

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CARMEM ODETE FERREIRA DE OLIVEIRA**

**MANEJO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS:  
PROBLEMATIZANDO ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**CARMEM ODETE FERREIRA DE OLIVEIRA**

**MANEJO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS:  
PROBLEMATIZANDO ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Professor Orientador:**

**M. Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho**

**FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado “**MANEJO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO E DIABETES MELLITUS: PROBLEMATIZANDO ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**” de autoria da aluna Carmem Odete Ferreira de Oliveira foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área de Doenças Crônicas.

---

**Prof. M. Sc. Cláudio Claudino da Silva Filho**

Orientador da Monografia

---

**Prof.ª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Prof.**

Coordenadora de Monografia

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu filho Aderson Monteiro de Oliveira Neto (in memoriam), pois mesmo que ele não possa participar desse momento, tenho certeza que de onde ele estiver está feliz assim como nós. Aderson filho amado, querido você permanecerá eternamente em nossas lembranças e, principalmente em nossos corações.

Amo muito você, saudades eternas!

“ Mas, buscai primeiro  
o reino de Deus, e a sua justiça,  
e todas estas coisas  
vos serão acrescentadas.”

Mateus 6:33

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado força e por estar sempre presente em minha vida, e que permitiu a realização desse sonho.

Aos meus filhos pelo apoio, carinho, amor e pela compreensão durante a minha ausência no decorrer deste processo.

Ao querido e dedicado orientador Cláudio Claudino da Silva Filho, grande motivador e conselheiro nesta jornada.

A minha querida amiga e colega de trabalho Áurea Luzia Paes Martins, que não mede esforços para contribuir no meu processo de conhecimento.

Ao amigo Julio Cesar Barreto Moreira, pela atenção e apoio prestado nos ensinamentos que me foram transmitidos.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus configuram-se atualmente como uma epidemia mundial. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como dieta inadequada, sedentarismo e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência destas patologias crônicas degenerativas em todo o mundo. O objetivo desse trabalho consiste é propor uma qualificação para os profissionais de saúde que atuam nos pontos de atenção a saúde, buscando a organização dos serviços, dos processos de trabalho e qualidade da atenção ao portador de Hipertensão e Diabetes. Os participantes do curso são profissionais ligados a saúde da Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins (enfermeiro, médico, cirurgião dentista, biólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico). Trata-se de um curso na modalidade EAD: Atualização no Manejo Clínico da Hipertensão e Diabetes *Mellitus*, realizado no período de maio de 2013 a agosto de 2014. O curso visa atualizar os conhecimentos sobre as doenças e hábitos saudáveis de vida requeridos no tratamento das referidas patologias, bem como conscientizar o profissional da saúde quanto à importância da constante conscientização da população em relação ao auto cuidado, promoção e prevenção.

**Palavras – Chave:** Hipertensão; Diabetes; Educação em Saúde; Autocuidado.

## LISTA DE QUADROS

Planilha de custo financeiro ----- 18

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>0</b>
<b>1.1 Objetivos.....</b>	<b>0</b>
1.1.1 Objetivo Geral.....	0
1.1.2 Objetivos Específicos .....	0
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>0</b>
2.1 Hipertensão Arterial.....	0
2.1.1 Definição: .....	0
2.1.2 Epidemiologia: .....	0
2.1.3 Fatores de risco .....	0
2.1.4 Critérios Diagnósticos e Classificação .....	0
2.1.5 Tratamento .....	0
2.2 Diabetes.....	0
2.2.1 Definição .....	0
2.2.2 Classificação: .....	0
2.2.3 Diagnóstico .....	0
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>0</b>
3.1 Tipo de Estudo.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.2 Local do Estudo.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.3 Período do Estudo.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3.4 Análise dos Resultados .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>



3.6 Aspectos Éticos .....**Erro! Indicador não definido.**

**4 RESULTADO E ANÁLISE**.....

4.1 Diagnósticos e intervenções de enfermagem para pacientes com diabetes .....

4.2 Avaliação de enfermagem aos hipertensos, diabéticos e família. .... 0

**5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**.....

**6 REFERÊNCIAS**.....

**APÊNDICE A** .....

## 1 INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) configuram-se atualmente como uma epidemia mundial. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como dieta inadequada, sedentarismo e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência destas patologias crônicas degenerativas em todo o mundo.

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). É uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo com alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais FR modificáveis para DCV. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA T 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. A prevenção primária, a detecção precoce, o tratamento e o controle da HAS são as formas mais efetivas de evitar a doença e reduzir eventos cardiovasculares e devem ser metas prioritárias dos serviços e profissionais de saúde. (Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011. 118 p.: 30 cm).

A Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. (Brasil, 2006).

A estimativa é de que a população de 40 anos e mais, aproximadamente 40% são portadores de hipertensão arterial. E esse número é crescente, seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão por parte

do paciente ao tratamento prescrito. Estes são os principais fatores que determinam um controle muito baixo da hipertensão arterial sistêmica aos níveis considerados normais em todo o mundo.

No Brasil, a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel – 2011), é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca-se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 8 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. (BRASIL, 2006).

Nos países da América Central e do Sul foi estimada a prevalência de DM em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa

população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011).

Além dos custos financeiros, estas patologias acarretam também custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes, suas famílias e à sociedade, em decorrência da perda da produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública. Uma das principais iniciativas economicamente eficazes e importante foi a da publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

Por serem doenças em geral de longa duração, as DCNT estão entre as doenças que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Seguindo a tendência dos países do primeiro mundo, o impacto das DCNT em muitos países em desenvolvimento cresce continuamente e aumenta as dificuldades socioeconômicas. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) as DCNT e a pobreza criam um círculo vicioso nos países de renda média e baixa uma vez que impactam negativamente seu desenvolvimento macroeconômico.

As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico entre famílias, sistema de saúde e sociedade. Estes custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais), como custos indiretos (perda de produção associada a estas doenças, aposentadorias precoces, dentre outras). Estes custos serão aumentados na próxima década se não forem implementadas intervenções efetivas. Intervenções para a redução do crescimento das DCNT trarão benefícios econômicos. As estimativas da OMS traduzem uma redução entre 0,5% e 1% do produto interno bruto de países como Brasil, Índia, Canadá, China, Inglaterra, Paquistão, Nigéria, entre 2005 e 2015, se não forem adotadas medidas de cuidado integral destas doenças (OMS, 2005).

A análise da situação de saúde mundial e nacional revela que são enormes os desafios colocados aos governos e aos gestores de saúde para garantir direitos de

cidadania e de melhor qualidade de vida às suas populações. Contudo, as investigações e pesquisas realizadas também apontam direções para a redução dos impactos negativos das condições de vida da sociedade atual na saúde das populações.

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010).

O sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT é maior à medida que sejam realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco.

Tendo em vista favorecer o alcance dos indicadores pactuados pelas Equipes de Saúde dos municípios do Estado do Tocantins, trabalha-se, portanto, com a produção de informações e análises da situação de saúde, com o planejamento de ações vinculadas a determinado cenário e população, com a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais e com a sua avaliação, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco buscando reduzir a morbimortalidade por HAS e DM no Tocantins.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Apresentar um plano de ação para qualificar os profissionais de saúde que atuam nos pontos de atenção a saúde, buscando a organização dos serviços, dos processos de trabalho e qualidade da atenção ao portador de Hipertensão e Diabetes.

### **2.2 Objetivos Específicos:**

- Qualificar profissionais para o manejo clínico em Hipertensão e Diabetes com ênfase no autocuidado apoiado;
- Atualizar os conhecimentos sobre as doenças e hábitos saudáveis de vida requeridos no tratamento das referidas patologias;
- Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações;
- Estimular o autocuidado por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos e hipertensos;

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A partir da industrialização, a mudança do estilo de vida passou a se associar a um aumento dos comportamentos de risco para o desenvolvimento e agravamento das doenças crônicas e à dificuldade, entre seus portadores, de manter níveis satisfatórios de autocuidado e adesão ao tratamento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

As doenças cardiovasculares continuam incapacitando e matando milhares de pessoas, o diabetes aliado ao aumento da prevalência da hipertensão e à complexidade da adesão ao tratamento, tais como: restrições dietéticas, inatividade física, obesidade, uso do álcool e drogas, uso de medicamentos e complicações crônicas associadas (retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático, entre outras) reforçam a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde.

A mudança de comportamento, com a adoção de hábitos saudáveis e da prática de atividades físicas são essenciais para o êxito, controle e tratamento dessas patologias. Estudos mostram que o controle e a prevenção de complicações do diabetes e hipertensão são possíveis por meio de programas educativos voltados ao autocuidado apoiado.

Com a educação dos portadores de Diabetes e Hipertensão, é possível conseguir reduções importantes das complicações e conseqüente melhoria da qualidade de vida, porque entende-se que a educação para a saúde, feita por grupos especializados, poderá ajudar os profissionais de saúde e as pessoas portadoras de diabetes e famílias a atingirem a qualidade de vida, ao longo do processo da doença. A educação para a saúde é uma tarefa que requer conhecimentos, dedicação e persistência, é de responsabilidade de cada integrante da equipe de saúde. Como parte essencial do tratamento, constitui-se num direito e num dever do paciente e dos profissionais responsáveis pela promoção da saúde.

Considerando a necessidade de reorganizar a atenção à saúde da pessoa com doenças crônicas, o Ministério da Saúde em 19 de fevereiro de 2013 instituiu a Portaria MS Nº 252. E em seu Art. 3º deixa claro a finalidade da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas que é realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Define também que as doenças crônicas apresentam início gradual, com duração longa ou incerta e que, em

geral, apresentam múltiplas causas e o tratamento envolve mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que usualmente não leva à cura.

Mendes (2012) afirma que melhoria da saúde das pessoas portadoras de condições crônicas requer transformar um sistema de atenção à saúde que é essencialmente fragmentado, reativo e episódico, respondendo às demandas de condições e eventos agudos, focado na doença, em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde. Equipe de saúde proativa e preparada é aquela que atua proativamente na interação com as pessoas usuárias, com base em informações significativas, com suporte e recursos necessários para prover uma atenção de alta qualidade e produzindo, ao final, melhores resultados clínicos e funcionais.

As metodologias compreensivas partem do princípio que as pessoas portadoras de condições crônicas como nos casos dos diabéticos e hipertensos precisam fazer modificações na sua vida para aceitar a doença e as mudanças que ela traz no cotidiano do sujeito. Que a aceitação da doença não é resultado de informação e de aquisição de novos hábitos, mas sim está relacionada a como o paciente entende o seu problema, ao que ele acredita sobre o seu problema (modelo explicativo da doença) e à carga de experiência e de aprendizagem relacionadas ao adoecimento e de como foram sendo tecidas ao longo da vida: sentimentos de perdas, frustrações e busca de um querer viver para além das limitações que a doença traz em sua vida. Observamos que o adoecimento impõe pequenas mortes – representadas pelas perdas cotidianas em relação às formas de viver anteriores; modifica a relação da pessoa com o mundo e consigo mesmo, produzindo sentimentos como: impotência, desesperança, desvalorização, temor, apreensão e medo da morte (PASINI, 2013).

A responsabilidade do profissional de Saúde com relação às mudanças nos hábitos de vida não deve se traduzir em um processo de normatização e muito menos de culpabilização do indivíduo. Ao acolher o usuário, o profissional deve expressar o reconhecimento pelo outro, em suas diferenças, dores, alegrias e seu modo de viver. Dessa forma, as habilidades de comunicação podem ser utilizadas no acompanhamento do usuário, pois uma boa comunicação exige respeito pelos pensamentos, pelas crenças e pela cultura do próximo. Para tanto, o profissional não deve dizer o que acha que deve ser feito ou forçar o paciente a agir de determinada forma. (GARCIA, 1992; RITO, 2004)



Segundo Orem (2001), a teoria do autocuidado constitui a essência da teoria geral da enfermagem e identifica cinco métodos de ajuda: Agir ou fazer para o outro; Guiar outro; Apoiar o outro (física ou psicologicamente); Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação e Ensinar o outro.

O autocuidado tem três grandes pilares a serem desenvolvidos ao longo do tempo com o usuário portador de uma condição crônica. Esses pilares, na prática, são grupos de problemas/prioridades ou mudanças necessárias identificadas pela pessoa. Há evidências robustas de que intervenções individuais e grupais para promover o empoderamento das pessoas e para capacitá-las para o autocuidado são muito efetivas no manejo das condições crônicas. (Eugênio Vilaça, 2012)

Contudo, como adverte a Organização Mundial da Saúde a responsabilidade individual só pode ser imputada quando os indivíduos têm acesso igual a uma vida saudável e recebem apoio para tomar decisões sobre sua saúde não cabendo a vitimização dos portadores de condições crônicas.

No Brasil as DCNT correspondem a 72% das causas de morte. Em 2007 a taxa de mortalidade por DCNT foi de 540 óbitos por 100.000 hab. (Lancet, 2011). Nas últimas décadas as DCNT passaram a liderar as causas de óbito no país, ultrapassando as taxas de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP).

O Tocantins apresenta um comportamento similar das demais regiões do Brasil, e no mundo. As DCNT ocupam o primeiro lugar entre as principais causas de óbitos as taxas de mortalidade das Doenças do aparelho circulatório dentre elas hipertensão e diabetes quando comparadas com algumas doenças infecciosas e parasitárias apresentam como as principais causas de morte totalizando um percentual de 31,2% em 2011.

O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil 2011-2022 visa preparar o Brasil para enfrentar e deter nos próximos 10 anos as DCNT e propõe metas e indicadores específicos para reduzir as taxas de morbimortalidade, uma das metas é reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura (30 a 69 anos) por Doenças Crônicas Não Transmissíveis pelo o conjunto das 4 principais doenças (Doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas).

A iniciativa deste projeto é o de apresentar resultados na redução da morbimortalidade capacitando profissionais para o manejo clínico em Hipertensão e

Diabetes, Atualizando os conhecimentos sobre as doenças e hábitos saudáveis de vida requeridos no tratamento das referidas patologias, assim como melhorando o atendimento aos portadores de HAS e DM e favorecendo o alcance dos indicadores pactuados pelas Equipes de Saúde dos municípios do Estado do Tocantins.

Para tanto é necessário que se qualifique os profissionais de saúde do SUS para que tenham condições de exercer suas funções de forma a garantir uma atenção integral, resolutive e de qualidade ao usuário que depende do Sistema Unico de Saúde tanto em nível primário quanto nos demais níveis de atenção.

Com a preocupação em estruturar a integralidade do cuidado em uma rede de atenção à saúde voltada para a Atenção e prevenção da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus e suas complicações, a Secretaria de Estado da Saúde, por meio da Gerência de Hipertensão e Diabetes, capacitará profissionais do SUS que atendem na Atenção Básica em Saúde- ABS das 8 (oito ) Regiões de saúde do Tocantins, pois para ter sucesso, a ABS precisa de profissionais qualificados para atender, de maneira integral, aos principais problemas de saúde da população. Isso exige processos de educação permanente voltados para a realidade de trabalho desses profissionais.

O referencial utilizado foram os “Cadernos de Atenção Básica nº. 15 e 37 Hipertensão Arterial Sistêmica e Caderno de Atenção Básica nº. 16 e 36 Diabetes Mellitus ambos publicação do Ministério da Saúde”. Bem como, outros referenciais que abordam as especificidades e necessidades no que se refere ao estado de saúde e bem estar dos portadores em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de Estudo**

O presente estudo apresenta uma intervenção do tipo de tecnologia de cuidado a ser implementada na Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins

Serão utilizados estudo de caso, manejo clínico e discussões temáticas, momentos com aulas expositivas, trabalhos em grupo, leitura de textos científicos, aprendizado baseado em problemas. O material didático que será utilizado terá como referencial o Caderno da Atenção Básica Nº 36 e Caderno da Atenção Básica Nº 37 do Ministério da Saúde e a Metodologia da Problematização de Paulo Freire, buscando sempre o princípio da relação problematizadora entre a teoria e a prática, tendo sempre um subsídio uma da outra, e ambas provocando a construção do conhecimento. Nos dizeres de Saviani (1983), um método que partindo da visão sincrética da realidade, fazendo a análise a partir da teoria e chegando à síntese – leva a uma compreensão mais elaborada da realidade inicial. Em uma educação para a humanização, para a autonomia e emancipação, busca-se que os educandos sejam capazes de conhecer as ciências, os valores éticos, as relações explícitas ou ocultas da realidade, para então se inserirem, se engajarem no mundo e transformá-lo, melhorá-lo. Corroborando com isto, Paulo Freire afirma que, “Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio desta realidade e procurar soluções.” (1979a, p. 30).

Faz parte do papel da escola preparar o indivíduo para viver e atuar na sociedade. Para fazê-las como sujeito, não como objeto manipulável, alienado, é preciso o domínio de conhecimentos que a desvendem, que permitam a avaliação, a identificação das necessidades de transformação. Tratando-se especificamente dos conhecimentos que o educando em formação para a docência precisa dominar e da realidade educacional de sua vivência como estudante, questões provocadas pela Metodologia da Problematização podem dar direcionalidade na construção do conhecimento, provocar a capacidade de pensar do aluno (representação, relação, ação) e, retomando os ideais da teoria crítico social na perspectiva transformadora das pedagogias progressistas, alcançar a transformação da realidade. Este domínio não depende somente do aluno, tão pouco somente do professor, mas da iniciativa de ambos frente às possibilidades do ensino e da aprendizagem. Paulo Freire propõe uma educação não bancária, que busca um homem consciente que se compromete com a

própria realidade, que supõe a humanização e a autonomia; uma educação problematizadora. Problematizar é, a partir da realidade concreta do sujeito, criar o conflito cognitivo que o leve a recorrer a seu referencial, identificar o que precisa ser mudado nesta realidade e, com base num referencial científico, buscar os conhecimentos necessários para, primeiro, compreendê-la, e posteriormente intervir na realidade para que ocorra a mudança necessária que propõe o curso de Manejo Clínico da Hipertensão e Diabetes.

## **4.2 Local de Estudo**

A metodologia é teórica-prática, semi presencial por meio do Telessaúde mediante a utilização do Ambiente Virtual de Aprendizagem – Moodle contemplando assim todos os profissionais de saúde do Estado do Tocantins.

O Programa Telessaúde Brasil Redes criado através de portaria do Ministério da Saúde, em janeiro de 2007, começou com um modelo piloto em que foram implantados Núcleos em 09 estados brasileiros. Em outubro de 2011, o programa foi reestruturado pela portaria 2.546 de 27 de outubro de 2011, o programa iniciou a fase de expansão com a implantação de núcleos em outros estados.

O Núcleo Tocantins, inaugurado em maio de 2011, foi o primeiro do país a iniciar suas atividades na chamada fase de expansão do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes. O Telessaúde do Tocantins está localizado no Campus de Palmas da Universidade Federal do Tocantins (UFT). Conta com a participação de equipe multidisciplinar, de diversos serviços de saúde do estado, incluindo a Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde, o Hospital Geral de Palmas, Hospital Infantil, Hospital Maternidade Dona Regina e Fundação de Medicina Tropical, tendo como um de seus objetivos, qualificar equipes de Saúde da Família, por meio da utilização de modernas tecnologias de informação e comunicação, capazes de promover a teleeducação/teleassistência, melhorando a resolubilidade na atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Sua estrutura consiste em uma rede de serviços parceiros, com a criação de projetos intermunicipais, geridos de maneira compartilhada, com a possibilidade de participação das secretarias estaduais de saúde, instituições de ensino e serviços de saúde.

As tecnologias que dão suporte ao projeto contam com sistema de *software* desenvolvido pela Diretoria de Tecnologia de Informação (DTI), da Universidade Federal do Tocantins. Esses sistemas são usados em equipamentos de última geração com tecnologia de alta definição para webconferência e videoconferência.

Atualmente o Núcleo Técnico-Científico de Telessaúde do Tocantins, conta com 70 Pontos de Telessaúde distribuídos em 50% dos municípios do Estado. Possibilitando redução de custos para gestores municipais na saúde pública, eficiência e resolubilidade na Atenção Básica do SUS, através da integração entre equipe, municípios e universidade.

### 4.3 Período do Estudo

O curso acontecerá no período de maio de 2013 a agosto de 2014 e as atividades educativas serão distribuídas dentro da carga horária total de 40 horas/aulas, sendo 3 (três) facilitadores por turma e 4 (quatro) tutores na Plataforma EAD (Moodle) e os certificados serão emitidos pela Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde Dr. Gismar Gomes.

**Tabela I - Planilha de custo**

DETALHAMENTO FINANCEIRO					FONTE DO RECURSO: 45		
PROJETO: CURSO DE CAPACITAÇÃO EM HIPERTENSÃO E DIABETES							
QUANTIDADE DE CURSOS: 07				PROFISSIONAIS CAPACITADOS: 700 PARTICIPANTES			
CARGA HORÁRIA: 40 HORAS							
OBJETO DO GASTO	TIPO DE DESPESA	DETALHAMENTO	PREVISÃO		VALOR UNITÁRIO R\$	VALOR TOTAL DISCRIMINADO	VALOR TOTAL POR OBJETO DO GASTO
			DESCRIÇÃO	QUANTIDADE REFERENTE A DESCRIÇÃO - HORA			
Serviços de terceiros - Pessoa física	Corrente	Hora aula (Facilitador)	1 Facilitador x 40h/a x 7 turmas	280	60,00	16.800,00	16.800,00
		Hora aula (tutor)	4 Tutores x 40h/a x 7 turmas	1.120	60,00	67.200,00	67.200,00
Serviços de terceiros - pessoa jurídica	Corrente	Material Educativo	7 turmas	-	-	5.270,00	5.270,00
<b>Valor Total</b>							<b>R\$ 89.270,00</b>

A fonte pagadora é 0102 - Recursos do Tesouro/Ações de Serviços Públicos de Saúde/MS. Esse projeto contempla a Ação do Plano Pluri Anual/2012: Ação 4246 – Promoção da Atenção e Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Esse projeto foi aprovado pelo Comitê de Regulação dos Processos Educacionais em Saúde – CREPES, da Escola Tocantinense de Saúde do Sistema Único de Saúde do Tocantins – ETSUS.

#### **4.4 Análise dos Resultados**

Foram utilizados estudo de caso, manejo clínico e discussões temáticas, momentos com aulas expositivas, trabalhos em grupo, leitura de textos científicos, aprendizado baseado em problemas. O material didático que será utilizado terá como referencial o Caderno da Atenção Básica Nº 35 e Caderno da Atenção Básica Nº 36 do Ministério da Saúde.

A avaliação das ações educativas terá como base o desenvolvimento da habilidade/competência adquirida pelos participantes. Avaliação inicial de conhecimento dos participantes; Avaliação do conteúdo teórico e prático; Avaliação da metodologia; Avaliação final sobre o conhecimento adquirido; Avaliação da capacitação pelos participantes. Avaliação através de um Plano de Intervenção baseado em situação problema elaborado pela equipe com interface no PMAQ. A avaliação acontecerá durante todo o processo de ensino/aprendizagem do curso. Ao iniciar o curso será apresentado aos participantes um pré-teste para avaliar seus conhecimentos e no final do curso utilizaremos o pós-teste para que se avalie o conhecimento adquirido com os conteúdos apresentados e discutidos.

#### **4.5 Aspectos Éticos**

Para a realização do estudo foram observados os preceitos e condutas éticas.

O presente estudo não oferecerá nenhum tipo de despesa aos usuários dos serviços de saúde e nem aos profissionais da atenção básica. Os participantes poderão desistir do projeto em qualquer momento, sem qualquer prejuízo por abandonar, sendo garantido o sigilo das informações prestadas, se houverem, para a preservação da sua integridade. Os mesmos serão informados, que independente dos resultados da pesquisa, eles serão divulgados e publicados em periódico científico.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

## 5 RESULTADOS E ANÁLISE

Torna-se essencial pensar em uma metodologia para uma prática de educação libertadora, na formação de um profissional ativo e apto a aprender aprendendo.

Segundo Fernandes e colaboradores o aprender a aprender na formação dos profissionais de saúde deve compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser garantindo a integralidade da atenção à saúde com qualidade, eficiência e resolutividade. Portanto, as abordagens pedagógicas progressivas de ensino aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades.

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo: a autonomia, algo explícito na invocação de Paulo Freire. A educação contemporânea deve pressupor um discente capaz de auto gerenciar ou autogovernar seu processo de formação, assim sendo as metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões.

A questão que se impõe ato contínuo, diz respeito ao modo de concretização desse reconhecimento à autonomia do discente e, uma vez mais, pode-se responder com Paulo Freire, ao se propor um processo ensino-aprendizagem que pressuponha o respeito à bagagem cultural do discente, bem como aos seus saberes construídos na prática comunitária. Isto só se torna possível na medida em que o docente tenha como características principais a humildade reconhecendo sua finitude, os limites de seu conhecimento, o ganho substantivo advindo da sua interação com o estudante e a importância de sua avaliação pelo aprendiz o respeito à autonomia parece ser o melhor modo para a compreensão, por parte do binômio docente/discente, do processo de



produção, expressão e apreensão do conhecimento, dentro de uma perspectiva de transformação da realidade, afinal, conhecer é transformar.

Espera-se assim uma mudança no processo de trabalho destes profissionais agora capacitados sobre um novo olhar e nas rotinas dos serviços de saúde; Melhoria dos indicadores de saúde reduzindo as taxas de Internação por complicações de Diabetes e Taxa de Internação por Acidente Vascular Cerebral (AVC).

Tendo como orientações as estratégias e papéis desenvolvidas com o propósito de ensinar deve ser apreciada por todos aqueles que dela participam. A aprendizagem que envolve a auto-iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais, torna-se mais duradoura e sólida. Nessa perspectiva, a produção de novos saberes exige a convicção de que a mudança é possível, o exercício da curiosidade, da intuição, da emoção e da responsabilização, além da capacidade crítica de observar e perseguir o objeto aproximação metódica para confrontar, questionar, conhecer, atuar e re-conhecê-lo.

O ato de aprender deve ser, portanto, um processo reconstrutivo, que permita o estabelecimento de diferentes tipos de relações entre fatos e objetos, desencadeando ressignificações/reconstruções e contribuindo para a sua utilização em diferentes situações De acordo com Coexistem duas condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, ou seja, a postura própria do discente que permite estabelecer associações entre os elementos novos e aqueles já presentes na sua estrutura cognitiva. Ao contrário, na aprendizagem mecânica, não se consegue estabelecer relações entre o novo e o anteriormente aprendido.

Ademais, a aprendizagem significativa se estrutura, complexamente, em um movimento de continuidade/ruptura. O processo de continuidade é aquele no qual o estudante é capaz de relacionar o conteúdo apreendido aos conhecimentos prévios, ou seja, o conteúdo novo deve apoiar-se em estruturas cognitivas já existentes, organizadas como subsunçores. O processo de ruptura por outro lado, instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências – conceitos prévios, sínteses anteriores e outros –, tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento As metodologias ativas utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, com o objetivo de alcançar e motivar o discente, pois diante do problema, ele se detém, examina, reflete, relaciona a sua

história e passa a ressignificar suas descobertas. A problematização pode levá-lo ao contato com as informações e à produção do conhecimento, principalmente, com a finalidade de solucionar os impasses e promover o seu próprio desenvolvimento. Ao perceber que a nova aprendizagem é um instrumento necessário e significativo para ampliar suas possibilidades e caminhos, esse poderá exercitar a liberdade e a autonomia na realização de escolhas e na tomada de decisões. (Freire, 1987).

A possibilidade humana de existir forma acrescida de ser mais do que viver, faz do homem um ser eminentemente relacional. Estando nele, pode também sair dele. Projetar-se. Discernir. Conhecer. É um ser aberto. Distingue o ontem do hoje (Freire, 2001).

Paulo Freire se refere aos Círculos de Cultura em diferentes momentos de sua obra.

O círculo de cultura era uma experiência em que você trabalhava com duas, três ou até vinte pessoas, não importava. Em diversas outras oportunidades em sua obra, Paulo Freire retoma e explica o conceito de Círculos de Cultura. Por exemplo, em Cartas a Cristina, observamos a diferença entre Centros de Cultura e Círculos de Cultura. Os primeiros eram espaços amplos que abrigavam em si círculos de cultura, bibliotecas populares, representações teatrais, atividades recreativas e esportivas. Os Círculos de Cultura eram espaços em que dialogicamente se ensinava e se aprendia. Em que se conhecia em lugar de se fazer transferência de conhecimento. Em que se produzia conhecimento em lugar da justaposição ou da superposição de conhecimento feitas pelo educador a ou sobre o educando. Em que se construía novas hipóteses de leitura do mundo (Freire, 1994).

“O papel ativo do homem em sua e com sua realidade. O sentido de mediação que tem a natureza para as relações e comunicação dos homens”  
(Freire, 1983).

Freire refere a um “conceito antropológico de cultura” que distingue dois mundos: o da natureza e o da cultura. O aprendizado da escrita e da leitura como uma chave com que o analfabeto iniciaria a sua introdução no mundo da comunicação escrita. O homem, afinal, no mundo e com o mundo. O seu papel de sujeito e não de mero e permanente objeto (Freire, 1983).

Como podemos observar, o conceito de cultura utilizado por Freire pressupõe uma dimensão altamente crítica dos membros participantes do Círculo de Cultura, ou seja, de todas as pessoas da sociedade, do povo, enfim, no sentido de que possuem todo

o potencial para superar a “consciência ingênua” e alcançar a “consciência crítica”, desde que mediado pelo processo educacional. Nessa direção, percebemos a importância atribuída por Freire à escola e, conceito de escola. Até porque, para Freire, a educação não se dá apenas no espaço formal de uma unidade escolar, numa escola oficial, de ensino regular, dentro de uma estrutura geralmente rígida que, via de regra, tende mais a conservar e reproduzir uma determinada cultura.

Esse curso traz a possibilidade de tornar os sujeitos participantes altamente críticos para mudar a realidade e aperfeiçoar o processo de educação em saúde associados aos cuidados interdisciplinares para hipertensão e diabetes.

<b>PRIORIDADE</b>	<b>METODOS</b>	<b>PÚBLICO ALVO</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>AVALIAÇÃO</b>
Implementar um curso de 40h Modalidade de ensino a distancia facilitando a participação de alunos de todos os municípios do estado, para qualificar os profissionais para o manejo clinico em Hipertensão e Diabetes com ênfase no autocuidado apoiado	Curso de 40h EAD em Atualização em Manejo Clínico da Hipertensão e Diabetes Mellitus  A seleção para os tutores por meio da publicação do Edital para o curso Atualização em Manejo Clínico da Hipertensão e Diabetes Mellitus;	Profissionais ligados a saúde da Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins (enfermeiro, médico, cirurgião dentista, biólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico);	Transformação das práticas rotineiras no cuidado integral a população dos municípios contemplados.	Parceria entre SESAU e UFT viabilizando a metodologia de ensino a distância Facilidade do acesso dos alunos à plataforma <i>moodle</i> , contribuindo para a participação <i>on line</i> dos mesmos; Gratuidade do curso universalizando seu acesso; Divulgação do curso entre as secretarias municipais de saúde e suas respectivas equipes de saúde da família
Atualizar os conhecimentos sobre as doenças e hábitos saudáveis de vida requeridos no tratamento das	Uso de bibliografia atualizada e não restrita somente às diretrizes SUS; Roda de conversa	Profissionais ligados a saúde da Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins	Somar a suas práticas de trabalho aos novos conhecimentos e ações voltadas ao bem estar da	Comprometimento dos profissionais que se inscreveram no curso

referidas patologias	por web conferência, leituras de textos complementares e vídeo aulas com os profissionais sobre estratégias para o enfrentamento das dificuldades para operacionalização das ações desenvolvidas visando o fortalecimento das ações de atenção, promoção, prevenção e assistência a saúde de hipertensos e diabéticos nas Unidades Básicas de Saúde.	(enfermeiro, médico, cirurgião dentista, biólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico);	população	
Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações	Teleconferências com troca de experiências e com profissionais atualizados; Através de estudo de caso, web conferência, roda de conversa, leituras de textos complementares e vídeo aulas com os profissionais	Profissionais ligados a saúde da Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins (enfermeiro, médico, cirurgião dentista, biólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico);	Reduzir o número de internações hospitalares e complicações por AVC e Diabetes Mellitus, mortalidade por doenças cardiovasculares, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce e atenção de qualidade na atenção básica;	Disponibilidade de tutores pra demanda de dúvidas e estímulo do conhecimento
Estimular o autocuidado por meio da formação de grupos com atividades	Formação de grupos específicos com atividades educativas na Unidade Básica de Saúde; Fórum	Profissionais ligados a saúde da Atenção Básica dos municípios do Estado do Tocantins	Conscientizar o profissional da saúde da importância da constante conscientização da população quanto ao	Comprometimento dos profissionais a realizar as atividades práticas na sua rotina de trabalho

educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos e hipertensos	síntese	(enfermeiro, médico, cirurgião dentista, biólogo, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico);	auto cuidado.	
---	---------	---	---------------	--

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização do curso foi desenvolvida em 04 eixos, ao final de cada eixo o aluno participou de um fórum síntese, aberto pelos tutores para troca de experiências, dificuldades do conteúdo estudado, potencialidades encontradas, conhecimentos adquiridos para qualificar a prática profissional, onde o fórum sintetizava todas as idéias levantadas, avanços e destaques conquistados durante o estudo do eixo. A participação do tutor era a de mediador através da plataforma moodle, postagem de material bibliográfico na plataforma, abertura de fórum síntese de dúvidas, contatos com os alunos via e-mail, fone, estudo de caso e tutoria através do estímulo as discussões enriquecendo os debates, possibilidade de conhecimentos de novas realidades e aprofundamento de conhecimentos teóricos para o acompanhamento e o tratamento dos portadores de hipertensão e diabetes sobre tudo buscando reflexões de natureza prática e aliando a teoria à prática em todas as situações.

A metodologia de ensino a distância vem proporcionar aos discentes uma maior facilidade ao acesso a qualificação, tendo em vista que o mesmo não necessita se deslocar do seu município, e ausentar-se do ambiente de trabalho para realizar cursos. Pois leva a promoção do acesso à atualização do profissional e um potencial de abrangência de cursos para as regiões de saúde do Tocantins, com uma plataforma de EAD em ótimas condições de uso e manejo e tutores com disponibilidade e experiência dando suporte aos participantes que são contemplados com materiais didáticos atualizados e preconizados pelo MS.

O ensino a distância permite uma educação contínua, que se dá no processo de formação constante, de aprender sempre, de aprender em serviço, juntando teoria e prática, refletindo sobre a própria experiência, ampliando-a com novas informações e relações, integrando tecnologias e propostas pedagógicas inovadoras, com foco na aprendizagem.

No decorrer do curso, as fragilidades encontradas foram em relação ao acesso dos alunos à plataforma *moodle*, por não conhecimento de informática, ausência do sinal de internet e o não cumprimento dos discentes dos prazos estipulados pela coordenação do curso, para evitar a demora entendendo que os trâmites burocráticos podem interferir no cumprimento do cronograma do curso.

O presente trabalho aqui apresentado reflete a necessidade de se repensar as práticas de trabalho dos profissionais de saúde que lidam diretamente com a população,

isso se dará inicialmente a partir da mudança nas práticas diárias com aplicação dos conhecimentos adquiridos com o curso, visando a redução do número de óbitos e internações hospitalares por complicações por AVC e Diabetes Mellitus. Buscando sempre conscientizar o profissional da saúde quanto à importância da constante conscientização da população em relação ao auto cuidado, promoção e prevenção.

## REFERÊNCIAS

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE P. **Pedagogia do oprimido** 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária A organização do cuidado às pessoas com hipertensão arterial sistêmica em serviços de atenção primária à saúde** / organização de Sandra R. S. Ferreira, Itamar M. Bianchini, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, ago. 2011. 118 p.: 30 cm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde)

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. 128 p.: il.– (Cadernos de Atenção Básica; 37)

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6 th ed. St Louis (USA): Mosby Inc.; 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 28 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 212 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38)



MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**/Departamento de Ações Programáticas estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde, 2001: 104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. - (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**/Brasília - Ministério da Saúde, 2006. 192p.il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº19).

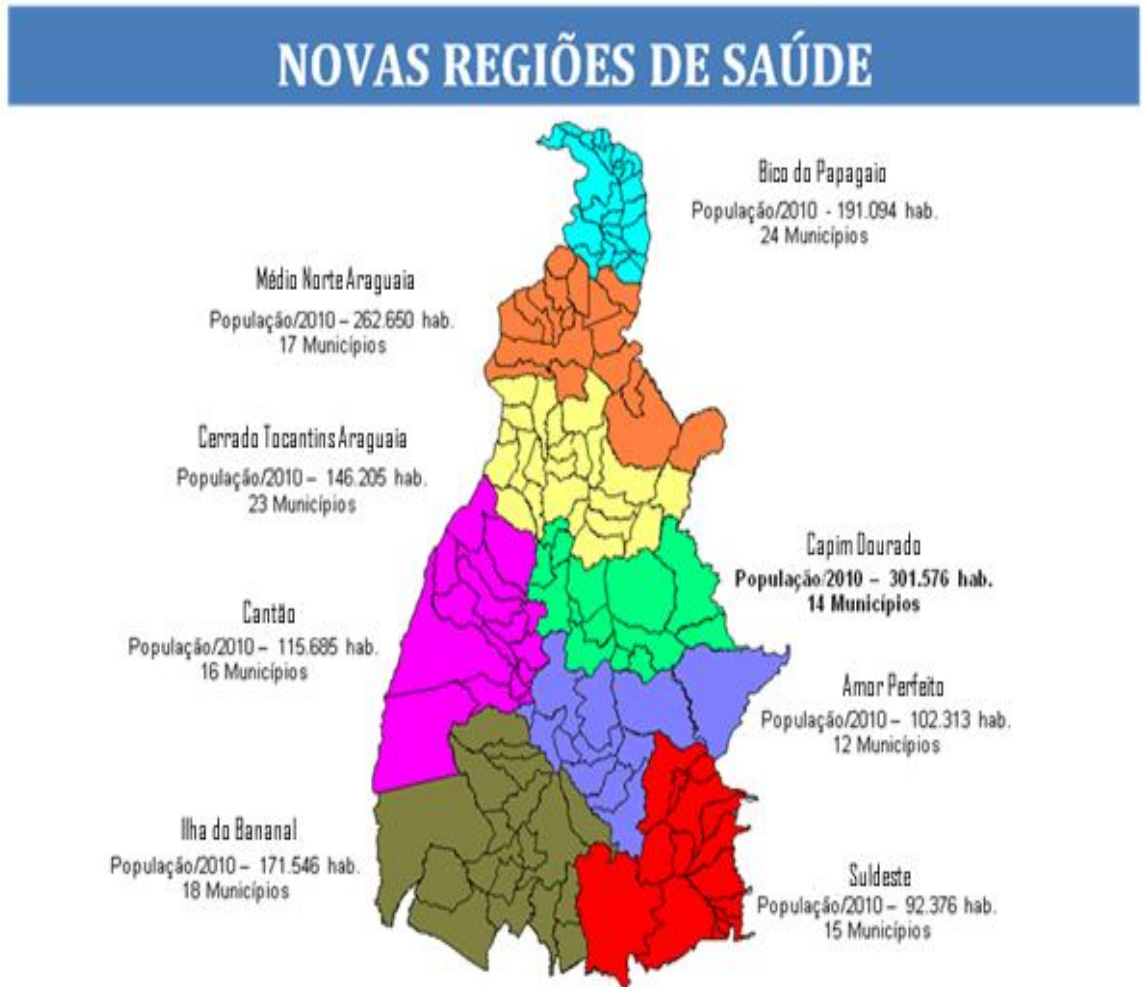
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do Cuidador** / Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: teoria e prática da libertação** – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 4 ed São Paulo: Moraes, 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

## ANEXOS

**Anexo 1**– Mapa das Regiões de Saúde, listas dos municípios, datas por turma, para execução do Curso de Atualização em Manejo Clínico em Hipertensão e Diabetes.



<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Cerrado Tocantins Araguaia e Cantão (39 municípios)</b>	<b>Data da 1° Turma</b>
Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Goianorte, Guaraí, Itacajá, Itapiratins, Itaporã, Juarina, Palmeiropólis, Pedro Afonso, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama, Tupiratins, Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Chapada de Areia, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Monte Santo do Tocantins, Nova Rosalândia, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil	<b>Início 06/05/2013</b> <b>Término 31/05/2013</b>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Ilha do Bananal e Sudeste (33 municípios)</b>	<b>Data da 2° Turma</b>
Alvorada, Aliança do Tocantins, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Santa Rita do Tocantins, Sandolândia, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã Almas, Arraias, Aurora do Tocantins, Combinado, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeiras, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição, Taipas do Tocantins, Taguatinga	<b>Início 03/06/2013</b> <b>Término 28/06/2013</b>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Bico do Papagaio e Saúde Médio Norte Araguaia (41 municípios)</b>	<b>Data da 3° Turma</b>
Araguatins, Axixá do Tocantins, Angico, Aguiarnópolis, Augustinópolis, Ananás, Buriti do Tocantins, Carrasco Bonito, Cachoeirinha, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia, Nazaré, Praia Norte, Palmeiras do Tocantins, Riachinho, São Sebastião do Tocantins, Sampaio, São Miguel do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, São Bento do Tocantins, Santa Terezinha do Tocantins, Tocantinópolis, Aragominas, Araguaína, Araganã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia, Xambioá	<b>Início 10/03/2014</b> <b>Término 04/04/2014</b>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Capim Dourado e Amor Perfeito (26 municípios)</b>	<b>Data da 4° Turma</b>
Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa, Lajeado, Lizarda, Miracema, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza, São Félix, Tocantínia Brejinho do Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Pindorama, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rosa, Silvanópolis	<b>Início 14/04/2014</b> <b>Término 09/05/2014</b>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Cerrado Tocantins Araguaia, Cantão e Capim Dourado (53 municípios)</b>	<b>Data da 5° Turma</b>
Arapoema, Bandeirantes do Tocantins, Bernardo Sayão, Bom Jesus do Tocantins, Brasilândia, Centenário, Colinas do Tocantins, Colméia, Couto Magalhães, Goianorte, Guaraí, Itacajá, Itapiratins, Itaporã, Juarina, Palmeiropólis, Pedro Afonso, Pequizeiro, Presidente Kennedy, Recursolândia, Santa Maria do Tocantins, Tupirama, Tupiratins Abreulândia, Araguacema, Barrolândia, Caseara, Chapada de Areia, Cristalândia, Divinópolis do Tocantins, Dois Irmãos do Tocantins, Lagoa da Confusão, Marianópolis do Tocantins, Monte Santo do Tocantins, Nova Rosalândia, Oliveira de Fátima, Paraíso do Tocantins, Pium, Pugmil Aparecida do Rio Negro, Fortaleza do Tabocão, Lagoa do Tocantins, Lajeado, Lizarda, Miracema do Tocantins, Miranorte, Novo Acordo, Palmas, Rio dos Bois, Rio Sono, Santa Tereza do Tocantins, São Félix do Tocantins, Tocantínia.	<b>Início 19/05/2014</b> <b>Término 13/06/2014</b>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Amor Perfeito, Ilha do bananal e Sudeste (45 municípios)</b>	<b>Data da 6° Turma</b>
<p>Brejinho do Nazaré, Chapada da Natividade, Fátima, Ipueiras, Mateiros, Monte do Carmo, Natividade, Pindorama, Ponte Alta do Tocantins, Porto Nacional, Santa Rosa do Tocantins, Silvanópolis Alvorada, Aliança do Tocantins, Araguaçu, Cariri do Tocantins, Crixás do Tocantins, Dueré, Figueirópolis, Formoso do Araguaia, Gurupi, Jaú do Tocantins, Palmeirópolis, Peixe, Santa Rita do Tocantins, Sandolândia, São Salvador do Tocantins, São Valério da Natividade, Sucupira, Talismã Almas, Arraias, Aurora do Tocantins, Combinado, Conceição do Tocantins, Dianópolis, Lavandeiras, Novo Alegre, Novo Jardim, Paranã, Ponte Alta do Bom Jesus, Porto Alegre do Tocantins, Rio da Conceição, Taipas do Tocantins, Taguatinga</p>	<p><b>Início 23/06/2014</b> <b>Término 18/07/2014</b></p>

<b>Comissão Intergestora Regional de Saúde – CIR's Bico do Papagaio e Saúde Médio Norte Araguaia (41 municípios)</b>	<b>Data da 7° Turma</b>
<p>Araguatins, Axixá do Tocantins, Angico, Aguiarnópolis, Augustinópolis, Ananás, Buriti do Tocantins, Carrasco Bonito, Cachoeirinha, Esperantina, Itaguatins, Luzinópolis, Maurilândia, Nazaré, Praia Norte, Palmeiras do Tocantins, Riachinho, São Sebastião do Tocantins, Sampaio, São Miguel do Tocantins, Sítio Novo do Tocantins, São Bento do Tocantins, Santa Terezinha do Tocantins, Tocantinópolis, Aragominas, Araguaína, Araguanã, Babaçulândia, Barra do Ouro, Campos Lindos, Carmolândia, Darcinópolis, Filadélfia, Goiatins, Muricilândia, Nova Olinda, Pau D'arco, Piraquê, Santa Fé do Araguaia, Wanderlândia, Xambioá</p>	<p><b>Início 28/07/2014</b> <b>Término 22/08/2014</b></p>