamento pelo paciente, embora existam protocolos, recomendações e acesso a medicamentos. Por outro lado, para o diagnóstico, a “Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva”.BRASIL, 2006, p. 14) Para hipertensos com pressão arterial conhecida como controlada o valor considerado está entre 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica(COELHO et.al., 2005).

De acordo com a V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, os fatores de risco que favorecem a hipertensão arterial estão relacionados à idade, onde a pressão arterial aumenta com a idade; Sexo e etnia onde o sexo não é fator de risco para hipertensão, ao

contrário das mulheres afro descendentes, que a Hipertensão é mais prevalente que em mulheres brancas; Fatores socioeconômicos, onde quanto mais baixo maior é a prevalência de hipertensão arterial, inclusive pela alta exposição fatores de risco, lesão em órgãos-alvo e eventos cardiovasculares; Sal e sua ingestão elevada; Obesidade, onde o ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos importantes de hipertensão arterial, sendo a obesidade central um importante indicador de risco cardiovascular aumentado; Álcool onde se ingerido fora das refeições aumenta o risco de hipertensão, independentemente da quantidade ingerida; Sedentarismo; predisposição genética, fatores ambientais, dislipidemias, dentre outros (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

O tratamento da hipertensão arterial deve ser realizado utilizando-se medidas não-farmacológicas isoladas ou associadas a fármacos anti-hipertensivos sendo estes capazes de reduzir os níveis tensionais e conseqüentemente os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais (BRASIL, 2006).

Contextualizando o diabetes, trata-se de um grupo de doenças metabólicas cuja característica principal é a hiperglicemia. Além disso, está associada à complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. A doença ocorre devido a defeitos de secreção e/ou ação da insulina, destruição das células beta do pâncreas, as quais são responsáveis pela produção de insulina, resistência à ação da insulina e distúrbios da secreção da insulina.(BRASIL, 2006). Ainda de acordo com o mesmo caderno, e

[...]Considerando a elevada carga de morbi- mortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes(prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária). O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. (BRASIL, 2006, p.10)

A hiperglicemia se manifesta através de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva. Além disso, nas complicações agudas, a cetoadidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica podem levar o indivíduo à morte. Já nas disfunções crônicas, pode ocorrer disfunção e falência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sangüíneos. (BRASIL, 2006).

Conforme Gross et.al.(2002), os tipos mais freqüentes de diabetes mellitus são o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2, e quanto à sua classificação etiológica observa-se,

[...] I. Diabetes tipo 1

- destruição das células beta, usualmente levando à deficiência completa de insulina

A. auto-imune

B. idiopático

II. Diabetes tipo 2

- graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina

III. Outros tipos específicos

A. Defeitos genéticos da função da célula β

B. Defeitos genéticos da ação da insulina

C. Doenças do pâncreas exócrino

D. Endocrinopatias

E. Indução por drogas ou produtos químicos

F. Infecções

G. Formas incomuns de diabetes imuno-mediado

IV. Diabetes Gestacional (GROSS et.al., 2002, p. 19)

Ainda de acordo com o mesmo autor, o diagnóstico do diabetes baseia-se nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral(GROSS et.al., 2002) . Complementar a estes exames, está a dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c), que serve para monitorar o controle glicêmico dos pacientes diabéticos, fornecendo informações sobre o índice retrospectivo da glicose plasmática (BEM; KUNDE, 2006).

A finalidade do tratamento do diabetes mellitus 2 é manter o controle glicêmico adequado através de dieta hipocalórica, prática de exercícios físicos ou uso de medicações. Outras opções terapêuticas, podem ser utilizadas isoladamente ou em “associações: sensibilizadores da ação de insulina (metformina, tiazolidinedionas), anti-hiperglicemiantes (acarbose), secretagogos (sulfoniluréias, repaglinida, nateglinida), drogas anti-obesidade e/ou insulina”.(ARAUJO; BRITTO; PORTO DA CRUZ, 2000, p. 509)

A educação em saúde vem sendo utilizada para a prevenção dos fatores de risco comportamentais, ou condutas de risco, que são respostas às condições de vida adversas (RIBEIRO et.al., 2012). Já as ações de promoção à saúde necessitam de envolvimento

intersetorial pactuada, para tornar possível a implementação de ações articuladas com a comunidade visando promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.(BRASIL, 2005).

6 PLANO DE AÇÃO

O diagnóstico situacional é uma ferramenta que proporciona aos atores avaliar as principais características epidemiológicas da população de um território. Utilizando o método da Estimativa Rápida Participativa a equipe de saúde reconheceu as condições de vida da população do território, além das características e ambiente onde vivem as pessoas e sua distribuição, facilitando a identificação das necessidades de saúde sendo possível visualizar os problemas que afetam a população. Assim a equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG, relacionou os principais problemas que a população enfrenta. Como são vários os problemas, e a equipe não poderia resolvê-los ao mesmo tempo, foi necessário priorizá-los pois, através da análise da capacidade de enfrentamento pela equipe, importância e urgência

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), uma vez identificados os problemas de um determinado território, os mesmos devem ser categorizados como intermediários ou terminais, onde estes os vivenciados diretamente pelos usuários. Os autores ainda descrevem como problema, o obstáculo capaz de impedir determinado ator de alcançar seus objetivos.

Priorização dos principais problemas do território da equipe Nossa Senhora das Graças				
Principais Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência de DCNT (HAS e diabetes)	Alta	5	Dentro	1
Ansiedade, depressão e stress	Alta	4	Parcial	5
Doenças infecciosas	Alta	3	Parcial	3
Distúrbios digestivos	Alta	2	Fora	4
Diarréia em crianças	Alta	1	Parcial	2

*Caso mais urgente e dentro da capacidade de enfrentamento

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), são um grupo de doenças que podem provocar incapacidades, produzindo uma série de sofrimentos. Além disso elas proporcionam o aumento de custos materiais aos pacientes e suas famílias, onerando financeiramente o sistema de saúde. (MALTA, SILVA 2013). As DCNT que mais acometem as pessoas e que se destacam, são as Doenças Cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial (HA)(RIBEIRO et.al., 2012), diabetes, câncer e doenças respiratórias crônicas (SCHMIDT et.al., 2011).

No cotidiano de trabalho, visitas domiciliares e pela observação ativa do território da equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia, observou-se que boa parte da população sob responsabilidade da equipe, possui pouca percepção do risco de adoecer, baixo nível de conhecimento as doenças crônicas e as demais a qual enfrenta. Além disso, os hábitos e estilos de vida aumentam em boa parte o risco das complicações das doenças crônicas, sendo a Hipertensão e o diabetes os maiores problemas enfrentados pela equipe e pelos usuários. Assim, como consequência da alimentação inadequada, distúrbios metabólicos hereditários e sedentarismo a rotina do serviço é alterada pelo fato dos acometidos procurarem a unidade de saúde descompensados, demandando serviços imediatos. Por outro lado, observou-se as deficiências no processo de trabalho da equipe em relação ao seguimento dos pacientes com doenças crônicas.

Durante a realização do diagnóstico situacional observou-se a exposição de usuários aos fatores de risco que favorecem as DCNT, com destaque neste trabalho para a HAS e o diabetes que são doenças onde podem ser modificados os fatores de risco que favorecem acidentes vasculares e níveis glicêmicos alterados. Assim, os principais nós críticos identificados foram:

- Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença
- Hábitos e estilos de vida incompatíveis com a doença
- Sedentarismo
- Falta de regularidade na tomada de medicamentos

A partir da identificação dos nós críticos que impedem o controle da pressão arterial e dos níveis glicêmicos, foram propostas ações na tentativa de enfrentá-los, ou pelo menos reduzir o impacto na qualidade de vida dos pacientes. Para cada nó crítico elaborou-se um projeto específico visando impactar o problema principal, propondo-se soluções e estratégias de enfrentamento que fazem parte do plano de ação.

Neste trabalho, a autora procurou desenvolver projetos que são comuns e que servem como modificadores de hábitos sobre os fatores de risco comuns à HAS e diabetes mellitus.

Desenho de operações para os nós críticos do problema elevado índice de fatores de risco das DCNT na equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários

<p>Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença</p>	<p>“Sabedoria” Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos e diabéticos sobre suas doenças</p>	<p>Orientação a 90% dos pacientes sobre a morbimortalidade das patologias aos que apresentam oscilações de pressão arterial e níveis glicêmicos alterados</p>	<p>“Programa conviver”: Problematização dos sintomas, adoecimento, e como adquirir este tipo de doença, dentre outros, na forma de atividades em grupo.</p>	<p><u>Organizacionais</u> : Organização a agenda <u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar sobre a necessidade de cuidar de sí.</p>
<p>Hábitos e estilos de vida incompatíveis com a doença</p>	<p>“+ Saudável” Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p>Usuários acometidos pelas DNCT internalizando a modificação de hábitos e assumindo a responsabilidade sobre sua saúde</p>	<p>“Programa Corrida legal”: Usuários que fazem os exercicios propostos pelo educador físico e alimentando conforme orientação do nutricionista</p> <p>Programa “Tempero legal”</p> <p>Proposta de plantar legumes e hortaliças na comunidade e produção do sal de ervas(diluição do NaCl)</p>	<p><u>Organizacionais</u> : Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde.</p> <p><u>Póliticos:</u> Acordar com a prefeitura para fornecer o local para plantar verduras e demais.</p> <p><u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros e o sal (NaCl) para diluir com ervas</p>

				<u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos
Sedentarismo	“Movimento” Estimular os acometidos a participar do projeto “+ Saudável” Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício	Usuários acometidos realizam exercícios físicos conforme orientação do profissional pelo menos 5 vezes na semana e por minutos	“Programa passeio legal”: Propor caminhadas e exercícios aeróbicos e musculação e estabelecimento do lazer em forma de passeio, encontros, trabalhos voluntários que dispensem energia	<u>Organizacionais</u> : Organização da agenda do . profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecimento em todas as atividades propostas pela equipe <u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e executar atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem desta prática
Falta de regularidade na tomada de medicamentos	“Bom remédio” Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS ou diabetes mellitus) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.	Pacientes que utilizam o medicamento prescrito de forma racional e que combinado com as atividades dos projetos “+ saudável” e “Movimento saudável” Mantém níveis pressóricos ou glicêmicos controlados	“Programa Remédio bom” Estimular os usuários a tomar medicamento nos horários prescritos e com compromisso e responsabilidade com o medicamento /sua saúde	Organizacional :Adequar a agenda do farmacêutico <u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem do uso contínuo do medicamento

Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos do problema elevado índice de fatores de risco das DCNT na equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<p>“Sabedoria” Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos e diabéticos sobre suas doenças</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização a agenda <u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar sobre a necessidade de cuidar de sí.</p>
<p>“+ Saudável” Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde. <u>Póliticos:</u> Acordar com a prefeitura para fornecer o local para plantar verduras e demais. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros e o sal (NaCl) para diluir com ervas <u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos</p>
<p>“Movimento” Estimular os acometidos a participar do projeto “+ Saudável” Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda do . profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecimento em todas as atividades propostas pela equipe <u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e executar atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem desta prática</p>
<p>“Bom remédio” Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS ou diabetes mellitus) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.</p>	<p>Organizacional :Adequar a agenda do farmacêutico <u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem do uso contínuo do medicamento</p>

Análise de viabilidade do plano

Análise de viabilidade do plano do problema elevado índice de fatores de risco das DCNT na equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>“Sabedoria” Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos e diabéticos sobre suas doenças</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização a agenda <u>Póliticos:</u> Acordar com a equipe sobre a inclusão deste projeto nas reuniões de grupo operativo que funciona na unidade. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros para as atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar sobre a necessidade de cuidar de si.</p>	Médico e Enfermeiro	Favorável	Não é necessário
<p>“+ Saudável” Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda dos profissionais do NASF e equipe de saúde. <u>Póliticos:</u> Acordar com a prefeitura para fornecer o local para plantar verduras e demais. <u>Financeiro:</u> Recurso para comprar papel, caneta e outros e o sal (NaCl) para diluir com ervas <u>Cognitivo:</u> Internalizar a necessidade da mudança de hábitos</p>	Profissional de educação física e Nutricionista	Favorável.	Apresentar o projeto para a equipe do NASF

<p>“Movimento” Estimular os acometidos a participar do projeto “+ Saudável” Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não houver prática de exercício</p>	<p><u>Organizacionais:</u> Organização da agenda do profissional de Educação física <u>Póliticos:</u> Acordar com os acometidos o comparecimento em todas as atividades propostas pela equipe <u>Financeiro:</u> Lanche comunitário ou brinde para a pessoa que maior número e executar atividades. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem desta prática</p>	<p>Equipe de saúde e Profissional de educação física</p>	<p>Favorável.</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe</p>
<p>“Bom remédio” Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS ou diabetes mellitus) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.</p>	<p>Organizacional :Adequar a agenda do farmacêutico <u>Financeiro:</u> Brinde a quem usa o medicamento adequadamente. <u>Cognitivo:</u> Internalizar a vantagem do uso contínuo do medicamento</p>	<p>Farmacêutico</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe e NASF</p>

Elaboração do plano operativo

Plano Operativo para reduzir o elevado índice de fatores de risco das DCNT na equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo

<p>“Sabedoria” Proporcionar atividades informativas em grupo para os pacientes Hipertensos e diabéticos sobre suas doenças</p>	<p>Orientação a 90% dos pacientes sobre a morbimortalidade das patologias aos que apresentam oscilações de pressão arterial e níveis glicêmicos alterados</p>	<p>“Programa conviver”: Problematização dos sintomas, adoecimento, e como adquirir este tipo de doença, dentre outros, na forma de atividades em grupo.</p>	<p>Não é necessário</p>	<p>Medico</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>
<p>“+ Saudável” Proporcionar Atividades físicas pertinentes e orientação sobre a alimentação saudável</p>	<p>Usuários acometidos pelas DNCT internalizando a modificação de hábitos e assumindo a responsabilidade de sobre sua saúde</p>	<p>“Programa Corrida legal”: Usuários que fazem os exercicios propostos pelo educador físico e alimentando conforme orientação do nutricionista</p> <p>Programa “Tempero legal”</p> <p>Proposta de plantar legumes e hortaliças na comunidade e produção do sal de ervas(diluição do NaCl)</p>	<p>Apresentar o projeto para a equipe do NASF</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>Início: três meses</p>
<p>“Movimento” Estimular os acometidos a</p>	<p>Usuários acometidos realizam</p>	<p>“Programa passeio legal”: Propor</p>	<p>Apresentar o projeto para a</p>	<p>ACS</p>	<p>Inicio: três meses.</p>

participar do projeto “+ Saudável” Internalizar a necessidade e se organizar para a prática de exercício diário, e trocar por passeios ou outros programas o dia que não prática de exercício	exercícios físicos conforme orientação do profissional pelo menos 5 vezes na semana e por minutos	caminhadas e exercícios aeróbicos e musculação e estabelecimento do lazer em forma de passeio, encontros, trabalhos voluntários que dispensem energia	equipe		
“Bom remédio” Estimular o usuário desde o diagnóstico (HAS ou diabetes mellitus) a tomar o medicamento na hora conforme a prescrição.	Pacientes que utilizam o medicamento prescrito de forma racional e que combinado com as atividades dos projetos “+ saudável” e “Movimento saudável” Mantém níveis pressóricos ou glicêmicos controlados	“Programa Remédio bom” Estimular os usuários a tomar medicamento nos horários prescritos e com compromisso e responsabilidade com o medicamento /sua saúde	Apresentar o projeto para a equipe e NASF	Farmacêutico e ACS	Apresentação do projeto e 03 meses após o início.

Planilha de acompanhamento das operações

Planilha de acompanhamento das operações para o elevado índice de fatores de risco das DCNT na equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG
Operação “Sabedoria” Coordenação: Enfermeiro da ESF /Avaliação após três meses do início do projeto.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa conviver”: Problematização dos sintomas, adoecimento, e como adquirir este tipo de doença, dentre outros, na forma de atividades em grupo.	Médico	3 meses	Programa a ser implementado.	A equipe aguarda seu retorno para a unidade própria
Operação: “+ Saudável”				
Coordenação: ACS da ESF - Avaliação após três meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa Corrida legal”: Usuários que fazem os exercícios propostos pelo educador físico e alimentando conforme orientação do nutricionista Programa “Tempero legal” Proposta de plantar legumes e hortaliças na comunidade e produção do sal de ervas(diluição do NaCl)	Médico	3 meses	Programa a ser implementado.	Médico de licença médica
Operação “Movimento”				
Coordenação: Enfermeiro - Avaliação após três meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa passeio legal”: Propor caminhadas e exercícios aeróbicos e musculação e estabelecimento do lazer em forma de passeio, encontros, trabalhos voluntários que dispensem energia	Enfermeiro	2 meses	Programa a ser implementado.	Aguardando a agenda do Profissional de educação física
Operação “Bom remédio”				
Coordenação: Médico - Avaliação após seis meses do início do projeto.				
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
“Programa Remédio bom”	Farmacêutico	2 meses	Programa a ser implementado	Aguardando a agenda do

Estimular os usuários a tomar medicamento nos horários prescritos e com compromisso e responsabilidade com o medicamento /sua saúde				farmacêutico
---	--	--	--	--------------

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta intervenção foi proposta para a equipe Nossa Senhora das Graças em Santa Luzia/MG, para que juntamente da equipe multidisciplinar possa enfrentar o elevado índice de Doenças Crônicas Não Transmissíveis existentes naquele território. Os pacientes acometidos frequentemente procuram a equipe de saúde em busca de atendimentos urgentes por apresentar-se descompensados em relação a especificamente para a HAS e diabetes mellitus, apresentando oscilações de pressão arterial e/ ou de níveis glicêmicos colocando sua qualidade de vida em risco e alterando significativamente o processo de trabalho.

O plano de ação foi construído a partir dos nós críticos percebidos através da realização do diagnóstico situacional e quando observado os pacientes acometidos com estas DCNT os mesmos demonstraram não possuir conhecimentos adequados a respeito da sua doença. Assim, foram propostas ações especificamente para as DNCT mais comuns na área adscrita.

O objetivo do projeto “Sabedoria” fundamenta-se na orientação e informação ao usuário sobre a morbi-mortalidade das referidas patologias, que como produto o Programa conviver” que abordará através de atividades em grupos, trocas de experiências. Já os hábitos e estilos de vida incompatíveis com a doença, o projeto “+ Saudável” propõe atividades físicas e alimentação saudável, através do Programa Corrida legal”que estimula a prática de exercícios, permite mudança de hábitos através da sensação de bem estar e pela responsabilização do usuário sobre seu problema.

Para o sedentarismo a operação “Movimento” permite como produto o programa “passeio legal” que permite maior gasto calórico a ser realizado na academia popular do bairro. Pela Falta de regularidade na tomada de medicamentos espera-se o cumprimento da prescrição e o uso racional de medicamentos, com atividades propostas pelo farmacêutico e equipe de saúde, estimulando a internalização do problema e os benefícios resultantes.

Espera-se que com este projeto implementado, se consiga reduzir o número de pacientes descompensados com as DCNT citadas anteriormente. Para seu sucesso o trabalho dos profissionais da equipe multidisciplinar é o ponto principal para efetivar a melhoria da qualidade de vida dos pacientes pela redução dos fatores de risco que provocam oscilações dos níveis de pressão arterial e níveis glicêmicos.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Leila Maria Batista; BRITTO, Maria M. dos Santos; PORTO DA CRUZ, Thomaz R.. Tratamento do diabetes mellitus do tipo 2: novas opções. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo , v. 44, n. 6, p. 509-518, Dec. 2000
- BEM, A. F.; KUNDE, J. A importância da determinação da hemoglobina glicada no monitoramento das complicações crônicas do diabetes mellitus. **J. Bras. Patol. Med. Lab.** v. 42, n. 3, p. 185-191, junho 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasil. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasil. 28 p. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasil. 2006. 58 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis : **DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasil. 2005. 80p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- COELHO, E., B. ;NETO, M. M.; PALHARES, R.; CARDOSO, M., C., M.; GELEILETE, T., J., M.; NOBRE, F. Relação entre a Assiduidade às Consultas Ambulatoriais e o Controle da Pressão Arterial em Pacientes Hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia** , v. 85, n 3, Set. 2005

GROSS, Jorge L. et al . Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 16-26, Fev. 2002 .

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. 2014

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.9, n 4, p. 931-943. 2004

LESSA, I.; MENDONÇA, G., A., S; TEIXEIRA, M., T., B. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social . **Bol. Oficina Sainit. Panam.**, v. 120, p. 5. 1996. Disponível em: <
<http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v120n5p389.pdf>>. Acesso em: 07de janeiro de 2016.

MALTA, Deborah Carvalho e SILVA JR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: **uma revisão. Epidemiol. Serv. Saúde**. V. 22, n. 1. 2013

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio de; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília , v. 20, n. 4, dez. 2011 .

MASSIMO, Erika de Azevedo Leitão; SOUZA, Hercília Najara Ferreira de; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 3, p. 679-688, mar. 2015 .

MONTEIRO, Carlos Augusto et al . Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 1, p. 47-57, jan. 2005 .

RIBEIRO, Amanda Gomes; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; RIBEIRO, Sônia Machado Rocha. 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 .

SCHMIDT, M., I.; DUNCAN, B., B. ; SILVA, G., A.; MENEZES , A., M.; MONTEIRO, C., A.; BARRETO, S., M.; CHOR, D.; MENEZES, P., R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: **carga e desafios atuais Saúde no Brasil** 4. [Online. 9 de maio de 2011]. Disponível em <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/pdf/brazilpor41.pdf>. Acesso em 06 de janeiro de 2016.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, Set. 2007 .