

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

LUIS ALCIBÍADES DOMENECH BENITEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DA EQUIPE
MENSAGEIRO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO PEDRAS DE MARIA
DA CRUZ - MINAS GERAIS**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

LUIS ALCIBÍADES DOMENECH BENITEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIADA EQUIPE
MENSAGEIRO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO PEDRAS DE MARIA
DA CRUZ - MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Antonio Thomas Gonzaga da
Matta Machado

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

LUIS ALCIBÍADES DOMENECH BENITEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA
PREVALÊNCIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIADA
EQUIPE MENSAGEIRO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO PEDRAS
DE MARIA DA CRUZ-MINAS GERAIS**

Banca examinadora:

Profa. Dra.

Profa. Dra.

Aprovado em Belo Horizonte, em:

Dedico este trabalho:

A meus filhos e esposa,
fonte inspiradora de minhas ações pela vida.

AGRADEÇO

A Deus, por me proporcionar força no enfrentamento a obstáculos de
minha vida.

A minha equipe, pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização
deste trabalho.

“A natureza parece quase incapaz de produzir doenças que não sejam curtas.
Mas a medicina encarrega-se da arte de prolongá-las.”

Marcel Proust.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

DM	Diabetes Mellitus.
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
ESF	Equipe de Saúde da Família.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Mapa de Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais,2014.....	10
Figura 2: Localização de Pedras de Maria da Cruz em Minas Gerais.....	11
Quadro 1: Distribuição segundo faixa etária e sexo. Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014	11
Quadro 2: Relação dos problemas identificados na ESF mensageiro da saúde, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Pedras de Maria da Cruz Minas Gerais, 2014.....	13
Figura 3: Árvore explicativa do problema identificado na ESF Mensageiro da Saúde, Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.....	14
Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mensageiro da saúde, em Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.....	23
Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema elevada frequência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mensageiro da Saúde, em Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.....	25

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERÊNCIAS.....	28

1-INTRODUÇÃO

Pedras de Maria da Cruz é um município brasileiro, situado ao norte do estado de Minas Gerais. Fundação, 27 de abril de 1992. Gentílico, pedrense.

Figura 1: Mapa de Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais,2014.



1.1-HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

O espírito aventureiro dos bandeirantes foi o marco inicial na colonização do norte de Minas, onde surgiram várias comunidades ao longo do rio São Francisco. A história de Pedras de Maria da Cruz é exemplo disso. Descendente de nobre família, a Sra. Maria da Cruz desde cedo mostrou real interesse em participar da vida pública, tendo se dedicado à formação educacional das pessoas principalmente daqueles de classes menos favorecidas. Casando-se com um dos membros da família Matias Cardoso, que havia fixado residência na região, Maria da Cruz ali se instalou, onde em pouco tempo se destacou por suas ações políticas e influência junto às comunidades, conquistando facilmente a consideração e amizade de todos.

Nesse local surgiu o povoado de Pedras de Baixo, hoje Pedras de Maria da Cruz, município criado em 27 de abril de 1992.
<http://www.citybrazil.com.br/mg/citybrazil.php>

1.2-DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.

Aspectos Geográficos

Está situado à margem direita do Rio São Francisco na Micro-Região São franciscana de Januária – 157. Possui área territorial de 1.505,086 km² de extensão e caracteriza-se pela excelente qualidade de solo apropriado ao desenvolvimento de atividades agropecuárias. Sua população é de 10.534 habitantes.

Limita-se com os seguintes municípios: Ao norte: Januária; ao sul: Lontra, Japonvar e Ibiracatú; a Leste: Itacarambi e ao Oeste: São Francisco.

Figura 2: Localização de Pedras de Maria da Cruz em Minas Gerais



WWW.citybrazil.com.br

1.3-Aspectos Demográficos

Quadro 1: Distribuição segundo faixa etária e sexo. Município Pedras de Maria da Cruz.

Faixa Etária	Homem	Mulher	Total _%
00-04	(52)%	(48)%	(8)%
05-09	(51,4)%	(48,6)	(9)%
10-14	(51.4)%	(48,6)%	(11.7)%
15-19	(50,3)%	(49,7)%	(11,7)%
20-29	(53,5)%	(46,5)%	(17,0)%
30-39	(51.6)%	(48.3)%	(12.0)%
40-49	(50.6)%	(49.4)%	(11.4)%
50-59	(49,6)%	(50,4)%	(8,6)%
60-69	(50,2)%	(49,8)%	(5,6)%
70-79	(52,7)%	(47,3)%	(3,5)%
80+	(42,5)%	(57,5)%	(1,5)%
Total	(51,3)%	(48,7)%	(100)%

Fonte: IBGE.

A população predominante é do sexo masculino e a faixa etária maior representada são as pessoas compreendidas entre 20 e 29 anos de idade com 17%.

1.4- A população reside 22.84% na área urbana e 77.16% na área rural.

A população reside em sua maioria na área rural, 77.16%, aumentando assim as dificuldades na prestação de serviços aos usuários, devido à extensão territorial que exige ações programáticas que atendam às necessidades da demanda da população.

O município possui cinco equipes de Saúde da Família (ESF), sendo duas alocadas na zona urbana e três na zona rural, o que resulta em uma cobertura de 100% da população. Além disso, conta com quatro dentistas e um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) tipo 2 composto por profissionais de nível superior de diferentes áreas da saúde, tais como nutricionista, psicólogo, farmacêutico e assistente social.

A ESF Mensageiro da Saúde cuja equipe integra, é responsável por 2023 pessoas, 393 famílias desfavorecidas socialmente e está localizada na zona rural, em uma área de difícil acesso.

Por ocasião do diagnóstico situacional realizado, observou-se que a equipe realiza quase que exclusivamente atividades de atendimento à demanda espontânea e alguns programas tais como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, prevenção de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas. Além disso, tem formado grupos de homens e de mulheres, de caminhadas e visitas domiciliares.

Após a identificação dos principais problemas, foi necessário priorizar os mais importantes. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios: importância do problema; urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo. A seleção dos problemas foi feita através da análise dos pontos obtidos, conforme evidenciado no (Quadro 2).

Quadro 2: Relação dos problemas identificados na ESF mensageiro da saúde, segundo importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Pedras de Maria da Cruz Minas Gerais, 2014.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Total
Elevada freqüência de hipertensão arterial e diabetes mellitus.	09	09	06	24
Poucas ações de planejamento familiar.	10	08	05	23
Pouca inserção dos pacientes com transtorno mental no serviço de saúde.	09	05	06	20
Baixa adesão ao pré- natal.	10	06	06	22
Pouco acesso dos idosos nos diversos níveis de atenção.	08	08	05	21

Foi possível observar que o problema mais relevante na ESF Mensageiro da Saúde é a elevada frequência de HAS e DM. Considerando que tais agravos são passíveis de intervenção, pois apresentam fatores de risco modificáveis, como tabagismo, dislipidemia, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, a atuação da equipe de saúde pode favorecer ações de promoção à saúde e prevenção destas doenças.

Na contextualização do problema, identificamos que vários fatores influenciam a alta prevalência dessas doenças, sobretudo sua correta identificação. Verificou-se que o cadastro das famílias não descrevia os dados necessários para o acompanhamento adequado das pessoas. Tal situação incorria no fato do usuário não ter atendimento específico na unidade de saúde, levando-o ao uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização dos exames complementares. Além disso, evidenciou-se que há, por parte dos clientes, falta de informações sobre a doença, como a importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida, incluindo a alimentação saudável e a atividade física.

Destaca-se também a ausência de realização de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe, baixo nível de informação da população em relação à HAS e DM, alta rotatividade de profissionais na equipe e equipe de saúde incompleta. A Figura 3 representa a árvore explicativa do problema.

Figura 3: Árvore explicativa do problema identificado na ESF Mensageiro da Saúde, Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.



CADASTRO COM DADOS INSUFICIENTES

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DEFICIENTE

**CLIENTE NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO OU FAZ USO DE
FORMA INCORRETA**

CLIENTE NÃO É SUBMEIDO A EXAMES DE RASTREAMENTO

NÃO TEM MUDANÇAS NO ESTILO DE VIDA

Além dos problemas identificados, verificou-se que em toda a área de abrangência da ESF existem elevados índices de pacientes com problemas crônicos, como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, baixa adesão ao pré-natal, dentre outros problemas.

2-JUSTIFICATIVA

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) apresentam alta frequência e baixas taxas de controle na ESF Mensageiro da Saúde, o que chama a atenção, uma vez que tais agravos são considerados os principais fatores de risco para complicações cardiovasculares, como Acidente Vascular Encefálico, Infarto Agudo do Miocárdio e Doença Renal Crônica. Considerando que o acompanhamento destes usuários é inadequado e não sistematizado e sabendo-se que os fatores de risco para HAS, DM e suas complicações são passíveis de intervenções, torna-se imperativo realizar ações que favoreçam a minimização do problema.

Este plano integrado de ações estratégicas para a redução da frequência de HAS e DM na ESF Mensageiro da Saúde caracteriza-se principalmente pela proposição de estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno, considerando-se, neste contexto, quando indicado, as intervenções de tratamento coletivo. A oferta de serviços de saúde de atendimento da demanda espontânea de casos não tem sido suficiente para sua eliminação e redução da carga destas doenças.

Portanto, esforços dirigidos especificamente para a detecção precoce de casos, bem como para o tratamento do maior número de indivíduos, impactarão na redução do surgimento de novos casos e de suas consequências.

Ao final da intervenção, acredita-se que há o potencial para melhoria da qualidade de vida de portadores de DM e HAS na área adscrita, juntamente com a minimização da frequência destes agravos.

3-OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

- ❖ Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Mensageiro da Saúde do município Pedras de Maria da Cruz-MG.

3.2 Objetivos Específicos

- 3.2.1 Identificar os fatores determinantes da alta incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus em pacientes residentes na área de abrangência da ESF mensageiro da saúde (idade, sexo, raça, hábitos tóxicos, hábitos alimentares, não acompanhamento pela equipe, educação em saúde suficiente).
- 3.2.2 Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada.
- 3.2.3 Propor ações para reduzir a taxa de incidência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área de abrangência.

4-METODOLOGIA

Para a elaboração do plano de intervenção será realizada uma revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como Scientific Eletronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Regional de Medicina (BIREME) por meio dos seguintes descritores: hipertensão e estratégia saúde da família. Será utilizado o método de planejamento denominado Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processado os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF mensageiro da saúde, será elaborado um plano de ação para enfrentamento do problema identificado como prioritário.

O presente estudo consiste nas seguintes etapas:

1ª Etapa: Sensibilização dos Secretários de Saúde e logo após o de Educação sobre o assunto abordado.

2ª Etapa: Reunião educativa sobre a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com todos os membros de equipe e algumas líderes da comunidade.

3ª Etapa: Recadastramento de 100 % de Hipertensos e Diabéticos assim como alguns pacientes com fatores de risco identificados.

4ª Etapa: Educação em Saúde na população alvo.

5ª Etapa: Acompanhamento dos casos identificados como de risco.

As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas e capacitações da equipe multidisciplinar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Ao final da intervenção, espera-se que a gestão central apoie e fortaleça este tipo de ação realizada pelos demais profissionais, e que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades.

5-REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS e DM apresentam alta incidência e baixas taxas de controle no Brasil e são considerados os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Destaca-se que portadores destes agravos que não realizam acompanhamento adequado, com uso de medicações e realização periódica de exames, além de praticarem hábitos alimentares inadequados estão susceptíveis às complicações dessas doenças (BRASIL, 2013).

Pode-se perceber que nas últimas décadas, registrou-se no Brasil e em muitos outros países mudanças relevantes e significativas no perfil de mortalidade da população evidenciado pelo aumento de óbitos devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com um grande destaque para a HAS e DM. Tal padrão de mortalidade está relacionado com mudanças no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico que contribuíram para a transição epidemiológica (BRASIL, 2013).

Ao compreender o assunto das DCNT com caráter crônico, progressivo e silencioso, fica evidente que o cliente deve ser acompanhado pelo serviço de saúde periodicamente, embora, muitas vezes, possa parecer saudável. Tal acompanhamento se faz indispensável para a identificação de fatores de risco e a possibilidade de se atuar sobre eles, além de minimizar as complicações dos agravos já diagnosticados. (BRASIL, 2013).

De fato, um fator de risco importante que contribui para o aumento da pressão arterial é o peso, ou seja, o sobrepeso e a ansiedade, sendo detectados através da avaliação do estado nutricional (SAMPAIO, 2010).

Vale salientar que pessoa hipertensa necessita de um monitoramento constante e também mudanças de hábitos de vida, que incluem o uso dos medicamentos, o controle alimentar e a realização de atividades físicas. Tudo isso indica a importância de ações de prevenção e controle da doença para

melhoria da qualidade de vida dos hipertensos, sempre visando a diminuição das complicações decorrentes da doença, além de obter um resultado relevante na questão da redução do número de óbitos dela decorrentes. Por isso, a abordagem da HAS constitui também um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas e indivíduos hipertensos. (PIRES; MUSSI, 2008).

As DCNT, nas quais se incluem os grupos de agravos cardiovasculares, respiratórios, câncer e DM realmente respondem por uma mortalidade elevada em nosso meio e são determinadas por diversos fatores. Classicamente, o fumo, o baixo consumo de frutas e hortaliças, o sedentarismo e o alcoolismo contribuem fortemente para o aparecimento de tais agravos (DUNCAN; *et al.*, 2012).

Destaca-se também as implicações da HAS e DM na saúde dos portadores. Estudo atual sobre o perfil de pacientes em terapia substitutiva renal, ou seja, pacientes com insuficiência renal, mostrou que grande parte deles apresentava como doença de base a HAS e a DM (CHERCHIGLIA; *et al.*, 2010).

A prevenção e controle da HAS e DM no Brasil é um desafio. A implantação da ESF trouxe um ganho significativo na abordagem dessas patologias. No entanto, a minimização dos fatores de risco ainda é algo a ser trabalhado de maneira interdisciplinar (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2007).

É importante destacar que apenas as medidas farmacológicas são insuficientes para o adequado controle da HAS e DM, sendo necessárias intervenções que favoreçam o autocuidado dos indivíduos e suas famílias (ZAVATINI; *et al.*, 2010).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de Atenção Básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que produzam os bons resultados. Os objetivos mais importantes das ações de Saúde em HAS e DM são o controle da pressão arterial e o nível de glicose e a redução da morbimortalidade causada por essas duas patologias. Portanto fazer uma intervenção educativa,

sistematizada e permanente com os profissionais de Saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (CAMPBELL et al., 2003).

Vale lembrar que ambas são afecções silenciosas, isto é as alterações vão progredindo sem a manifestação de sinais e sintomas. Normalmente são diagnosticadas quando já há importantes modificações no organismo. Outrossim, são moléstias previsíveis quanto ao surgimento e em alguns casos, controláveis, permitindo que as pessoas acometidas possam ter qualidade de vida e menores possibilidades de complicações e a redução da gravidade. Portanto, são processos que podem ser desenvolvidos ao longo da vida do sujeito. O aparecimento, ano a ano, de mais pessoas em diferentes graus de morbidade, define estes agravos como um problema de saúde pública. As ações, nesse âmbito, incluem mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, entre outros, e a educação em saúde torna-se ferramenta para o ensino às pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações (BRASIL, 2013).

6- PLANO DE INTERVENÇÃO

Este plano integrado de ações estratégicas para a diminuição de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, problemas identificados através de estimativa rápida caracteriza-se principalmente pela proposição de estratégias de busca ativa de casos e tratamento oportuno, considerando-se, neste contexto, quando indicado, as intervenções de tratamento coletivo. A oferta de serviços de saúde de atendimento da demanda espontânea de casos não tem sido suficiente para sua eliminação e redução da carga da doença.

Para elaboração do plano de intervenção, foram elencados os nós críticos. Esses são definidos como um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de impactar a questão principal e transformá-la (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os nós críticos elencados foram:

- Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.
- População pouco informada.

Os Quadros 3 e 4 apresentam as operações necessárias para abordagem do problema identificado.

Quadro 3: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema elevada freqüência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mensageiro da saúde, em Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema.
Operação	Estabelecer práticas para a busca e identificação precoce e ativa dos fatores de riscos.
Projeto	Linha de cuidado para identificar e acompanhar as pessoas com fatores de risco para HAS e DM, incluindo a realização de ações de prevenção dessas doenças.
Resultados esperados	Identificar e acompanhar o mínimo 70% das pessoas com fatores de risco para HAS e DM.
Produtos esperados	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Protocolos implantados. Recursos Humanos capacitados. Regulação implantada. Gestão da linha de cuidado implantada.
Atores sociais/responsabilidades	Amostra de população e a equipe mensageiro da saúde.
Recursos necessários	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Cognitiva – Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolo Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos). Organizacional-Adequação de fluxos (referência e contra-referências).
Recursos críticos	Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde
Controle dos recursos	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde

críticos / Viabilidade	Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação o projeto para a coordenação municipal da atenção primária da saúde. Recursos humanos capacitados.
Responsáveis	Dr. Luis Alcibíades Domenech Benitez.
Cronograma / Prazo	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Inicio em junho 2014 e término agosto 2014 Protocolos implantados. Setembro 2014 Recursos Humanos capacitados. Outubro 2014 Regulação implantada. Inicio em novembro 2014 e termino janeiro 2015 Gestão da linha de cuidado implantada. inicio em fevereiro 2015 e termino abril 2015
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Linha de cuidado para pacientes com risco de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus elaborado. Protocolos implantados. Editados. Recursos Humanos capacitados Regulação implantada. Em discussão. Gestão da linha de cuidado implantada. Em processamento.

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema elevada freqüência de hipertensão arterial e diabetes mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Mensageiro da Saúde, em Pedras de Maria da Cruz, Minas Gerais, 2014.

Nó crítico 2	População pouco informada.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre hipertensão e diabetes.
Projeto	Saiba mas sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.
Resultados esperados	Oferecer informação a população sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão ao tratamento. Realizar os grupos operativos com datas fixas semanalmente, palestras em comunidades. Durante as visitas domiciliares monitorizar o uso adequado do tratamento. Durante reuniões com comunidades e líderes trabalhar a promoção de saúde.
Produtos esperados	Avaliação de nível de informação da população. Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos agentes comunitários de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	População, setores sociais e a equipe.
Recursos necessários	Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes. Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, esfigmomanômetros para técnicos de enfermagem e glicômetro. Cognitivo-Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas Organizacional-Organizar agenda

Recursos críticos	Político- conseguir espaço na divulgação local. Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: setor de comunicação social. Motivação: indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto. Apoio das associações.
Responsáveis:	Dr. Luis Alcibíades Domenech Benitez.
Cronograma / Prazo	Avaliação de nível de informação da população. Início: junho 2014 e término: setembro 2014. Campanha educativa na rádio local. Início: outubro 2014 e término: dezembro 2014. Capacitação dos agentes comunitários de saúde: Início em janeiro 2015 e término Abril 2015.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação de nível de informação da população. Determinado Campanha educativa na radio local. Sensibilizados. Capacitação dos agentes comunitários de saúde. Capacitados.

O monitoramento e avaliação são considerados úteis na melhoria da qualidade dos serviços e devem ser um processo crítico e reflexivo. Portanto, fizemos uma análise sistemática e periódica das informações e indicadores de saúde dentro da população, juntamente com a equipe, visando observar se as atividades e ações estão executadas adequadamente e os resultados esperados alcançados.

7- CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho criou a oportunidade de uma nova experiência. A busca dos conteúdos a serem utilizados foi de grande importância, pois amadurecemos os conhecimentos e opiniões não somente com referência às patologias estudadas, mas também no trabalho em grupo com educação em saúde. O plano de intervenção foi focado na intensificação de busca ativa de casos de HAS e DM, em todas as áreas cobertas pela atenção básica de saúde, com ênfase em áreas rurais de risco e na busca de casos em áreas de maior concentração de pobreza.

Resultados preliminares demonstram que 50% da população de hipertensos e diabéticos foram identificados e acompanhados, demonstrando o potencial do plano de ação para o enfrentamento da HAS e DM na área adstrita e a possibilidade de melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

REFERENCIAS

ARAUJO, Jairo Carneiro de; GUIMARAES, Armênio Costa. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, n. 3, p. 368-374, June 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/ UFMG, Coopmed, 2010.

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

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal et al . Perfil epidemiológico dos pacientes em terapia renal substitutiva no Brasil, 2000-2004. Rev. Saúde Pública, São Paulo. v. 44, n. 4, p. 639-649, Aug. 2010 .

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012 .

[HTTP://WWW.CITYBRAZIL.COM.BR/MG/CITYBRAZIL.PHP](http://www.citybrazil.com.br/mg/citybrazil.php) PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. Ciência e Saúde Coletiva, 2008. v.13, n.2, p.2257-2267, 2008.

SAMPAIO, L. R. Avaliação Nutricional e Envelhecimento. Revista Nutrição, Campinas, 2010. v. 12, n. 12, p. 15 – 22, 2011.

ZAVATINI, Márcia Adriana; OBRELI-NETO, Paulo Roque; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Estratégia saúde da família no tratamento de doenças crônico-degenerativas: avanços e desafios. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 31, n. 4, p. 647-654, Dec. 2010.