

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

JULIANA FONTES SILVA

**INTERVENÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS PELA ESF SÃO PEDRO 1 EM
GOVERNADOR VALADARES/MG.**

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2014

JULIANA FONTES SILVA

**INTERVENÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS PELA ESF SÃO PEDRO 1 EM
GOVERNADOR VALADARES/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.

Orientador: Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS

2014

JULIANA FONTES SILVA

**INTERVENÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO
ARTERIAL E DIABETES MELLITUS PELA ESF SÃO PEDRO 1 EM
GOVERNADOR VALADARES/MG.**

Banca examinadora

Prof. Me. Ricardo Luiz Silva Tenório- orientador

.....

Aprovado em Belo Horizonte,

RESUMO

A cidade de Governador Valadares possui 41 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), dentre elas a ESF São Pedro 1, com alta prevalência de hipertensos e diabéticos na área de abrangência, necessitando de acompanhamento multiprofissional contínuo. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são duas condições de saúde de alta morbimortalidade e muito prevalentes em saúde pública, especialmente na atenção primária à saúde (APS), sendo desafio constante para os profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde. A prevenção, o diagnóstico, o controle e a reabilitação das condições crônicas fazem parte das funções da APS. Pelo caráter multifatorial no acompanhamento da HAS e DM deve-se buscar um trabalho multidisciplinar e multiprofissional para o bom controle individual e coletivo destas doenças. Este estudo pretende demonstrar a importância da atuação de uma equipe multiprofissional dentro de uma unidade de APS no controle da HAS e DM através da criação de uma agenda específica e grupo operativo para o atendimento destes pacientes.

Descritores: Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, prevenção, tratamento.

ABSTRACT

The city of Governador Valadares has 41 teams of Family Health Strategy (FHS), among them the FHS São Pedro 1, with a high prevalence of hypertension and diabetes in the catchment area, requiring continuous and multidisciplinary monitoring. The systemic blood pressure (SBP) and diabetes mellitus (DM) are two health conditions of high mortality and very prevalent in public health, especially in primary health care (PHC), and a constant challenge for professionals who work in basic health units. The prevention, diagnosis, control and rehabilitation of chronic conditions are part of the APS functions. Due to multifactorial challenge in monitoring SBP and DM they should seek a multidisciplinary and multi-professional work for the good individual and collective control of these diseases. This study aims to demonstrate the importance of the DM by creating a specific agenda and operating group for the care of these patients.

Key Words: Hypertension, Diabetes Mellitus, prevention, treatment.

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	17
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
8 REFERENCIAS	22

1 INTRODUÇÃO

O município de Governador Valadares está situado no Leste do Estado de Minas Gerais, a 324 km de Belo Horizonte e localizada na mesorregião do Vale do Rio Doce. A altitude máxima é de 1.123 m, no Pico da Ibituruna, e a mínima, de 170 m, na foz do Rio Doce. A população é de 275.568 habitantes (IBGE 2013)

No século XIX, o Vale do Rio Doce foi repartido em Divisões Militares como estratégia de guerra ofensiva aos índios Botocudos. Neste contexto de luta é que surgiu a localidade que, mais tarde, deu origem ao distrito de Figueira, atual Governador Valadares. A primeira ocupação foi em Baguari, onde foi instalado um quartel (ESPÍNDOLA, 2013).

Em 1907, foi inaugurada a estação ferroviária da Estrada de Ferro Vitória-Diamantina às margens do Rio Doce, no lado oposto ao povoado de Figueira. Em torno da estação, formou-se um vilarejo onde se instalaram fornecedores da estrada de ferro e um pequeno movimento comercial. Com a estrada de ferro, chegaram os comerciantes e expandiram-se as plantações de café e a extração da madeira de lei (ESPÍNDOLA, 2013).

Nos anos 1930, duas obras foram importantes: a abertura das estradas de rodagem de Figueira a Peçanha e a Itambacuri, de onde já havia comunicação com a cidade de Teófilo Otoni. Em 31 de dezembro de 1937 foi criado o Município de Figueira, desmembrado de Peçanha por ato do governador Benedito Valadares. O decreto-lei nº 148, de 17 de dezembro de 1938, mudou o nome para Governador Valadares (ESPÍNDOLA, 2013).

A indústria da madeira foi fator decisivo na formação regional e no processo de urbanização. O esgotamento dos recursos naturais fez cair drasticamente a produtividade e reduziu os ganhos de capitais, provocando o fenômeno da migração dos agentes econômicos. Para o conjunto da região, houve uma mudança no perfil econômico-social, com sua transformação em reservatório de mão de obra industrial e para o trabalho doméstico do resto do país (ESPÍNDOLA, 2013).

O município de Governador Valadares apresenta área total de 2.342 km², com uma concentração habitacional de 80,19 hab/km² e um número aproximado de domicílios e famílias de 52.205. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é considerado alto, de 0,727, uma taxa de urbanização de 94%, renda média familiar de R\$ 778,99, com 96,4% da

população com acesso a água tratada e 95,5% de recolhimento de esgoto por rede pública. Suas principais atividades econômicas são Prestações de serviços, principal fonte geradora do PIB; indústria e extração de minerais. A população usuária da assistência à saúde no SUS chega a 63.36% (ESPÍNDOLA, 2013).

O Conselho Municipal de Saúde (agosto de 2013 a agosto de 2015) possui como componentes usuários da Unidade de Saúde do São Pedro, profissionais da saúde atuantes na equipe e representantes do governo local, com reuniões regulares mensais, sempre na sala de reuniões da unidade.

Dentre as ações, serviços e estratégias presentes no município, destacam-se: Programa Farmácia Popular do Brasil; Programa de Requalificação de UBS – reformas; Agentes Comunitários de Saúde (ACS); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); saúde bucal; saúde da família; Fundo de Ações Estratégicas e Compensações (FAEC): cirurgia do aparelho digestivo, cirurgia orofacial, transplante de órgãos, tecidos e células, mamografia para rastreamento, tratamento em oncologia; Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU – 192); rede cegonha; rede saúde mental; dentre outros.

O município possui população para cálculo de PAB fixo na faixa 3, recebendo R\$ 465.115,00 de repasse mensal para a atenção básica. A cidade possui 41 equipes de saúde da família implantadas e 8 núcleos de apoio à saúde da família (NASF) implantados. Existe um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), modalidade II, implantado no município. Também existe uma rede de média e alta complexidade: cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal; cirurgia orofacial; transplante de órgãos, tecidos e células; tratamentos odontológicos; reabilitação física e mental; mamografia para rastreamento; nefrologia; tratamento de doenças do aparelho da visão; tratamento em oncologia; serviços de atendimento móvel às urgências (SAMU); centros de referência em saúde do trabalhador; centro de especialidades odontológicas (CEO); rede de prevenção, diagnóstico de tratamento do câncer de colo de útero e de mama; saúde mental.

O território em que atuo é a Estratégia de Saúde da Família São Pedro 1, que compreende os bairros Universitário e Santos Dumont 1, que apresenta em sua maioria trabalhadores formais em empresas da região, empresários, autônomos. A comunidade possui abastecimento de luz

elétrica, água tratada, serviço de telefonia, casas lotéricas, linhas de ônibus regulares, entre outros.

A ESF São Pedro 1 está localizada na Rua Pastoril s/n, com horário de funcionamento de 07:00 às 17:00 hs. A ESF conta com 2 médicos, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem, 1 dentista, 2 assistentes de saúde bucal e 4 agentes comunitários de saúde. É matriciada pela equipe 7 do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A maior parte da demanda da ESF São Pedro 1 são os pacientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, seja para renovação de receitas ou para melhor controle de suas patologias. A maioria dos usuários tem por hábito consultar o médico somente para renovação das prescrições. Esta conduta limita a abordagem a estes pacientes, que por vezes não recebem o acompanhamento adequado clínico e laboratorial de suas comorbidades. Ao verificar as prescrições, percebi que muitos faziam uso de várias classes de medicamentos sem antes ter atingido a dose plena de algum deles. Em outros casos, a medicação tem sido usada de forma crônica com relato do diagnóstico da comorbidade de forma não bem esclarecida.

A maioria das pessoas procura o serviço para renovação de receita por meio das agentes de saúde durante sua visita, ou deixam suas prescrições antigas na ESF e retornam depois para busca-las. O acompanhamento destas condições crônicas é deficiente, pois a grande maioria não realiza exames preconizados para estes grupos, como fundoscopia e dosagem sérica de potássio anualmente.

Os nós críticos são, em sua maior parte, à pouca valorização das consultas de controle pelo usuário e ao fato de os profissionais de saúde não estarem atentos à maior necessidade de acompanhamento destas pessoas, desde o primodiagnóstico até a prevenção ou reabilitação de suas sequelas.

O número limitado de vagas para consulta médica é um dos principais fatores complicadores neste caso, pois não há demanda programada especialmente para este grupo de risco.

Além disso, não há controle sobre a periodicidade em que ocorrem as consultas e baixa busca ativa aos pacientes faltosos. Outro problema é a indisciplina dos usuários na utilização dos medicamentos, quanto aos horários e doses dos medicamentos. As pessoas, em sua maioria,

não foram sensibilizadas para a gravidade do mau controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus, ou sequer sabem os riscos a que estão expostos.

Diante do exposto, a proposta deste trabalho é elaborar um plano de intervenção para os usuários portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus da ESF São Pedro 1 para maior conhecimento e controle por parte dos indivíduos sobre tais condições, evitando a progressão e complicações das doenças.

2 JUSTIFICATIVA

A necessidade de se abordar o controle da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus dos usuários da ESF São Pedro 1 decorre da alta prevalência destas condições, que possuem diagnóstico, tratamento e controle possíveis de realização na atenção primária, a fim de evitar desfechos cardiovasculares de alta morbimortalidade como síndrome coronariana aguda e acidente vascular encefálico.

Tanto as condições quanto seus desfechos podem deixar sequelas que geram altos custos aos cofres públicos se não controlados, principalmente na abordagem das complicações agudas e reabilitação. Além disso, reduzem o tempo de vida produtiva, e por vezes obriga os familiares a deixar seus postos de trabalho para se tornarem cuidadores dos doentes, trazendo vários tipos de prejuízo pessoal, familiar e comunitário.

Devido à existência de espaço físico adequado para realização de grupos com os pacientes hipertensos e diabéticos e ser prioridade da equipe o manejo destes pacientes, o trabalho foi considerado viável na unidade.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um Plano de Intervenção para melhorar a adesão dos usuários hipertensos e diabéticos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família São Pedro 1, do Município de Governador Valadares.

3.2 Objetivos Específicos

- Controlar os níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes hipertensos e diabéticos;
- Realizar grupo operativo com os indivíduos hipertensos e diabéticos, em conjunto com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF 7;
- Criar um horário especial de atendimento e acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos na Estratégia de Saúde da Família São Pedro 1;
- Conscientizar e sensibilizar os indivíduos portadores de hipertensão e diabetes em relação às suas patologias, complicações e controle;
- Envolver a equipe da ESF no manejo dos pacientes hipertensos e diabéticos, desde a busca ativa e vinculação das pessoas aos seus agentes de saúde até o acompanhamento longitudinal destes indivíduos.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa baseada na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, nos cadernos de atenção básica sobre Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Doenças Crônicas, documentos do Ministério da Saúde e periódicos indexados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores “hipertensão arterial”, “diabetes”, “prevenção” e “Tratamento”. Também foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família - CEESF, e uma revisão narrativa da literatura sobre os temas. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

A proposta de intervenção foi possível após diagnóstico situacional da comunidade, que foi o primeiro passo do projeto, sendo esta uma das atividades realizadas no módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, da Unidade Didática I do Curso de Especialização em Atenção Básica da Família. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para realização do presente trabalho, será utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), que permite o planejamento e incorporação dos pontos de vista da equipe de saúde da família, comunidade e autoridades locais. Os diferentes atores sociais verbalizam suas demandas, propostas e estratégias de solução, enriquecendo o processo de planejamento, criando co-responsabilidades em conjunto com a equipe, tornando possível a execução do plano e continuidade do trabalho (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Identificam-se quatro momentos que caracterizam o processo do PES: o momento explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional. “Esses momentos, apesar de suas especificidades, encontram-se intimamente articulados na prática do planejamento, constituindo uma relação de complementaridade, dando-lhe caráter processual e dinâmico” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 31).

Desta forma, após revisão de literatura será iniciado em equipe este trabalho, visando articular os diferentes pontos de vista da equipe e comunidade para tornar o processo de diagnóstico e consequente planejamento estratégico compatível com as recomendações do Ministério da Saúde e das sociedades de cardiologia e diabetes em conjunto com as necessidades dos usuários.

Os encontros para formulação do PES ocorrerão em conjunto com equipe da ESF e NASF.

A partir do primeiro encontro serão traçadas metas com divisões de funções a cada responsável, além da elaboração do cronograma. No segundo encontro serão planejadas as ações específicas para execução do projeto.

O plano operativo seguirá um cronograma previsto inicialmente para 6 meses, já que o plano foi traçado com o objetivo de se tornar com uma execução contínua dentro da unidade. O plano também poderá sofrer modificações a longo prazo, visto que é um processo dinâmico e ajustável conforme necessidade da equipe e usuários.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados pela equipe, de acordo com seu desenvolvimento, dificuldades encontradas, evolução dos pacientes e retorno das ações pelos membros da comunidade. Como este projeto pretende ser contínuo, será constantemente reavaliado para que os ajustes necessários sejam realizados.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica de alta prevalência na população mundial e brasileira, associada a múltiplas variáveis, geralmente de etiologia primária, com apenas 5% dos casos secundários a outras causas. Define-se HAS a partir dos níveis elevados e mantidos de pressão arterial, aferida na técnica correta e com manguito adequado à idade e circunferência braquial. Está relacionada a lesões e disfunções em diversos órgãos, de maior gravidade em órgãos-alvo como rins, coração e cérebro, com morbidade e mortalidade elevadas, especialmente metabólicas e cardiovasculares (SBC, 2010).

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo distinto de doenças relacionadas ao metabolismo da glicose e problemas na secreção e/ou ação da insulina, levando a um estado hiperglicêmico que potencialmente gera complicações agudas e crônicas, por vezes debilitantes e fatais. Possui acometimento multiorgânico, porém com sequelas mais graves nos rins, cérebro, coração, olhos e nervos periféricos. O acometimento dos nervos periféricos está relacionado a um dos eventos mais comuns e de difícil manejo, conhecido popularmente como “pé diabético”. Está classificado em quatro categorias: primário ou tipo 1 (DM1), secundário ou tipo 2 (DM2), gestacional (DMG) e outros tipos específicos; sendo o mais comum DM2 (SBD, 2014).

Tanto a HAS quanto o DM2 possuem múltiplos fatores de risco, alguns comuns entre si como o sedentarismo, obesidade e idade avançada. A associação entre as duas condições não é obrigatória, mas de ocorrência comum e mais frequente com o envelhecimento. Possuem controle a partir de medidas não medicamentosas e por meio de drogas, sendo o tratamento instituído a partir do estágio da doença, existência de complicações e fatores individuais, como idade e comorbidades. Os principais desfechos negativos da HAS e DM2 são os cardiovasculares, que constituem a maior causa de óbito no Brasil, como síndrome coronariana aguda (SCA) e acidente vascular encefálico (AVE) (MENDES *et al*, 2014).

O diagnóstico de HAS não é realizado na primeira consulta, a menos que seja constatados níveis pressóricos elevados com lesão aguda de órgãos-alvo, em um episódio de emergência hipertensiva (SBC, 2010); assim como não se considera uma pessoa diabética apenas com a primeira glicemia alterada, a menos que esteja em nível superior a 200 mg/dl e com sintomas como polidipsia, poliúria, polifagia e perda de peso (SBD, 2014). Desta forma, para o

diagnóstico destas condições são necessárias consultas médicas regulares, conforme as alterações constatadas.

No momento do diagnóstico já podem estar presentes lesões em comum como nefropatia e retinopatia, que necessitam de tratamento médico especializado. Devido às diferentes variáveis envolvidas nas duas patologias, o controle e seguimento destes pacientes exigem uma equipe multiprofissional e multidisciplinar a fim de se alcançarem melhores resultados, tanto na redução da morbidade e mortalidade quanto na manutenção de níveis pressóricos e glicêmicos controlados e estáveis. (SBC, 2010; SBD, 2014).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O plano de intervenção foi elaborado pela Equipe de Saúde da Família São Pedro 1, tendo como base a grande demanda por renovação de prescrições médicas de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, muitas vezes sem passar por consulta médica, o que gerava uma grande demanda diária e desorganizada deste grupo de pacientes. Ao identificar o nó crítico e realizar o desenho das operações (quadro 1) a equipe percebeu a dimensão do problema.

Quadro 1 – Desenho das operações referentes aos nós críticos identificados

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Controle de pacientes hipertensos e diabéticos	Grupo Hiperdia	Controle das comorbidades, mudança de hábitos e estilo de vida, melhorar a adesão à terapêutica.	Abordagem e acompanhamento multidisciplinar em conjunto com o NASF, melhor controle das patologias.	Político: Apoio da Coordenação da AB Organizacional: para organizar o programa. Cognitivo: mais informação sobre o tema e estratégias de comunicação. Financeiros: para aquisição de materiais de divulgação; folhetos educativos. Humano: Equipe multidisciplinar e multiprofissional para melhor abordagem e adesão.

Fonte: ESF São Pedro 1 – Governador Valadares - 2014

O quadro 2 identifica os recursos críticos para cada operação identificada.

Quadro 2 – Identificação de recursos críticos.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Grupo Hipertensão Controle de pacientes hipertensos e diabéticos.	Político: Apoio da Coordenação da atenção básica Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação; folhetos educativos. Humano: Equipe multidisciplinar e multiprofissional para melhor abordagem e adesão. Organizacional: Organização do programa; para caminhada. Cognitivo: mais informação sobre o tema e estratégias de comunicação.

Fonte: ESF São Pedro 1 Governador Valadares – MG

Os problemas e nós críticos identificados só serão resolvidos com a participação ativa dos diversos atores envolvidos no processo (quadro 3).

Quadro 3 – Proposta de ação para motivação dos atores.

Operação/Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
<p>Grupo Hiperdia Controle de pacientes hipertensos e diabéticos.</p>	<p>Humano: Equipe multidisciplinar e multiprofissional para melhor abordagem e adesão.</p>	NASF	Favorável	Apresentar a campanha aos atores
	<p>Organizacional: para organizar o programa; para caminhada.</p>	Equipe da ESF	Favorável	
	<p>Cognitivo: mais informação sobre o tema e estratégias de comunicação.</p>	Equipe da ESF e do NASF	Favorável	
	<p>Político: Apoio da Coordenação da atenção básica</p>	ESF e Coordenação da Atenção Básica	Favorável	
	<p>Financeiro: para aquisição de materiais de divulgação; folhetos educativos.</p>	ESF e Coordenação da Atenção Básica	Favorável	

Fonte: ESF São Pedro 1 Governador Valadares – MG

Ao criar uma agenda específica através do chamado “grupo Hiperdia”, criada em dia e horário em que os profissionais da ESF e NASF estivessem todos presentes na unidade, será possível realizar o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. O plano de intervenção também utilizará a gestão da clínica por meio da: aferição de peso, altura, pressão arterial e glicemia em aparelho portátil em jejum pela técnica de enfermagem e enfermeira; cálculo do índice de massa corpórea, identificação de sobrepeso/obesidade/desnutrição pela nutricionista; atividade física na praça da ESF com a educadora física; realização de palestras com temas variados por equipe de saúde bucal, médica e nutricionista e consulta médica individual.

Conforme anamnese, exame físico e dados do prontuário, identificamos os usuários com mal controle pressórico e glicêmico, sem rastreio ou acompanhamento das complicações oftálmicas da HAS e DM, sem dosagem anual de potássio (especialmente nos usuários de diuréticos) ou sem monitorização da pressão arterial ou controle glicêmico. Sendo assim, desempenhamos o plano de intervenção com base no planejamento do grupo.

Desta forma, o projeto pretende conscientizar e orientar a população hipertensa e diabética sobre os aspectos que envolvem suas patologias, desde a definição, sinais e sintomas até a importância do tratamento adequado a fim de evitar complicações; manter atualizado o cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade, sobretudo aqueles em uso de insulina e já com complicações; e manter os níveis pressóricos e glicêmicos dentro dos padrões, prevenindo complicações associadas às patologias.

Os resultados são esperados a médio e longo prazo, visto o caráter multifatorial das patologias e considerando que mudanças de hábitos e estilo de vida ocorrem geralmente de forma gradual.

Portanto, a avaliação ocorrerá de forma longitudinal, por meio de consultas regulares com nutricionista, enfermeiro e médico, utilizando os dados de anamnese, exame físico e exames complementares para avaliar a eficácia das ações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus são duas das condições mais prevalentes em saúde pública, com alta taxa de morbidade e mortalidade, gerando altos custos pessoais, familiares, comunitários e aos cofres públicos.

Estas são as duas doenças de manejo clínico mais frequentes nas unidades de atenção primária à saúde, constituindo desafio diário à equipe e no manejo adequado destes pacientes.

Fazer parte de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família requer sensibilidade para realizar um diagnóstico epidemiológico do local em que trabalhamos e convivemos. Perceber as demandas dos usuários e os pontos de maior vulnerabilidade permite uma melhor intervenção na comunidade, a fim de solucionar ou amenizar os problemas já existentes.

Espera-se que, com a implantação do Plano de Intervenção, os usuários da ESF São Pedro 1 tornem-se mais orientados sobre suas patologias, curso das doenças, complicações e prevenção, além de melhor adesão aos medicamentos e acompanhamento de suas patologias, para evitar complicações, desfechos cardiovasculares e morte.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

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

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental**. São Paulo: Hucitec, 1997. P. 151-67.

ESPINDOLA, H. S. . **Caminhos para o mar: a expansão dos mineiros para o Leste**. In: Maria Efigênia Lage de Rezende; Luiz Carlos Villalta. (Org.). História de Minas Gerais. A Província de Minas.. 1ed.Belo Horizonte: Autêntica, 2013, v. 01, p. 51-69.

MENDES, Leidiane Mirlla e Oliveira; BARROS, Jacira da Silva Torres e; BATISTA, Nancy Nay Leite de Araújo Loyola; SILVA, Joselma Maria Oliveira. **Fatores Associados a não adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica: uma revisão integrativa**. Rev. Univap - SP, v. 20, n. 35, jul.2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2013**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES. **História de Governador Valadares**. Disponível em: <<http://www.valadares.mg.gov.br>>. Acesso em: 22/05/2014

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. ArqBrasCardiolv.95, n. 1 supl.1, p.1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014, p. 1-382.