

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

**SUMARA FERREIRA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS  
DE CONTROLE E PREVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.**

**MONTES CLAROS- MINAS GERAIS**

**2018**

**SUMARA FERREIRA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS  
DE CONTROLE E PREVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

**MONTES CLAROS- MINAS GERAIS**

**2018**

**SUMARA FERREIRA**

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: ESTRATÉGIAS  
DE CONTROLE E PREVENÇÃO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MONTES CLAROS/MG.**

**Banca examinadora**

Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos - UFMG

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2018.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a minha mãe, e toda minha família,  
pelo amor e pela confiança no meu potencial.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, pela força e sustentação que me deste, e que mesmo quando desacreditada e perdida nos meus objetivos, pensei em desistir me sustentastes e me levantastes para seguir o meu caminho com amor e dedicação.

Agradeço a todos que de forma direta ou indireta fizeram parte da realização desta jornada aos meus amigos e familiares o meu muito obrigada.

## RESUMO

A promoção à saúde, controle e prevenção de agravos consistem como importantes elementos que integram o trabalho das equipes de estratégia saúde da família nos municípios brasileiros. A atuação preventiva e a intervenção em saúde são elementos essenciais para o controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus. As doenças crônicas degenerativas impactam significativamente a saúde pública, em decorrência de sua prevalência e elevado grau de morbidade, já que representam um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas, e complicações secundárias que reduzem significativamente a qualidade e a expectativa de vida das populações acometidas pelo problema. As doenças crônicas degenerativas são problemas graves, e de difícil controle, cujo caráter assintomático, a ausência de medidas de controle e a baixa adesão ao tratamento farmacológico elevam continuamente os índices de mortalidade em todo mundo. A educação em saúde. A implementação de um protocolo de tratamento sistematizado capaz de proporcionar melhor assistência por meio de um olhar profissional, e a necessidade de intervenção no problema são elementos bases que justificam a realização desta pesquisa. Assim, considerando tais aspectos o objetivo deste trabalho consistiu em propor um plano de intervenção para redução de complicações dos pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão no território de abrangência da Unidade básica de saúde Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais. O método adotado para condução do estudo foi, a realização de um estudo com caráter descritivo sustentado pela pesquisa de campo, e fomentado por conteúdos literários que propiciarão informações necessárias para construção do plano de intervenção. O plano foi elaborado a partir da realidade vivenciada em campo e suas ações aplicam-se a toda equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família de forma a auxiliar no tratamento sistematizado para redução da incidência e prevenção de agravos em decorrência do Diabetes e da Hipertensão Arterial. As medidas de intervenção se fazem como elementos extremamente necessário no controle de doenças crônicas, e é de fundamental importância o apoio ao estilo de vida saudável, a educação e promoção em saúde e a detecção precoce do problema e devem manter local de destaque nos sistemas de serviços e saúde.

**Palavras-chave:** Diabetes *mellitus*. Saúde da Família. Hipertensão.

## **ABSTRACT**

The promotion of health, control and prevention of diseases consist of important elements that integrate the work of family health strategy teams in Brazilian municipalities. Preventive action and health intervention are essential elements for the control of chronic diseases such as systemic arterial hypertension and diabetes mellitus. Chronic degenerative diseases have a significant impact on public health, due to their prevalence and high morbidity, since they represent one of the main risk factors for the onset of heart disease, and secondary complications that significantly reduce quality and life expectancy of the populations affected by the problem. Chronic degenerative diseases are serious, difficult to control problems, the asymptomatic nature of which, the absence of control measures and the low adherence to pharmacological treatment continually raise morbidity rates worldwide. Health education. The implementation of a systematized treatment protocol capable of providing better assistance through a professional look, and the need for intervention in the problem are basic elements that justify this research. Considering these aspects, the objective of this study was to propose an intervention plan to reduce the complications of patients with Diabetes and Hypertension in the territory of the Jatobá Basic Health Unit located in Vila Atlântida II Neighborhood in the Municipality of Montes Claros - Minas Gerais General. The method adopted for conducting the study was the carrying out of a descriptive study supported by the field research, and fomented by literary contents that will provide information necessary for the construction of the intervention plan. The plan was drawn from the reality lived in the field and its actions apply to all multidisciplinary team of the Family Health Strategy in order to assist in the systematic treatment to reduce the incidence and prevention of diseases due to Diabetes and Hypertension. Interventions are essential elements of chronic disease control, and support for healthy lifestyles, education and health promotion, and early detection of the services and health.

**Keywords:** Diabetes mellitus. Family Health. Hypertension.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
HA	Hipertensão Arterial
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1-</b> Localização do Município de Montes Claros MG.	13
<b>Figura 2-</b> Localização do Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros.	14
<b>Figura 3.</b> Valores de referencia para diagnostico em diabetes.	34
<b>Quadro 1-</b> Estimativa do perfil da população atendida.	22
<b>Quadro 2-</b> Distribuição das principais buscas por consultas mensais.	23
<b>Gráfico 1-</b> Distribuição das principais buscas por consultas mensais.	23
<b>Quadro 3-</b> Problemas de saúde mais prevalentes.	24
<b>Quadro 4</b> Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Jatobá, Unidade Básica de Saúde Bairro Vila Atlântida II, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.	25
<b>Quadro 5:</b> Nós críticos e respectivos níveis de problema da área.	43
<b>Quadro 6 –</b> Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: A alta prevalência de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas como o diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão no território da UBS do bairro Vila Atlântida II no Município de Montes Claros Minas Gerais.	44
<b>Fluxograma 1 -</b> Dinâmica que envolve as ações a serem realizadas.	40

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.	13
1.1 Aspectos gerais do município.	14
1.2 Aspectos da comunidade.	16
1.3 O sistema municipal de saúde.	17
1.4 A Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Atlântida.	18
1.5 A Equipe de Saúde da Família Jatobá, da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Atlântida.	19
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jatobá.	19
1.7 O dia a dia da equipe Jatobá, da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Atlântida.	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	25
2 JUSTIFICATIVA	27
3 OBJETIVOS	28
3.1 Objetivo geral	28
3.2 Objetivos específicos	28
4 METODOLOGIA	29
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	30
5.1 Doenças crônicas	30
5.2 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	31
5.3 Diabetes <i>Mellitus</i>	33
5.4 O papel das equipes de estratégia e saúde da família no combate aos agravos das doenças crônico degenerativas	35
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	38
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	38
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	39
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	42
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	43
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46

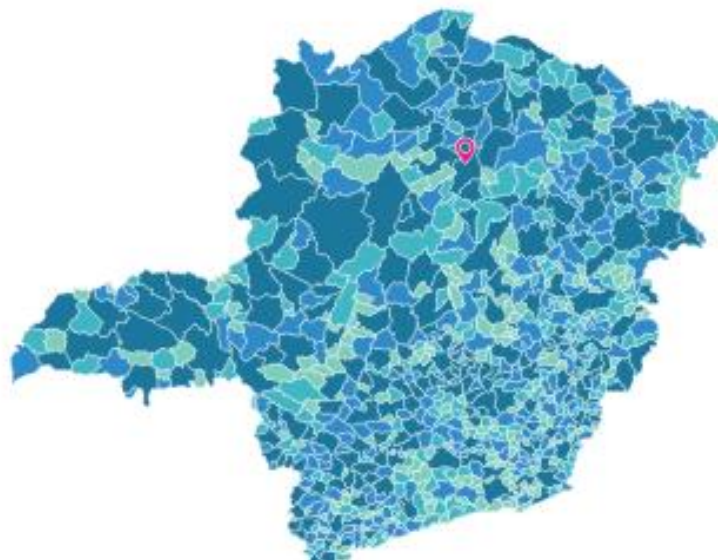
**REFERÊNCIAS**  
**APÊNDICE A**  
**ANEXO A**

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

O município de Montes Claros é uma cidade localizada no Norte de Minas e segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -IBGE, (2018) trata-se da sexta mais populosa cidade do estado. Em seu ultimo censo demográfico realizado em 2010 o Município revelou-se com média de 361. 915 habitantes. A cidade esta localizada a 422 km da capital do estado belo horizonte. O Índice de Desenvolvimento Humano do Município (IDH) é de 0,868. A Figura 1 exemplifica a localização a Nível estadual do Município.

**Figura 1-** Localização do Município de Montes Claros MG.



**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, (2018).

O município subdivide-se em uma área de 3 568,941 km<sup>2</sup> distribuídos em zona urbana e rural sendo 10 distritos e 200 bairros centrais e periferias. A cidade de montes claros possui clima predominantemente quente e seco com baixo percentual pluviométrico, a vegetação é do tipo cerrado (IBGE, 2018).

O município de Montes Claros é uma cidades com elevado percentual de população transeunte principalmente por localizar-se em uma área de entroncamento rodoviário, ligando grandes malhas rodoviárias de escoamento produtivo e industrial do país (IBGE, 2010).

A cidade de Montes Claros possui mais de 160 anos, foi emancipada no século XX, e é reconhecida como polo de desenvolvimento do Norte de Minas em virtude do importante papel que desempenha na indústria, comércio, área da educação e formação e de prestação de serviços (PREFEITURA MUNICIPAL DE MONTES CLAROS, 2012).

## 1.2 Aspectos da Comunidade

A comunidade objeto deste estudo trata-se da microrregião de atuação da equipe de estratégia saúde da família da Unidade Básica de Saúde Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.

O bairro Vila Atlântida II, consiste em um bairro localizado na periferia da cidade em uma região de vulnerabilidade social, com unidades habitacionais carentes em sua maioria construídas em áreas de risco com terrenos espalhados por propriedades próprias, alheias, públicas e particulares. De acordo com Caldeira, (2013) o bairro Vila Atlântida II, surgiu na década de 50, quando ainda era em sua maior parte composto por chácaras que faziam parte da zona rural do município.

**Figura 2-** Localização do Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros



**Fonte:** Google maps, (2018).

A população é composta por crianças, jovens, adultos e idosos com faixa etária entre 0 a 78 anos. A maior parte da população da área de abrangência da equipe estratégia saúde da família do Bairro Vila Atlântida II possui idade entre 25 e 50 anos idade.

A renda média familiar no bairro esta em até no máximo 2 (dois) salários mínimos. O ambiente físico é caracterizado pela ausência de calçamentos nas ruas (asfalto) sendo em sua maioria ruas de chão batido, com iluminação limitada. Alguns lotes vagos são tomados por campos de futebol improvisados sem qualquer infraestrutura. A maior parte da população possui nível de escolaridade e de alfabetização médio apresentando alguns casos de analfabetismo.

As habitações são caracterizadas em alguns casos por moradias precárias, variando com habitações com boa infraestrutura, mas com residências compostas de famílias densamente povoadas (média de 8 moradores por família).

A área conta com comércios como: bares, sorveterias, mercearias. Os serviços públicos ofertados a comunidade são: escola municipal, policiamento, água potável, unidade básica de saúde, transporte público, disponibilização de unidade para assistência médica e sanitária, controle de doenças transmissíveis, vigilância sanitária.

O bairro recebe serviços básicos como a coleta de lixo semanal, limpeza a maior parte do bairro possui tratamento de água e esgoto em domicílios, estando incluso apenas aquelas que estão instaladas em terrenos ou em situação irregular em que não configuram-se como domicílios privando a da oferta de serviços públicos básicos como saneamento, iluminação etc.

A área de atuação da equipe ESF da Unidade Básica de Saúde Jatobá enfrenta inúmeros aspectos, problemas e dificuldades sociais como o desemprego, ausência de moradia própria, dificuldades financeiras, problemas de saúde crônicos, miséria, ausência de lazer e qualidade de vida.

Outros problemas identificados na comunidade são: alto índice de consumo de álcool e outras drogas, violência doméstica e outras formas de violência. A desigualdade em todas as suas formas é evidenciada na periferia da cidade levando ao estopim e todas suas consequências sociais.

### **1.3 O Sistema Municipal de Saúde**

O Sistema Municipal de Saúde consiste na oferta e disponibilização da população local aos serviços que lhes são por direito garantidos pela a Constituição de 1988 que prevê a o direito a saúde a todos os cidadãos brasileiros.

Os sistemas Municipais de saúde de modo geral regem sob o principio da autonomia e da articulação e tem como princípio de descentralização as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Únicos de Saúde - SUS na busca de eficácia no cumprimento das demandas sociais que lhes destinam.

O sistema Municipal de Saúde constitui-se em um sistema que atua em parceria com as outras instituições de saúde nas mais diversas esferas para disponibilizar os cuidados em saúde do município, que englobam a referência e a contrarreferência por meio de um fluxo de acolhimento, encaminhamento do usuário seguindo um padrão voltado à complexidade e o risco de cada caso, além da capacidade de enfrentamento e cuidado baseada no nível do menor para o de maior poder de resolutividade. Inversamente, ocorre continuamente o sistema de contrarreferência no município.

O sistema Municipal de Saúde e o Plano Municipal de Saúde – PMS A partir da perspectiva de melhor orientação, destinação e transparência na execução dos recursos financeiros provindos do financiamento do governo federal.

O sistema de saúde do Município de Montes Claros foram estipulados à partir da necessidade de fornecer a população, o acesso e a proteção da saúde, de forma individual e coletiva, realizados pela Atenção Primária à Saúde – APS, pelas Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e demais centros de cuidados especializados, disponibilizando aos usuários do SUS.

O sistema de saúde da cidade de Montes Claros possui 224 estabelecimentos de saúde, sendo 116 estabelecimentos de saúde integrantes do SUS, englobando Unidades Básicas de Saúde, assistência farmacêutica, assistência odontológica, prontos-socorros e serviços especializados, entre hospitais, postos de saúde, prontos-socorros e serviços odontológicos especializados, centro de atenção psicossocial, hospitais, vigilância em saúde, serviço de atendimento móvel de urgência entre outros, disponibilizando a comunidade local e demais usuários de

outros municípios da região, à assistência e o acesso ao sistema Único de Saúde (SUS).

#### **1.4 A Unidade Básica de Saúde Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.**

As Unidades Básicas de Saúde são locais destinados ao trabalho das Equipes de Atenção Básica, equipes de Saúde da Família, e são estruturas fundamentadas pela Política Nacional de Atenção Básica e mantidas pelos municípios, em parceria com os estados e o governo federal.

As unidades básicas de saúde nos municípios desenvolvem dentro do sistema municipal de saúde um conjunto de ações e serviços destinada à população, ampliando a atuação sobre a necessidade de saúde específica de cada território em busca de alternativas aos problemas de saúde e vigilância epidemiológica adequadas as realidades.

A Unidade Básica de Saúde Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais que atua por meio de programas e diretrizes assistenciais de prevenção e promoção à saúde da população do território do qual ela se insere. A Unidade de Saúde da Equipe Vila Atlântida II que abriga a Equipe jatobá, foi inaugurada há cerca de 2 anos. A unidade de saúde são espaços destinados ao atendimento em saúde e suas dimensões físicas das UBS municipais são mantidas em caráter permanente em determinado bairro ou região da cidade, os espaços físicos e as edificações podem variar de acordo e em função as características de cada população a ser atendida.

A localização da UBS foi pré-definida antecedendo sua instalação, após identificar a área de melhor acessibilidade e de maior risco e vulnerabilidade social e econômica. A Unidade Jatobá – Vila Atlântida II esta localizada no Endereço: rua novo milênio, nº 21.

A UBS é mantida em uma estrutura com boas condições de edificação, instalações relativamente novas construídas especificadamente a este fim, com um espaço suficiente para atender a comunidade. É uma casa alugada, adaptada para ser uma Unidade de Saúde.

A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área pode ser considerada



inadequada considerando a demanda e a população atendida.

Mas mesmo com todos os recursos e estruturas disponíveis ao cuidado e ao trabalho em saúde, na UBS, os serviços públicos municipais passam por necessidade de melhorias em diversos níveis como: estrutura física, recursos tecnológicos, recursos humanos, dentre outros.

### **1.5 A Equipe de Saúde da Família Jatobá, da Unidade Básica de Saúde do Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.**

O município conta com outros programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa Saúde da Família no âmbito do Município é o modelo assistencial fundamentado nas diretrizes do SUS, em ações de promoção à saúde através da atuação multiprofissional em um território, onde são estabelecidas ações a partir do reconhecimento da realidade local e das necessidades de sua população e dos problemas de saúde do território e da comunidade.

A promoção da saúde da família atua na qualificação e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, e ocorre por meio do estabelecimento de linhas de cuidado capazes de promover a integralidade e a longitudinalidade a partir de ações de auxílio, tratamento e prevenção de situações problema (AFONSO; COUTINHO, 2010).

A unidade conta com uma equipe do programa Estratégia saúde da família composta por médicos, agentes comunitários de saúde, recepcionista, enfermeiros.

O trabalho também ocorre de forma multiprofissional através de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) entre outros profissionais que atuam de forma direta e indireta no trabalho em saúde realizado pela equipe.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de alguns anos de luta da associação. A unidade, atualmente, só conta com uma equipe: médica, enfermeiro, não contamos com dentista.

A equipe trabalha mediante a difícil realidade do trabalho em bairros periféricos e com alta vulnerabilidade social. A equipe por vezes se depara com, mas condições de trabalho, dificuldade de adesão e respeito à comunidade, problemas com segurança, insalubridade e periculosidade, problemas e dificuldades no deslocamento para área, falta de recursos materiais, aparelhos e equipamentos. A

falta desses materiais constituiu-se em foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação do PSF e o gestor municipal de saúde.

A ausência de incentivos, sistemas e programas motivacionais e capacitação também são identificadas como barreiras para atuação das equipes de ESF na comunidade.

A equipe vem atuando nos principais determinantes do processo saúde/doença extraídos de indicadores pré-identificados ao longo da estratificação do perfil da população e das principais características dos usuários.

O trabalho dos profissionais da ESF da Unidade Jatobá na Vila Atlântida II engloba a análise de aspectos como principais problemas de saúde apresentado pelas famílias, casos de doenças crônicas acompanhamento e orientando as famílias, controlando a incidência de doenças na comunidade por meio da prática assistencial baseada em critérios pré-estabelecidos e diretrizes do programa Saúde da Família.

Os profissionais envolvidos no trabalho em saúde das famílias buscam atuar de forma sistemática, autônoma, criativa, ética e preventiva através de mediações, projetos e intervenções.

Reafirmando o que conforme Munari; Lucchese; Medeiros, (2009) espera-se do trabalho em saúde da família. Uma atuação ética multiprofissional, com referência e contra referência a fim de evitar situações de risco que afetam negativamente a saúde das populações.

## **1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.**

O atendimento realizado pelas equipes de estratégia saúde da família a comunidade do Bairro Vila Atlântida II subdivide-se em: acompanhamento e visitas domiciliares no território, acolhimento e triagem, consultas e avaliações grupos operativos, grupos terapêuticos, estratégias de educação e de vigilância em saúde.

O funcionamento da unidade ocorre entre 7:00 h as 17:00 horas. Para o perfeito funcionamento, é necessário o apoio dos agentes comunitários de saúde, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades

relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade.

Os principais tipos de serviços prestados na UBS são consultas médicas agendadas, consultas de demanda espontânea, urgências, atendimento de cuidado continuado, acompanhamento de gestantes, pré-natal, distribuição de preservativos, puericultura, acompanhamento de hipertensos e diabéticos, crianças desnutridas, grupos de risco (etilistas e fumantes), entre outros.

### **1.7 O dia a dia da equipe Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.**

O trabalho no dia a dia da equipe Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros consiste em realizar atividades através da prestação de serviços de atendimento, tratamento, consultas clínicas, ações de prevenção e cuidado relacionadas à saúde da comunidade diariamente na qual se insere no território da equipe ESF, área esta de grande vulnerabilidade social, o trabalho executado pela equipe consiste na construção de estratégias de promoção, e cuidado a saúde da comunidade por meio da atenção sanitária, educação em saúde, prevenção e cuidados a saúde coletiva.

Os profissionais possuem uma rotina pré-estabelecida, programada pelos coordenadores e pela equipe de modo antecedente. São projetadas todas as atividades que serão realizadas, incluindo os recursos humanos físicos e materiais necessários para sua execução.

São feitas montagens de cronogramas e de materiais com conteúdos em educação em saúde, realizadas montagens de planilhas com dados epidemiológicos do território e perfil da população.

Diariamente realizam visitas domiciliares subdivididas em grupos e áreas em que prestam a atenção a famílias. Cada grupo profissional recebe um número de famílias para que acompanhamento sistematicamente o trabalho em saúde efetivando o melhor acolhimento, acompanhamento e a referência e contra referência.

Entre o processo de trabalho que se inicia desde o acolhimento até o encaminhamento para consultas especializadas, todos os profissionais participam de atividades como grupos em saúde.

O tempo de trabalho da Equipe Jatobá está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas.

A equipe criou também grupo de hipertensos e diabéticos, para melhor acompanhamento dos casos no território. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões.

A equipe realiza pesagens de crianças, acompanhamento do sisvam, registros em documentos, organização de prontuários, agendamentos de consultas, atendimentos a comunidade, organização e controle de dados extraídos do território.

No dia a dia a atuação profissional ocorre em modelo de parceria em visto que o trabalho das equipes de saúde envolvem diretamente inúmeros profissionais como psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas entre outros. As equipes possuem no seu cronograma tempo determinado para atividades coletivas, internas, individuais e administrativas.

Toda equipe de saúde da família Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros possuem papéis importantes na efetivação e no fortalecimento dos serviços da atenção primária a saúde e do SUS.

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

O reconhecimento da área de atuação da equipe estratégia saúde da família é um importante aspecto que torna a atuação profissional mais eficiente e direcionada.

O trabalho de identificação dos principais problemas de saúde do território possibilita traçar ações, potencializar o trabalho para construção de um diagnóstico situacional da área.

Assim em uma sinterização da estimativa do perfil da população atendida pela equipe Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros é apresentada, a seguir, no quadro 1.

**Quadro 1-** Estimativa do perfil da população atendida.

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>FEMININO</b>	<b>TOTAL</b>
0-4 ANOS	85	53	138
5-9 ANOS	80	58	138
10-19 ANOS	233	96	329
20-60 ANOS	919	470	1389
60+ ANOS	121	68	189
<b>TOTAL</b>	<b>1438</b>	<b>745</b>	<b>2183</b>

Fonte: A autora, (2018).

O maior contingente populacional em todas as microáreas, são homens e mulheres com idade de 20 a 60 anos. População considerada ativa e produtiva.

O segundo maior contingente populacional identificado na área de atuação da equipe estratégia saúde da família do Bairro Vila Atlântida II são jovens e adolescentes, em idade escolar, o que apresenta maior probabilidade de problemas correlacionados a faixa etária como consumo de álcool e outras drogas, doenças sexualmente transmissíveis, já que jovens correm risco maior desse tipo de problema.

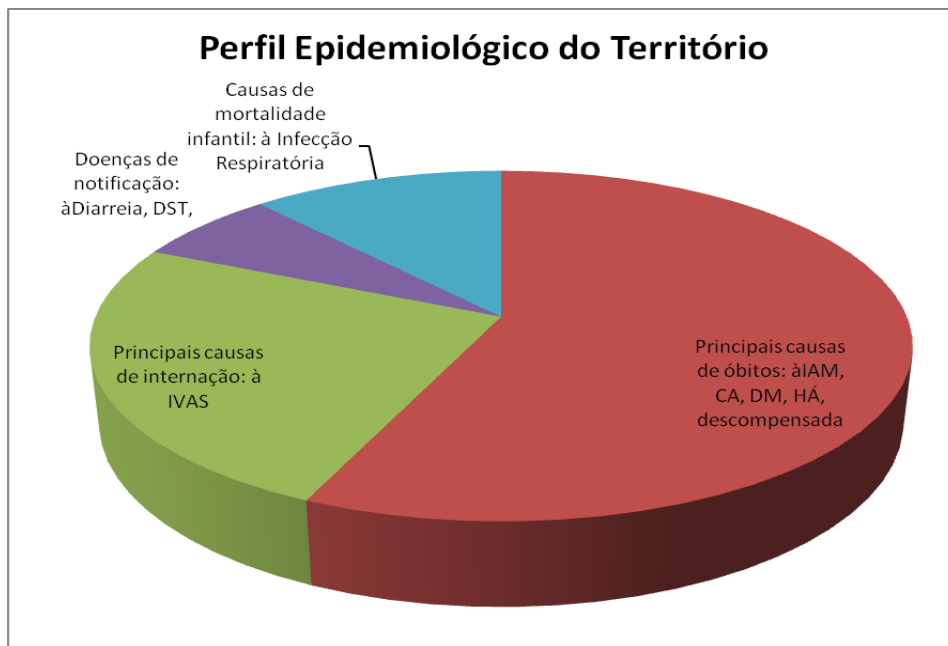
O quadro 2 demonstra a distribuição das principais buscas por consultas, entre casos confirmados e motivos de buscas por atendimento registrados pela equipe estratégia saúde da família do Bairro Vila Atlântida II.

**Quadro 2-** Distribuição das principais buscas por consultas mensais.

Distribuição das consultas de medico e enfermeiro segundo os programas e área de PSF, 2017.	
Puericultura	25
Pré-natal	20
Hipertensão	135
Diabetes	70
Câncer	3
Tuberculose	0
Hanseníase	0
Total	

Fonte: A autora, (2018).

Foram identificados aspectos relevantes sobre o perfil epidemiológico do território como exemplificado no gráfico 1 abaixo:

**Gráfico 1-** Distribuição das principais buscas por consultas mensais.

Fonte: A autora, (2018).

A partir do diagnóstico realizado pela equipe de saúde da família em conjunto com dados extraídos da unidade de saúde UBS foi possível traçar uma estimativa rápida dos principais problemas de saúde e os principais riscos de morbidade a população evidenciados na área de abrangência.

Um conjunto de problemas de saúde prevalentes e de alta incidência de pacientes portadores de diabetes *Mellitus* e Hipertensão foi identificado no território que levam a doenças secundárias cujo percentual de morbidade apresentam significativamente elevado emergiu a necessidade de discutir ações pontuais em decorrência da relevância e dificuldades em solucionar o alto índice de paciente com quadro hipertensivo e diabéticos.

Outros problemas também são identificados na área de abrangência como o tabagismo, etilismo, pacientes em tratamento de saúde mental, crianças desnutridas, problemas de má alimentação, sedentarismo, estresse, alto percentual de pessoas que mantém relações sexuais desprotegidos (Risco de DST), portadores de condições complexas de saúde (transtornos psicológicos, abuso infantil, violência doméstica, problemas mentais, deficiências físicas e mentais). Outro dado identificado é que maior parte da população não possui planos de saúde sendo o SUS a principal porta de entrada para o atendimento a saúde. Por meio desta estimativa foi possível ter uma visão geral dos problemas de saúde expostos pelos agentes comunitários, e pela equipe multiprofissional de saúde, evidenciando, assim, a necessidade de priorização das ações e o direcionamento das atividades práticas da ESF. O quadro 3 exemplifica o perfil epidemiológico identificado na área revelando os problemas de saúde prevalentes.

**Quadro 3-** Problemas de saúde mais prevalentes

<b>Problemas de saúde</b>	<b>Micro 1</b>	<b>Micro 2</b>	<b>Micro 3</b>	<b>Micro 4</b>	<b>Micro 5</b>
<b>Hipertensos</b>	40	28	13	08	43
<b>Diabéticos</b>	10	13	35	22	21
<b>Outros (alcoolismo, problemas cardíacos, problemas respiratórios, obesidade)</b>	25	45	34	17	28

Fonte: A autora, (2018).

Estes problemas de saúde são significativamente graves, e estão correlacionados a condições como estilo de vida, informações ou desconhecimento, baixa adesão ao tratamento, má alimentação, entre outros aspectos.

Evidencia-se, portanto, a necessidade de se utilizar um plano de ação interventivo de modo a auxiliar na redução dos altos índices de prevalência das doenças crônicas degenerativas na comunidade do Bairro Vila Atlântida II.

Esse plano de intenção será traçado baseado nas principais diretrizes de saúde e cuidado as doenças crônicas estipuladas pelo Ministério da Saúde.

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

Através da análise do diagnóstico territorial, foi identificado um alto índice de portadores de doenças crônico-degenerativas com baixa adesão aos tratamentos. Baseado no diagnóstico o profissional da área da saúde passa a ter insumo para atuar e projetar atividades moldadas às necessidades de campo, evitando atividades obsoletas e a protelação da atuação.

O diagnóstico situacional da comunidade são elementos primordiais para elaboração de ações voltadas a realidade e as necessidades da comunidade. O plano de intervenção foi construído com base nos dados extraídos dos relatórios. O Quadro 4, a seguir, explana a classificação dos principais problemas identificados no território de acordo com o nível de prioridade e capacidade de enfrentamento.

**Quadro 4** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Jatobá, Unidade Básica de Saúde Bairro Vila Atlântida II, município de Montes Claros, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Hipertensão.	Alta	7	Total	1
Diabetes	Alta	6	Total	2
Alcoolismo	Média	4	Parcial	3
Problemas respiratórios	Média	4	Parcial	3

Fonte:



\*Alta, média ou baixa

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

\*\*\*Total, parcial ou fora

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

Para direcionamento e enfrentamento de problemas estratégicos a construção de um plano de intervenção deve estar apoiado numa análise ampla, capaz de vislumbrar diferentes dimensões da realidade local organizando-se em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas.

## 2. JUSTIFICATIVA

No campo da saúde, muito se discute quanto às estratégias de amparo e cuidado aos indivíduos, que levem em conta suas necessidades, e que estejam congruentes com a realidade financeira e infraestrutural dos sistemas públicos de saúde (BRASIL, 2013).

As doenças crônico degenerativas são graves problemas de saúde pública que afetam a milhares de pessoas em todo mundo. Estão associadas a um conjunto de multifatores, cuja etiologia é interligada a uma interação contínua entre, o comportamento da população, o perfil genético, o nível de conhecimento, a adesão aos tratamentos e o estilo de vida (LEON, 2016).

As doenças crônico degenerativas como o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial levam à deterioração progressiva da saúde, e elevam o número de óbitos em decorrência da sua significativa prevalência e gravidade (FORTES; LOPES, 2004).

Considerando a relevância e a complexidade da temática, para os profissionais da área e para as equipes de estratégia e saúde da família, muito se tem discutido quais meios capazes de alcançar positivamente esses pacientes como forma de ampliar a esfera de atenção e cuidados de maneira preventiva.

Assim é notável a importância em planejar ações capazes de promover a atenção à saúde de forma humanizada e, sobretudo, mais resolutiva, tratando-se de uma temática de extrema importância para saúde pública. Trabalhos nesta área são importantes mecanismos capazes de auxiliar na redução dos agravos já que auxilia na formação de vínculo entre as populações e as equipes de estratégia saúde da família garantindo-lhes tratamento sistemático, melhor acompanhamento mediante ações realizadas nas unidades de saúde. A elaboração de plano de cuidados individualizado o direcionamento das ações a serem executadas de forma mais eficiente e direcionada.

Assim, é importante propor ações educativas que possam minimizar os problemas advindos da ausência de tratamento e controle de doenças como as doenças crônicas degenerativas principalmente considerando as possíveis complicações graves, advindas do não acompanhamento em pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão, desta forma evidencia-se a importância, relevância e a responsabilidade dos profissionais de saúde no papel de auxiliar na promoção de uma vida saudável nas populações.

### **3. OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção para pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial da área de abrangência da equipe Jatobá, situada no Bairro Vila Atlântida II no Município Montes Claros - Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Identificar fatores determinantes do número de pacientes com hipertensão arterial e diabetes na Unidade Básica de Saúde Jatobá em Montes Claros - MG.
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada por meio de uma minuciosa revisão literária;
- Elaborar ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro Vila Atlântida contribuindo para o controle e prevenção da HAS e Diabetes e suas complicações, baseadas nas características da população territorial.

#### **4. METODOLOGIA**

Este trabalho trata-se de uma proposta de intervenção subdividido em etapas sustentadas por bases literárias analisadas sistematicamente e construídas a partir de livros, artigos e teses com validade científica direcionado pelos seguintes descritores em ciências da saúde: Saúde da Família, Doenças Crônicas, Hipertensão arterial e diabetes Mellitus.

O plano de ação aqui proposto foi construído por etapas como: diagnóstico situacional e construção teórica do estudo, análise de território identificação dos principais problemas enfrentados no território, construção dos principais nós críticos, priorização dos problemas, construção do Planejamento Estratégico Situacional, gerando a proposta de intervenção.

As ações de intervenção (plano de ação) foram projetadas de acordo com a realidade local, identificadas pela observação e descrição dos dados observados em campo, da rotina da UBS, e do fluxo de atendimentos realizados diariamente pela unidade. O plano de intervenção foi descrito sistematicamente ao longo da discussão realizada neste trabalho.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Doenças crônicas

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) as doenças degenerativas em especial o diabetes e a hipertensão são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo já que afetam populações em países desenvolvidos e em desenvolvimento.

As doenças crônicas apresenta altas taxas de mortalidade e seus fatores predominantes são relacionadas ao estilo de vida das populações, sendo os maiores fatores de causa o estresse e o sedentarismo (MACHADO, 2006).

De acordo com Oliveira, (2008) as doenças crônicas, e suas complicações secundárias configuram como uma das principais causas de morte e de incapacidade em todo mundo. As doenças degenerativas alteram o funcionamento das funções normais do corpo e causam danos temporários ou permanentes em tecidos ou órgãos.

Os agravos não transmissíveis representam um fator de risco independente, linear e contínuo, convocando para ampla discussão de sua conduta, diagnóstica e terapêutica (LEWINGTON *et al.*, 2002).

As doenças crônicas constituem problema de saúde grave que leva a um significativo impacto e com efeitos de grande magnitude, responsáveis por 80% da carga de doença dos países (OMS, 2003).

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições patológicas crônicas que em geral, estão relacionadas a causas múltiplas (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas degenerativas recebem essa nomenclatura em decorrência das mesmas provocarem a degeneração de órgãos alvo no organismo, a medicina moderna dispõe de inúmeros tratamentos para controle dessas doenças, porém, ainda não existe nenhuma medicamento ou tratamento farmacológico que leve a cura destas doenças.

Os pacientes portadores de doenças crônicas normalmente são caracterizados por sintomas de início gradual, com longa ou indefinida duração com possíveis períodos de agudização, de prognóstico usualmente incerto, e que a longo prazo quando não tratado pode gerar incapacidades (BRASIL, 2013).

As doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas que causam um impacto socioeconômico no País. As doenças crônicas são responsáveis internações recorrentes e superlotações de unidades de saúde e à medida que a doença se agrava a situação e a qualidade de vida desses pacientes é deteriorada.

Os agravos não transmissíveis representam estão entre as principais causas de perdas de mobilidade, lesões permanentes (AVC, AVE) amputações de membros, casos de pacientes destinado tratamento dialítico e envolvem também perda significativa da qualidade de vida. Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas.

Outras questões como as desigualdades sociais, o baixo nível de escolaridade e as desigualdades no acesso à informação, e a saúde determinam, segundo Schmidt *et al.*, (2011) de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas em populações de baixa renda ou em vulnerabilidade social, mas tais agravos também são identificados nas demais classes sociais decorrentes do estilo de vida evidenciado na modernidade.

Os cuidados e a atenção terapêutica aos portadores dessas doenças deve se dar de forma integral e sistematizada, e principalmente voltadas a prevenção e a mudança do estilo de vida (MALTA; MERHY, 2010).

A baixa aderência aos tratamentos em pacientes portadores de doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão chegam a ser apenas de 20%. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. O diabetes atinge todas as faixas etárias, sem qualquer distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%.5 (OMS, 2003).

## **5. 2 A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)**

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH) (2007), a hipertensão é uma das doenças significativa prevalência mundial.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é de acordo com a Sociedade brasileira de cardiologia, (2010) uma condição clínica multifatorial acompanhada que por alterações funcionais do sistema renina-angiotensina, e do sistema nervoso

autônomo simpático, pode causar alterações renais graves, além de outros mecanismos humorais e disfunções (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) definiu, a hipertensão arterial como: “uma doença caracterizada por uma elevação crônica da pressão arterial sistólica e/ou pressão arterial diastólica”.

Estudo feito por Lessa (2006, p.755) em Salvador, apontou que “associações da hipertensão com outros fatores de risco cardiovascular ocorreram com sedentarismo, obesidade ou sobrepeso, obesidade central, diabetes ou hiperglicemia, e com as dislipidemias”.

O tratamento da HAS tem como objetivo reduzir a mortalidade e a morbidade favorecendo o controle de outros fatores de risco secundários como as doenças cardiovasculares, devolvendo uma melhor expectativa e qualidade de vida aos pacientes (BRASIL, 2006).

O diagnóstico da HAS não requer tecnologia sofisticada, e a doença pode ser tratada e controlada com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais, comprovadamente eficazes e de fácil aplicabilidade na Atenção Básica (BRASIL, 2013, p.29).

A avaliação de uma pessoa com hipertensão deve incluir a aferição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica apropriada; equipamentos validados, além da história médica (pessoal e familiar), exame físico e investigação clínica e laboratorial (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A aferição da PA deve ocorrer em toda consulta por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde capacitados para tal. “Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com  $PA \leq 120/80$  mmHg, e anualmente para aqueles com  $PA > 120/80$  mmHg e  $< 140/90$  mmHg” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p.7).

Ainda com base nas 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão, o tratamento e atenção ao paciente com HAS devem ser realizados por equipe multiprofissional que conseguem melhor controle e adesão dos pacientes ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Esta equipe multiprofissional deverá ser constituída por “médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos,

assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 36).

A abordagem terapêutica da hipertensão inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas. As medidas medicamentosas dizem respeito à indicação de medicamentos como os anti-hipertensivos e outras drogas associadas quando se faz necessário (LESSA, 2006).

A indicação do medicamento está atrelada ao estágio da HAS, idade do paciente, dentre outras. “A decisão terapêutica deve basear-se não apenas no nível da PA, mas considerar também a presença de FR, e DCV estabelecida” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016, p. 25).

Os pacientes devem receber orientações relativas sobre a importância do uso contínuo do remédio, do ajuste de doses, quando necessário, da troca ou agregação de medicamentos além dos possíveis efeitos adversos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

### **5.3 Diabetes *Mellitus***

Diabetes *Mellitus* - DM segundo Gonçalves, (2008) é uma das principais doenças de evolução crônica evidenciada na modernidade. Trata-se de uma enfermidade caracterizada por um grupo de alterações metabólicas como a hiperglicemia.

O diabetes como as demais doenças crônicas degenerativas ou doenças não transmissíveis possuem significativa repercussão na saúde brasileira (ARAUJO, 2013).

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) pode ser considerado como uma epidemia mundial, cujas consequências são devastadoras a saúde dos pacientes portadores desta enfermidade.

O diabetes *mellitus* conhecido popularmente como diabetes tipo 2, é caracterizado por diminuição da função da insulina, (resistência a insulina). O diabetes é uma doença metabólica decorrente da incapacidade parcial ou total da insulina agir, resultando em um aumento significativo da glicose. A insulina é o



hormônio responsável pela incorporação da glicose no sangue permitindo que o açúcar penetra para células como fonte de energia (ARAUJO, p.15, 2013).

De acordo com Araujo, (p. 15, 2013) quando ocorre à incapacidade da ação da insulina ocorre o aumento da taxa de glicose sanguínea. Essa condição leva a graves complicações em órgãos alvo como rins, coração, causando problemas oculares, renais, vasculares e neurológicos graves.

Segundo Gonçalves, (2008) o diabetes ocorre com maior frequência em adultos, apresenta também maior prevalência entre indivíduos obesos e sedentários.

Os principais sintomas de diabetes são: poliúria, visão embaçada, náuseas e vômitos recorrentes, formigamento nos membros inferiores como, por exemplo, nos pés, alterações na função sexual, machucados que demoram a cicatrizar, aumento da frequência urinaria, aumento da sede, fraqueza e cansaço, alterações do peso corpóreo (BRASIL, 2006).

Segundo Gonçalves, (2008) os valores de glicose plástica para diagnóstico da diabetes são apresentados na Figura 3.

**Figura 3.** Valores de referencia para diagnostico em diabetes.

<b>VALORES DE GLICOSE PLASMÁTICA (mg/dl) PARA DIAGNÓSTICO DE DM E SEUS ESTÁGIOS PRÉ-CLÍNICOS.</b>			
<b>Categoria</b>	<b>Jejum*</b>	<b>2h Após 75g Glicose</b>	<b>Casual **</b>
<b>Glicemia normal</b>	<b>&lt; 100</b>	<b>&lt; 140 (se realizada)</b>	
<b>Tolerância à glicose diminuída</b>	<b>≥ 100 A &lt; 126</b>	<b>≥ 140 e &lt; 200</b>	
<b>DM</b>	<b>≥ 126</b>	<b>≥ 200</b>	<b>≥ 200</b>

Fonte: Gonçalves, (2008).

O tratamento farmacológico e as metas do controle do diabetes são realizadas com o objetivo de promover o da glicemia, e são feitos através de medicamentos orais e/ou insulina, associados a mudanças no estilo de vida como realização de atividade física regular, controle do peso e mudanças na dieta, para melhor a condição de saúde do paciente e evitar complicações (hipoglicemia, hiperglicemia, problemas cardiovasculares) entre outros.

#### **5.4 O papel das equipes de estratégia e saúde da família no combate aos agravos das doenças crônico degenerativas.**

A saúde é um conceito amplo que inclui segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o bom funcionamento do organismo humano e a capacidade de viver com boa disposição física e mental incluindo também nesta definição o bem-estar social dos indivíduos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1986).

As doenças crônicas degenerativas (DCNT) causam impactos nas mais diversas esferas já em seus determinantes sociais, estão relacionados não só com os gastos públicos em saúde, mas também com as despesas das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa.

Segundo estimativas, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos que apresentará pelo menos uma doença crônica, principalmente as decorrentes do estresse e da obesidade como as doenças cardiovasculares a hipertensão e o diabetes (IBGE, 2010).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Segundo Munari; Lucchese; Medeiros, (2009) os sistemas públicos de saúde buscam hoje mediante uma proposta de mudanças estruturais para humanizar e atuar preventivamente o trabalho em saúde.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resulta da preocupação do estado em atender as diferentes e crescentes demandas de cuidado e atenção à saúde provindas da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e do sistema Único de Saúde SUS. orientadas pelos princípios da Constituição Federal Brasileira de 1988.

As novas diretrizes, sistemas e programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) são resultados da identificação da necessidade de mudanças que demandou a reorganização da prática assistencial em saúde brasileira. A ESF segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) trata-se do estabelecimento de uma equipe multiprofissional que visa à reorganização, expansão, qualificação e consolidação da atenção básica no país.

Faz parte dessa nova missão promover na prática cotidiana a atuação de forma sistemática e preventiva através de mediações, projetos e intervenções a fim

de evitar situações de risco que afetam negativamente a saúde das populações, atuando nos principais determinantes do processo saúde/doença extraídos de indicadores e controlando a incidência de doenças nas populações por meio da prática assistencial baseada em critérios pré-estabelecidos (MUNARI; LUCCHESI; MEDEIROS, 2009).

Para Malta; Merhy, (2010) o modelo de saúde idealizado muitas vezes não condiz com a situação vigente nos sistemas de saúde no território. Esse modelo aplicado que utiliza propostas de cuidado que por muito tempo não tem obtido sucesso na redução das alarmantes taxas de problemas de saúde não transmissíveis como a diabetes e a hipertensão por não conseguir atuar de modo preventivo e chegar ao singular de cada indivíduo.

O modelo de atenção não tem acompanhado há ascensão das doenças crônicas, evidenciando um grave problema mostrando-se inadequado e incompatível para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (MENDES, 2011; BRASIL, 2010).

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em rede evidenciando a importância do planejamento estratégico para aplicabilidade das ações e projetos de cuidados a saúde coletiva, através da formação de redes integradas e multiprofissionais de atenção à saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Nesse modelo de atenção, assume-se o desafio e os compromissos das equipes de estratégia saúde da família em realizar um trabalho preventivo na comunidade através de uma postura ética, eficaz, comprometida de apoio e atenção ao usuário (PINTO, 2009).

As estratégias de cuidados atuam sobre uma nova política pública de saúde partindo de uma visão humanizada, pautada na prevenção representando um melhor custo aos cofres públicos e de maior efetividade (PINTO, 2009).

As ações de trabalho realizadas pelas equipes ESF nas comunidades nas qual estão inseridas são baseadas no princípio da promoção da qualidade de vida. Um dos principais objetivos é intervir positivamente e qualitativamente nas comunidades de forma a gerar ações de saúde que possibilitem a integração de atividades individuais e coletivas na comunidade (BATISTA, 2013).

A promoção à saúde possui como objetivo primário prestar o atendimento e o acesso à saúde aos indivíduos e grupos socialmente fragilizados. Neste ambiente

os profissionais de saúde são elementos de extrema importância, visto que assumem um importante papel no cuidado e na atenção as condições de saúde na sociedade. Sua atuação segundo Batista (2013, p. 10) ocorre:

Continuamente através de ações de cuidado e educação em saúde preparando os indivíduos para uma vida harmônica associada à relação saúde/doença e aos cuidados necessários, e desta forma auxiliando na promoção de uma vida saudável.

A promoção da saúde da família atua na qualificação e na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e da comunidade, e ocorre por meio do estabelecimento de linhas de cuidado capazes de promover a integralidade e a longitudinalidade a partir de ações de auxílio, tratamento e prevenção de situações problema (AFONSO; COUTINHO, 2010).

A complexidade dos problemas de saúde pública tem demandado reformulações no setor saúde, estratégias de intervenção e prevenção à saúde pública que são de vital importância para o enfrentamento desses problemas (AFONSO; COUTINHO, 2010).

A partir dessas constatações acerca da hipertensão e do diabetes compreende-se enquanto profissional de saúde a necessidade de uma nova ação e da construção de um plano estratégico continuado, capaz de alcançar mais efetivamente as necessidades de cuidados da população dos territórios no qual as equipes de saúde da família se inserem.

Diante dessa realidade, as equipes de estratégia saúde da família lançam planos de ações estratégicas para a atuação preventiva em saúde e para o enfrentamento da situação. Tais ações são lançadas como o objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco.

Partindo desses princípios as equipes de saúde da família tem buscado continuamente uma mudança efetiva nesse padrão de cuidado e na relação saúde doença ate então estabelecida baseada em um modelo retrógrado de cuidado.

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

A proposta de intervenção refere-se segundo Campos; Faria; Santos, (2017) a uma descrição do problema selecionado a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado.

Para a elaboração desta proposta de intervenção foram feitas perguntas como: qual principal no crítico identificado no território? Quais principais problemas identificados na área e como iniciar as ações? Após construir a resposta para tais questionamentos foi possível idealizar as e avaliar os eventuais obstáculos.

O plano de intervenção constitui-se de uma estratégia fundamental para o enfrentamento de problemas e busca promover atividades de melhoria qualitativa da situação evidenciada (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A construção do Planejamento Estratégico Situacional PES, e da proposta de intervenção foi realizada a partir do reconhecimento da realidade vivenciada na área de atuação da equipe de estratégia saúde da família da UBS do bairro Vila Atlântida II.

À proposta de intervenção aqui construída objetiva-se em: promover Práticas Educativas em Saúde, e ações de melhoria da qualidade de vida das populações.

Atuar de acordo com as necessidades e o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território faz parte do árduo trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde da família. A proposta de intervenção foi realizada de modo a fundamentar a realização de um planejamento de ações capaz de contribuir para melhoria da realidade situacional.

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

Para a elaboração da proposta de intervenção foram extraídos os principais problemas enfrentados pela equipe Jatobá da UBS do bairro Vila Atlântida II que foram detectados a partir do diagnóstico realizado pela equipe de saúde da família no território através da busca de campo, e do levantamento de dados sobre o perfil populacional.

Um conjunto de problemas de saúde prevalentes foram observados no

território, como consumo de álcool e outras drogas, presença de doenças sexualmente transmissíveis, alta taxa de obesidade e sedentarismo, mas o problema de maior prevalência selecionado foi à e de alta incidência de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas ou doenças não transmissíveis em especial a diabetes *Mellitus* e a Hipertensão.

## **6.2 Explicação do problema (quarto passo)**

As doenças crônico degenerativas como o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial levam os paciente portadores dessas enfermidades a uma grave condição de saúde que afeta significativamente a qualidade de vida das populações, sua alta prevalência e situação de risco faz deste problema uma preocupação em todas as esferas de cuidado e saúde humana. Suas consequências podem levar indivíduos à incapacidade ou até a morte (FORTES; LOPES, 2004).

A atenção terapêutica e as estratégias de prevenção são elementos chaves para manutenção da condição de saúde desses pacientes (MALTA; MERHY, 2010).

Diante disto emergiu-se a necessidade de discutir ações pontuais, e de propor estratégias de cuidado e prevenção em decorrência da relevância para saúde pública e dificuldades na capacidade de enfrentamento e de mudança para solucionar o alto índice de paciente com quadro hipertensivo e diabético e que não seguem o tratamento no território.

A partir da identificação do problema selecionado evidenciada à necessidade de ampliação das atividades em educação e prevenção dos agravos em saúde na comunidade através de grupos de educação em saúde, palestras, ações, acompanhamento e monitoramento de forma que possam atender uma amplitude de questões críticas identificadas e que tenham o custo dentro da realidade dos recursos financeiros disponibilizados para as equipes da ESF.

As relevâncias na utilização de estratégias preventivas e de cuidado a saúde coletiva consiste em proporcionar insumos para um trabalho efetivo, pré-elaborado, monitorado e controlado de forma que possa agregar pessoas e possibilitar o esclarecimento de dúvida, mitos, medos e promover o resgate da autonomia, do autocuidado e da motivação, fortalecendo o reconhecimento da comunidade e seus

membros como cidadãos independentes da sua condição de saúde/doença (PICHON-RIVIÈRE, 2009).

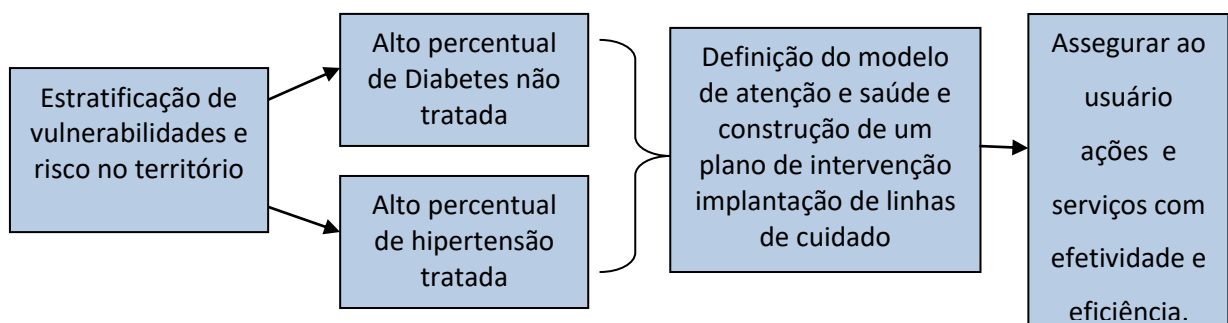
As doenças crônicas degenerativas normalmente tem sua causa associada aos hábitos alimentares errados, a predisposição genética, ao estilo de vida estressante e sedentário, ao consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre outros. São condições complexas, passíveis de tratamento e que demandam uma estratégia continuada de cuidado e de orientação aos pacientes.

Essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado e planejado partindo de um projeto pré-estabelecidos, elaborado a partir de um planejamento coeso e aplicável cujas etapas envolvem o estabelecimento de linhas de atenção terapêutica fundamentadas na integralidade do cuidado.

A partir do quadro epidemiológico apresentado, serão realizadas ações cujo intuito consistem: Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, Fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas. Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas. Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas. Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (MALTA; MERHY, 2010).

O fluxograma 1 exemplifica a dinâmica que envolve as ações a serem realizadas como estratégia de cuidado e controle dos diabetes e da hipertensão no território.

**Fluxograma 1 - Dinâmica que envolve as ações a serem realizadas**



Fonte: A autora, (2018).

A equipe de atenção básica deve organizar a sua agenda de modo a contemplar a diversidade das necessidades de saúde da sua população. O plano estratégico de intervenção como proposta de mudança da realidade de risco vivenciada no território deve assegurar ao usuário ações de educação em saúde e serviços, atenção clínica, orientações com efetividade e eficiência de modo centrado na família, atividades de cuidado e prevenção como a oferta de consultas, exames, procedimentos, do apoio ao autocuidado, cuidado continuado, da atenção terapêutica programada.

Entende-se por cuidado continuado programado (aquele ofertado a usuários que apresentam condições que exigem o seu acompanhamento pela equipe de atenção básica). Deve ser garantido o acesso em casos de urgência, de demanda espontânea não urgente.

O acolhimento e a atenção Centrada na Pessoa e na Família deve ser aplicado de modo humanizado que possa se ver o sujeito além das suas doenças para daí projetar as atividades que serão executadas (PINTO, 2009).

A atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, em substituição à atenção prescritiva e centrada na doença, transforma a relação entre os usuários e os profissionais de saúde, porque aqueles deixam de ser pacientes e se tornam os principais produtores sociais de sua saúde (OMS, 2003).

A efetivação de o plano dar-se a partir de inúmeras ferramentas de atuação multiprofissional de campo que podem ser realizadas tanto na Unidade de atendimento (consultas, exames individuais) quanto na comunidade (escolas, quadras, associações) realização de palestras educativas voltadas a questões relacionadas aos comportamentos e aos estilos de vida, por meio de intervenções de prevenção de doenças, voltadas para indivíduos e subpopulações.

A prevenção tão importante nos projetos de intervenção dá-se como parte do plano de ação, a partir da realização do trabalho de prevenção a partir da modificação de fatores de risco comportamentais, tais como a alimentação inadequada, o sedentarismo, o tabagismo, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool.

As ofertas, como consultas, exames, procedimentos, são programadas com certa periodicidade, de acordo com a estratificação de risco e as necessidades individuais daquele usuário.



São exemplos de cuidado continuado/programado o pré-natal, a puericultura, o acompanhamento de usuários com doenças crônicas ou com problemas de saúde mental.

Por meio do trabalho multiprofissional deve ser realizada a atenção para as pessoas com doenças crônicas, a atuação profissional neste caso envolve, necessariamente, o agrupamento de profissionais que se reúne periodicamente e discute os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos de modo a criar condições de trabalho para mudança.

Nesse sentido, o trabalho se torna efetivo na articulação de profissionais de distintos núcleos, com seus saberes e práticas específicos, no campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção.

De acordo com Pichon-Rivière, (2009) os planos de intervenção situacionais são importantes elementos na construção desse trabalho, pois possibilita identificar as condições atuais, desenvolver o potencial e a capacidade de resolução dos problemas de saúde do território a partir dos recursos disponíveis e através das ações necessárias para concretização dos objetivos.

### **6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)**

O principal nó crítico identificado foi: a alta prevalência de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas como o diabetes *mellitus* e a hipertensão.

Os principais aspectos referentes a esse problema foram: O desconhecimento dos riscos e agravos causados pela doença, e ausência de um sistema de educação em saúde mais próximo da comunidade e a baixa aderência aos tratamentos e controle terapêutico da diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial sistêmica.

No Quadro 5 estão novamente apresentados os nós críticos com seus respectivos níveis de problema e atores responsáveis pelos mesmos.

**Quadro 5:** Nós críticos e respectivos níveis de problema da área.

<b>Nós críticos ou principais problemas da área de abrangência da UBS do bairro Vila Atlântida II envolvem questões como:</b>	<b>Nível do problema</b>	<b>Atores que auxiliam no controle por meio da intervenção e cuidado</b>	<b>Importância</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>
A alta prevalência de pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas como o diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão.	Nível individual e social	Profissionais de saúde (equipe de estratégia saúde da família e UBS).	Alta	Capacidade efetiva de oferta de ações
Baixa adesão ao tratamento e aumento da demanda de atendimento de pacientes diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão.	Nível individual e social	Profissionais de saúde	Alta	Alta Capacidade efetiva de oferta de ações
Desconhecimento sobre os riscos e agravos do diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão e das mudanças necessárias para melhoria do estado de saúde.	Nível social	Profissionais de saúde	Alta	Capacidade efetiva de oferta de ações
Estilo de vida da população do território da UBS do bairro Vila Atlântida II	Nível social	Profissionais de saúde	Alta	Baixa capacidade de enfrentamento

Fonte: a autora, (2018).

### 6.5 Desenho das operações (sexto passo)

A avaliação e o desenho funcional das operações que serão realizadas são fundamentais mediante a elaboração de um plano estratégico operativo o desenho das ações determinará não só o comprometimento funcional da pessoa, mas as principais direções que devem ser tomadas pelas as equipes da saúde da família para que se alcancem os objetivos pretendidos.

As ações desenvolvidas ao longo no plano ou projeto operativo de intervenção foram direcionadas a partir de cada nó crítico identificado nas etapas anteriores.

As operações foram estabelecidas de acordo com cada “nó crítico”, contendo o projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários, ações estratégicas, controle dos recursos críticos, e os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento das operações.

O Quadro 6 abaixo demonstram aspectos sintetizados referentes ao projeto de intervenção a partir do plano estratégico situacional:

**Quadro 6** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema: A alta prevalência de pacientes portadores de doenças crônico degenerativas como o diabetes *mellitus* e a hipertensão no território da UBS do bairro Vila Atlântida II no Município de Montes Claros Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Alta prevalência de pessoas com doenças crônicas degenerativas em especial o diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão arterial. Baixa adesão ao tratamento e aumento da demanda de atendimento de pacientes diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão.
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de adesão da população ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Promover ações com a população sobre os riscos e agravos do diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão e das mudanças necessárias para melhoria do estado de saúde. Realizar Treinamento e capacitações ara profissionais com eixos temáticos, dentro dos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças/fatores de risco mais prevalentes
<b>Projeto</b>	<b>Saúde e Vida</b>
<b>Resultados esperados</b>	População mais informada sobre as complicações e agravos decorrentes do Diabetes <i>Mellitus</i> e da Hipertensão arterial sistêmica não controlada, para reduzir ao máximo o índice de complicações e agravos e promover uma mudança no autocuidado e no comportamento e estilo de vida dos pacientes.
<b>Produtos esperados</b>	Maior número de pacientes participando das atividades propostas para saúde cuidado e prevenção. Maior adesão ao tratamento, maior compreensão da importância em seguir o tratamento medicamentoso corretamente e da mudança do estilo de vida. Reduzir a incidência, e o percentual de doenças crônicas degenerativas na área de abrangência da equipe.

<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: planejar os recursos humanos e organizar a agenda para atividades. Cognitivo: treinar equipe para atuação em campo e no atendimento aos pacientes. Financeiro: listar recursos materiais, recursos físicos, e estruturais para implementação do projeto como a confecção de faixas, cartazes, folhetos educativos, etc. Político: mobilização social.
<b>Recursos críticos</b>	Estruturar e implementar a partir dos nós críticos ações de modo a direcionar a abordagem para cada temática e perfil populacional. Capacitar os profissionais para realizar as ações de modo que sintam a importância de monitoramento, cuidado humanizado e atenção aos pacientes Cognitivo: orientações educativas as populações. Político: Buscar recursos Maiores recursos para execução do serviço e efetivação do para o projeto Financeiro: levantar os recursos necessários para aquisição de material educativo. Aplicar de maneira correta os recursos disponibilizados
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Ator que controla: Profissionais da Unidade de Saúde do bairro Vila Atlântida II no Município de Montes Claros Minas Gerais. Motivação: Muito Favorável.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar projeto de intervenção e cuidado a população com doenças crônicas por meio de um sistema amplo e multiprofissional de atenção a saúde.
<b>Prazo</b>	Início em dois meses, término da primeira ação em um ano.
<b>Responsáveis pelo acompanhamento das operações</b>	Todos profissionais da Unidade Básica de Saúde, desde a recepcionista que fará o acolhimento na chegada, ao agente, medico, enfermeiro etc. Serão definidas as ações de cada profissional.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das operações</b>	Serão monitoradas os casos e situações problema (nós críticos) no território de modo regularmente a fim de identificar as possíveis melhorias apresentadas em decorrência do projeto.

Fonte: A autora (2018).

A partir do desenho de operações é que se podem elaborar atividades capazes de suprir a necessidade da comunidade local baseada nos indicadores obtidos na análise situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fragmentação do sistema de saúde é ainda um grande desafio a ser superado. A mudança no paradigma do sistema de saúde por meio da construção de redes vem ao encontro deste desafio, visto que o trabalho em rede busca o fortalecimento da atenção básica como coordenadora do cuidado. Ao coordenar o cuidado, pretende-se que a atenção básica seja capaz de garantir o cuidado contínuo ao usuário do Sistema Único de Saúde, fortalecendo vínculos entre a população e os pontos de atenção, o que é fundamental para a atenção à saúde integral da pessoa com doença crônica.

A Hipertensão arterial sistêmica e o Diabetes mellitus representam dois dos principais Fatores de Risco para saúde das populações, a ausência de um protocolo de cuidado e tratamento e de ações de promoção e prevenção em saúde afetam significativamente no percentual de pessoas portadores dessas doenças, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário e do aumento na taxa de óbitos em nível nacional.

A promoção à saúde, controle e prevenção de agravos consistem como importantes elementos que integram o trabalho das equipes de estratégia saúde da família nos municípios brasileiros. A atuação preventiva e a intervenção em saúde são elementos essenciais para o controle de doenças crônicas como a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes *mellitus*.

As doenças crônicas degenerativas impactam significativamente a saúde pública, em decorrência de sua prevalência e elevado grau de morbidade, já que representam um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas, e complicações secundárias que reduzem significativamente a qualidade e a expectativa de vida das populações acometidas pelo problema.

As doenças crônicas degenerativas são problemas graves, e de difícil controle, cujo caráter assintomático, a ausência de medidas de controle e a baixa adesão ao tratamento farmacológico elevam continuamente os índices de mortalidade em todo mundo. A educação em saúde.

A implementação de um protocolo de tratamento sistematizado capaz de proporcionar melhor assistência por meio de um olhar profissional, e a necessidade

de intervenção no problema são elementos bases que justificaram a realização desta pesquisa.

O plano foi elaborado a partir da realidade vivenciada em campo e suas ações aplicam-se a toda equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família de forma a auxiliar no tratamento sistematizado para redução da incidência e prevenção de agravos em decorrência do Diabetes e da Hipertensão Arterial.

As medidas de intervenção se fazem como elementos extremamente necessário no controle de doenças crônicas, e é de fundamental importância o apoio ao estilo de vida saudável, a educação e promoção em saúde e a detecção precoce do problema e devem manter local de destaque nos sistemas de serviços e saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAUJO, A.A. Diabetes *Mellitus*: **Uma proposta de Intervenção no Município de curral de dentro minas Gerais**. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de especialização. p.01-29. Curral de Dentro 2013.

AFONSO, M. L. M.; COUTINHO, A. R. A. **Metodologias de trabalho com grupos e sua utilização na área da saúde**. In: AFONSO, M. L. M. Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde. 2. ed. p. 59-83. Casa do Psicólogo: São Paulo. 2010.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. [Online]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em Maio /2018.

FORTES, N.A.; LOPES, V.O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. v.13, n. 1, p. 26-34, 2004.

LEON, Belkis Antonia Artigas. **Proposta de intervenção para modificar hábitos e estilos de vida em pacientes hipertensos**. Trabalho publicado pela Universidade Federal De Minas Gerais Curso De Especialização Em Atenção Básica Em Saúde. 1 ed. p.1-35 Uberaba - Minas Gerais. 2016.

LESSA, I. *et. al.* Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**. v. 87, n. 6, p. 747-756, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?>. Acesso em: outubro 2017.

PREFEITUR MUNICIPAL DE MONTES CLAROS. **Coletânea de Informações sobre o Município de Montes Claros, 2012**. Disponível em: [www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/historia](http://www.montesclaros.mg.gov.br/cidade/aspectosgerais/historia), Acesso em 2018.

MACHADO, C. A. Epidemiologia da hipertensão e classificação da pressão arterial. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Brasil: 2006.

MUNARI, D. B.; LUCCHESI, R.; MEDEIROS, M. Reflexões sobre o uso de atividades grupais na atenção a portadores de doenças crônicas. **Rev Ciência Cuidado Saúde**, v.8, n.1, p.48-54, 2009.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Diabetes e Hipertensão. The Lancet, London, Versão traduzida. v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949- 1.961, 4 June 2011.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Interface: comunic., saúde, educ., Botucatu, SP, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 107, n. 3, Suplemento 3, p.1-83, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v. 9.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série B. Textos Básicos de Saúde Série Pactos pela Saúde v. 7. 2006.

GONCALVES, A. R. **Cartilha de orientações à saúde**. Disponível: [http://www.saude.goiania.go.gov.br/library\\_source/Cartilha\\_da\\_Saude.pdf](http://www.saude.goiania.go.gov.br/library_source/Cartilha_da_Saude.pdf) Dezembro/2008. Acesso em 2018.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus**, n 16, Brasília, 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Caderno de Atenção Básica Hipertensão Arterial Sistêmica**, n 15, Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. (Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 27).Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

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.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. (Série E. Legislação em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação**. Revista Eletrônica de Informação, Comunicação & Inovação em Saúde. [S.l.], no prelo.2009.



PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BATISTA, V. R. **Plano de ação para a implementação de grupos educativos para usuários portadores de diabetes melitus da equipe de saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – UFMG, Belo Horizonte. 2013.

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

FORTES, N.A.; LOPES, V.O. Análise dos fatores que interferem no controle da pressão arterial de pessoas acompanhadas numa unidade básica de atenção à saúde da família. **Texto Contexto Enferm**. v.13, n. 1, p. 26-34, 2004.

OLIVEIRA, G. N. **O Projeto terapêutico singular**. In: GUERREIRO, A. P.; CAMPOS, G. W. S. (Orgs.). Manual de práticas de atenção básica à saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008.

LEWINGTON, S. *et al.* **Relevância específica da idade da pressão arterial usual à mortalidade vascular: uma meta-análise de dados individuais para um milhão de adultos em 61 estudos prospectivos**. Lanceta. v. 360, p. 903-13, 2002.