



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Dhayse Clara Rodrigues dos Santos

Intervenção para melhorar o estilo de vida de pacientes  
com hipertensão arterial e diabetes descompensados em  
Santo Ângelo – RS

Florianópolis, Março de 2023



Dhayse Clara Rodrigues dos Santos

Intervenção para melhorar o estilo de vida de pacientes com hipertensão arterial e diabetes descompensados em Santo Ângelo – RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Patrícia Madalena Vieira Hermida  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023



Dhayse Clara Rodrigues dos Santos

Intervenção para melhorar o estilo de vida de pacientes com hipertensão arterial e diabete descompensados em Santo Ângelo – RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

---

**Profa. Dra. Fátima Buchele Assis**  
Coordenadora do Curso

---

**Patrícia Madalena Vieira Hermida**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023



# Resumo

**Introdução:** a hipertensão arterial e o diabetes mellitus podem produzir como complicações: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica e cardíaca, amputações de pés e pernas, cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais. Assim, o elevado número de usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes na Unidade de Saúde da Família Rogowski e a falta de adesão da população às práticas de promoção à saúde motivaram o desenvolvimento deste projeto. **Objetivo:** elaborar um plano de ação para melhorar o estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes descompensados. **Metodologia:** a intervenção será realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Rogowski, em Santo Ângelo, Rio Grande do Sul. Participarão os agentes comunitário de saúde, técnicos de enfermagem e médico. Primeira ação proposta: serão criados grupos de apoio na comunidade para diminuir os fatores psíquicos que impedem de melhorar o estilo de vida das pessoas com hipertensão arterial e diabetes. Segunda ação: identificação dos principais fatores de risco que influenciam nos altos níveis pressóricos e índices glicêmicos mediante a aferição da pressão arterial e glicose, avaliação dos níveis de colesterol, triglicerídeos e índice de massa corporal. Será também aplicado um questionário com as variáveis: prática de atividade física, uso de álcool, cigarro, ingestão excessiva de sal, gordura e carboidratos. Terceira ação: realização de grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão e diabetes. **Resultados esperados:** almeja-se a criação de grupos na comunidade para diminuir os fatores psicológicos que impedem a melhoria do estilo de vida dos pacientes. Ainda, espera-se a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, bem como o aumento da prática de exercícios físicos e a adoção de uma alimentação adequada. Enseja-se a realização de grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão e diabetes descompensados.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 2, Diabetes Mellitus, Fatores de Risco, Hipertensão



# Sumário

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	<b>13</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	<b>15</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	<b>21</b>
<b>5.1</b>	<b>Plano de ação</b> . . . . .	<b>21</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	<b>25</b>



# 1 Introdução

A Unidade de Saúde da Família (USF) Rogowski está localizada no 12º Distrito do Município de Santo Ângelo, no Estado do Rio Grande do Sul. É uma área de características urbanas, porém com moradores de hábitos rurais ainda praticados em suas residências como criação de galinhas e andar a cavalo.

A USF mencionada possui uma equipe de Saúde da Família, na qual trabalho e que está composta por um médico clínico geral do Programa Mais Médicos, um enfermeiro com experiência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma técnica de enfermagem, uma odontóloga, uma Auxiliar de Consultório Dentário (ACD), quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma trabalhadora dos serviços gerais. Quando há necessidade de transporte de usuários para atendimento em um serviço de maior densidade tecnológica, solicita-se ambulância da Secretaria Municipal de Saúde, do SAMU ou Bombeiros, a depender da gravidade da situação.

A equipe atende uma população estimada em 3800 habitantes e oferece os seguintes serviços: consultas médicas, de enfermagem e odontológicas, vacinação, curativo, aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, teste rápido de HIV, hepatite B e sífilis e atividades de educação e saúde. As consultas são realizadas mediante disponibilidade de vagas ofertadas diariamente, mantendo-se um dia específico para os atendimentos de gestantes e de puericultura. Geralmente os usuários procuram a recepção da unidade e fazem o agendamento da consulta para atendimento no mesmo dia. Quando a demanda espontânea do dia ultrapassa a capacidade de atendimento diário, ocorre a triagem da Enfermagem, sendo então o usuário atendido naquele momento ou agendado para um atendimento posterior.

A USF vem mantendo essa forma de organização das agendas de trabalho para aperfeiçoar os atendimentos e evitar longas filas com agendamento semanal/mensal, já adotado anteriormente. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em criação, ainda não está funcionando no município. Como médica, utilizo bastante o Telessaúde, enviando os casos via internet, principalmente os casos de dermatologia, oftalmologia e espirometria.

Os ACS organizam as visitas domiciliares de sua microárea. Primeiramente, nas reuniões de equipe realizadas na segunda-feira, discuti-se os casos de pacientes que solicitam e precisam da visita. Em seguida, na quinta-feira pela manhã, procede-se as visitas em duas famílias de um mesmo Agente de Saúde. Geralmente são visitados pacientes acamados e com deficiência para se locomover até o posto de saúde. As visitas são realizadas pelo médico, enfermeira e o ACS. Cada profissional seleciona mensalmente dois casos e se realiza as visitas segundo as necessidades de saúde observadas na comunidade .

Existe Associação de Moradores com Presidentes de bairros, as reivindicações são por intermédio destes, que articulam junto à câmara de vereadores melhorias para as regiões

atendidas. Além disso, existe Conselho Local de Saúde, uma ferramenta importante de controle social e de melhoria do serviço prestado na USF.

Em Santo Ângelo, o verão é longo, quente e úmido, enquanto o inverno é curto, com baixas temperaturas e alta umidade. Durante o ano inteiro, o tempo é com precipitação e o céu parcialmente encoberto. Ao longo do ano, em geral a temperatura varia de 10 °C a 31°C e raramente é inferior a 2 °C ou superior a 35°C. Sua economia gira em torno da agricultura (soja, milho e trigo), pecuária (suínos, ovinos e bovinos), comércio e serviços, sendo principalmente a agropecuária.

O saneamento básico de Santo Ângelo é satisfatório, com coleta seletiva de lixo, pontos de tratamento de esgoto e a água é canalizada. Alguns possuem água de poço próprio. Há ainda muitas localidades com cultivo de planta em água, o que favorece proliferação de mosquitos, principalmente *Aedes aegypt* transmissor da dengue. Em abril de 2019 foram notificados no município 39 casos, sendo 10 confirmados para a dengue.

De acordo com dados do Datasus, Santo Ângelo apresentou em 2015 uma população residente correspondente a 78.974 habitantes, distribuída entre: crianças (para fins didáticos, até 9 anos), que corresponde a 10.052 habitantes da população total (12,7%); adolescentes (até 19 anos) representado por 11.602 habitantes, que equivale a 14,6% da população total; adultos (até 59 anos), correspondendo a 44.452 habitantes do total da população (56,2%); e idosos (acima de 60 anos), equivalente a 12.868 habitantes, 16,5% da população geral.

O número de nascidos vivos divulgado pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) para este município, em 2015, foi de 1.062, correspondendo a um coeficiente de natalidade de 13,44. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), a taxa (ou coeficiente) de mortalidade geral da população em Santo Ângelo no período de 2017 foi de 579 óbitos, cujas causas foram: 27 por doenças infecciosas e parasitárias, 132 devido neoplasias (tumores), dois por doenças do sangue órgãos hematológicos e transtornos imunitários, 30 decorrentes de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas, sete por transtornos mentais e comportamentais, 19 devido doenças do sistema nervoso, 125 por doenças do aparelho circulatório, 72 devido doenças do aparelho respiratório, 28 relativo às doenças do aparelho digestivo, quatro por doenças da pele e do tecido subcutâneo, nove por doenças do aparelho geniturinário, 58 decorrentes de sinais e sintomas e achados anormais em exames clínico e laboratoriais.

De toda a demanda atendida na USF Rogowski, as maiores frequências nas consultas são por hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), depressão, insônia e asma. Quanto às queixas mais frequentes das mães nas consultas em pediatria, cita-se: diarreia, vômito, febre, inapetência, infecções respiratórias e dermatológicas. Em relação ao número de gestantes na Unidade, não há como determinar o quantitativo exato, contudo devido à aplicação de métodos contraceptivos a quantidade de gestantes não é elevada.

Diante do exposto e baseado no elevado número de usuários portadores de HAS e DM2 na USF Rogowski, entende-se que o maior desafio da equipe de Saúde da Família da Unidade é a falta de adesão da população às práticas de promoção à saúde, as quais poderiam contribuir inclusive para desmistificar a ideia de que a USF seja apenas curativa e centralizada na figura do médico. Nesse sentido, ainda não se conseguiu implantar grupos de educação e saúde com os usuários portadores de HAS e DM2, essa que é a maior população atendida no serviçoBS em questão. Cabe mencionar que a estrutura física da Unidade não comporta o número de usuários elegíveis ao grupo, mas já se estabeleceu uma negociação com o salão paroquial do bairro para realização desta atividade.

Este projeto de intervenção se justifica ainda pelo fato da hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* se constituírem como principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, sendo as complicações mais frequentes decorrentes destes agravos: infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal crônica e cardíaca, amputações de pés e pernas, cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais. Ademais, o projeto representa uma excelente oportunidade de demonstrar a importância de um trabalho em equipe, favorecendo a interação e a construção coletiva. Julga-se que o projeto é factível, pois não demanda grandes investimentos financeiros e pode ser operacionalizado pela própria equipe de saúde.



## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para melhorar o estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes descompensados na ESF Rogowski.

### 2.2 Objetivos Específicos

1. Criar grupos de apoio na comunidade para diminuir os fatores psíquicos que impedem de melhorar o estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes.
2. Identificar os principais fatores de risco que influenciam nos altos níveis pressóricos e índices glicêmicos em pacientes com hipertensão arterial e diabetes.
3. Realizar grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão e diabetes na ESF Rogowski.



## 3 Revisão da Literatura

### **Definição conceitual e classificação da Hipertensão Arterial Sistêmica**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associada a alterações funcionais e/ou metabólicas e estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Considera-se hipertensão arterial uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma diastólica de no mínimo 90 mmHg, naqueles indivíduos que não estão fazendo uso de medicamento anti-hipertensivo ([CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010](#)).

Em indivíduo adulto que não faz uso de medicamento anti-hipertensivo e que não apresenta co-morbidades associadas entende-se como pressão normal a PAS < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Os níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. O grupo de indivíduos com esses valores de pressão arterial, que aparece como o mais prevalente, deve ser alvo de atenção básica preventiva. Ressalta-se que a tabela usada para classificar o estágio de um indivíduo hipertenso não estratifica o risco do mesmo. Portanto, um hipertenso classificado no estágio 1, se também for diabético, pode ser estratificado com grau de risco muito alto ([LESSA, 2001](#)).

Na população brasileira a pressão arterial elevada é a principal causa de mortalidade associada com doença cardiovascular. As modificações no estilo de vida, são importantes para a redução dos níveis pressóricos e diminuição dos gastos decorrentes de desfechos, incluindo a atividade física e a diminuição da ingestão de gorduras e carboidratos ([BENTO et al., 2015](#)).

### **Definição conceitual e classificação de Diabetes *Mellitus***

Diabetes *Mellitus* (DM) é uma síndrome de etiologia múltipla, que cursa com uma falta de insulina e/ou a insulina tem a incapacidade de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Como conseqüências a longo prazo ocorre disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos ([BRASIL, 2001](#)).

A classificação baseia-se na etiologia do DM, eliminando-se os termos “diabetes mellitus insulino-dependente” (IDDM) e “não-insulinodependente” (NIDDM), como segue:

*DM tipo 1* - resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% das pessoas com diabetes e inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em: imunomediado; e idiopático;

*DM tipo 2* - resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiên-

cia relativa de secreção de insulina. Considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina, ocorre em 90% dos portadores de diabetes. Denomina-se resistência à insulina quando há uma menor captação de glicose por tecidos periféricos (especialmente muscular e hepático) em resposta à ação da insulina. As demais ações do hormônio estão mantidas ou mesmo acentuadas. Em resposta a essa resistência tecidual há uma elevação compensatória da concentração plasmática de insulina com o objetivo de manter a glicemia dentro dos valores normais. A homeostase glicêmica é atingida às custas de hiperinsulinemia (BRASIL, 2001).

A HAS e o DM são doenças com vários aspectos em comum: etiopatogenia - em ambas há resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; fatores de risco como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; tratamento não-medicamentoso - mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; cronicidade - doenças incuráveis que requerem acompanhamento eficaz e permanente; complicações crônicas podem ser evitadas se identificadas precocemente e tratadas adequadamente; geralmente assintomáticas; difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações; alguns medicamentos são comuns; necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar; facilmente diagnosticadas (BRASIL, 2001).

Considerando-se todos esses fatores, propõe-se o seguimento associado dessas patologias na rede de atenção básica e justifica-se a realização de uma abordagem conjunta. A possibilidade de associação das duas doenças é da ordem de 50%, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente (BRASIL, 2001).

### **Breve contextualização social e histórica da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus***

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. Considerada um dos principais fatores de risco modificáveis de doenças cerebrovasculares e insuficiência renal e arterial periférica, a HAS é um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg, de forma linear, contínua e independente (CARDIOLOGIA; HIPERTENSÃO; NEFROLOGIA, 2010).

Com o desenvolvimento da sociedade e o aumento da expectativa de vida o envelhecimento populacional tem sido acompanhado pelo elevação da incidência e da prevalência de doenças e agravos não transmissíveis (DANT), que proporcionam maior ônus para os indivíduos, famílias e Estado, e constituem a principal causa de morbimortalidade e incapacidades nesta parcela da população, em todas as regiões do mundo, tornando-se desafio para países em desenvolvimento como o Brasil (CAMPOLINA; DINI; CICONELLI, 2011). Dentre as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais incidentes na população idosa brasileira, destaca-se a HAS e o DM tipo 2 (ROEDIGER et al., 2018).

## Dados epidemiológicos sobre o tema no Brasil

A prevalência de hipertensão arterial no Brasil vem aumentando ao longo dos anos, sendo relatada em 1998, 2003 e 2008 uma prevalência de 18%, 19,2% e 20,9%, respectivamente, evidenciando-se sempre uma maior elevação dentre as mulheres. Ainda, identificou-se uma tendência linear direta entre aumento das faixas de idade da população e maiores prevalências da doença. A prevalência da HAS se associou com baixos níveis de escolaridade, mulheres de baixa renda e homens com renda mais elevada. Cabe registrar que a distribuição da hipertensão arterial não ocorre igualmente entre as regiões e cidades brasileiras, sendo relatadas as maiores prevalências no Sudeste e Sul do país (LOBO et al., 2017).

Em 2013 a Pesquisa Nacional de Saúde revelou que a prevalência da hipertensão arterial continua crescendo, sendo relatada por cerca de um quinto da população adulta do país, o que representa uma prevalência de 21,4%, o equivalente a aproximadamente 31 milhões de indivíduos (MALTA et al., 2015).

Quanto à prevalência de DM no Brasil, inquérito de base populacional realizado em 2008 revelou que esta foi de 7,5%, sendo maior entre os residentes das regiões Sul (8,9%) e Sudeste (8,2%). O estudo evidenciou ainda que o diabetes permaneceu associado com a idade (> 40 anos), a escolaridade (< 8 anos de estudo), o estado conjugal (não casados), a obesidade, o sedentarismo, a comorbidade com hipertensão arterial e hipercolesterolemia, bem como com a procura por serviços de saúde. Os achados indicam elevada prevalência de DM e vários dos seus fatores associados (identificados como evitáveis) sinalizam a necessidade de mudanças comportamentais como estratégia para prevenir e controlar o diabetes e suas complicações (FLOR; CAMPOS, 2017).

Pesquisa identificou o elevado grau de incapacidade do diabetes 7% (IC95% 5,5 – 8,5), o que equivale ao quantitativo de 642.000 brasileiros que possui limitação intensa ou muito intensa devido ao diabetes, achados que reforçam a importância das ações de prevenção da doença e promoção da saúde (MALTA et al., 2015).

## Políticas públicas sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus*

No Brasil, com o objetivo de identificar precocemente os casos de HAS e DM, o Ministério da Saúde (MS) criou mecanismos para acompanhar e controlar essas doenças na atenção básica, e assim, reduzir as internações hospitalares e a mortalidade decorrente destes agravos. O MS assumiu o compromisso de executar ações em parceria com estados e municípios, com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, com as Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, e com os Conselhos Nacional de Secretários da Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), apoiando a reorganização da rede de saúde para melhor a atenção às pessoas por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (JÚNIOR et al., 2016).

Ainda, cabe considerar o fato da HAS e DM contituírem as DCNT, grupo de doenças de maior magnitude no país, que atinge, especialmente, as populações mais vulneráveis, como as de baixa renda e escolaridade. Dessa forma, foi proposto o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que visa preparar o Brasil para enfrentar e deter essas doenças até 2022, promovendo o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco e apoiar os serviços de saúde voltados às doenças crônicas (BRASIL, 2011).

O Plano aborda os quatro principais grupos de DCNT (circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes), seus fatores de risco em comum modificáveis (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação não saudável e obesidade) e define diretrizes e ações em três eixos (BRASIL, 2011) : vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral.

No tocante ao tabagismo, um fator de risco modificável da HAS e DM, ressalta-se que (PORTES et al., 2018, p. 1837):

A institucionalização do controle do tabaco no país foi marcada por mudanças mais gerais da política de saúde e por eventos específicos relacionados ao tema. A liderança brasileira no cenário internacional, a sólida estruturação da Política Nacional de Controle do Tabaco e o papel da sociedade civil e dos meios de comunicação contribuíram para o sucesso do controle do tabaco no Brasil.

Embora o controle do tabaco no país tenha iniciado com estratégias do setor saúde e seu reconhecimento baseado principalmente pelo combate à morbimortalidade relacionada ao tabagismo, os avanços na Política Nacional de Controle do Tabaco (PNCT) dependem fortemente do comprometimento de outros setores, sobretudo os relacionados à economia e agricultura (PORTES et al., 2018).

No setor saúde, alguns aspectos alcançados merecem destaque. Desde 2004, o SUS oferta o tratamento para fumantes, principalmente por meio das unidades básicas de saúde. Em 2013, 1308 unidades ofereceram atendimento a 154.207 fumantes e um total de 71.327 deixaram de fumar. Outros dados relevantes são as taxas de abandono e de cessação, que equivaleram a 28% e 53%, respectivamente. Houve ampliação do fornecimento de medicamento para a cessação de fumar, abrangendo 77% dos casos. Ademais, desde 2001 o Ministério da Saúde oferece um serviço por telefone de apoio ao fumante, atualmente correspondente ao ‘Disque Saúde 136’ (PORTES et al., 2018).

### **A relevância da intervenção proposta no Projeto**

A abordagem conjunta da HAS e DM no presente projeto de intervenção se justifica pela apresentação dos fatores comuns às duas patologias, tais como: etiopatogenia, fatores de risco, cronicidade e necessidade de controle permanente. A relevância do projeto está relacionada à possibilidade de controlar a HAS e DM em pacientes atendidos na ESF

Rogowski, o que se vislumbra com a implementação de um plano de ação estratégico de melhoria do estilo de vida dos pacientes atendidos na ESF Rogowski



## 4 Metodologia

A intervenção deste projeto será realizada no município Santo Angelo, no Rio Grande do Sul, com enfoque na população adscrita da Unidade de Saúde da Família (USF) Rogowski.

Para elaboração do plano de intervenção, a fim de identificar os fatores de risco que refletem na incidência e complicações da Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) Rogowski, está sendo utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES)([FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2017](#)), que compreende oito passos: identificação dos problemas de saúde mediante coleta de dados nos prontuários da UBS; priorização de problemas, agrupando-os por nível, constituindo-se um corpo de problemas para análise; explicação do problema; descrição do problema selecionado; seleção dos nós críticos; elaboração de plano de ação; desenho das operações sobre os "nós críticos"; elaboração do plano operativo localizando e visualizando cada problema identificado; e gestão do plano com a criação de metas e de uma lista de tarefas a serem executadas com determinação de prazos e dos responsáveis por cada tarefa. A seleção dos nós críticos e a elaboração do plano de ação são importantes já que a partir destes são elaboradas as soluções de enfrentamento dos problemas.

A intervenção prevista neste projeto contará com a participação da equipe de saúde (médico, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) e população adscrita na Unidade de Saúde da Família (USF) Rogowski, do município de Santo Angelo, em parceria com a Secretária de Saúde do município. As ações a serem realizadas e as suas estratégias de desenvolvimento são apresentadas a seguir.

**Primeira ação a executar:** criar grupos de apoio na comunidade para diminuir os fatores psíquicos que impedem de melhorar o estilo de vida das pessoas com hipertensão arterial e diabetes. Os grupos serão criados pelos agentes comunitários com o cadastramento daqueles que desejem participar. Como ação estratégica serão realizadas discussões em grupo com espaço para compartilhar as experiências pessoais sobre os fatores psicológicos que influenciam na melhora do estilo de vida. As discussões serão por temas, propostos pelos próprios participantes, e planejadas na atividade anterior. Haverá encontros quinzenais com duração de uma hora, em horário a ser negociado com o público envolvido. Os encontros ocorrerão no Posto de Saúde, por um período de três meses e ficará sob a responsabilidade da equipe de saúde, sendo o principal responsável os agentes comunitários de saúde, os quais serão treinados para abordagem dos temas pelo médico da equipe.

**Segunda ação a executar:** Identificar os principais fatores de risco que influenciam nos altos níveis pressóricos e índices glicêmicos em pacientes com hipertensão arterial e diabetes mediante a aferição da glicose e pressão arterial, avaliação dos níveis de coles-

terol, triglicédeos e cálculo do índice de massa corporal. Além disso, por meio de um questionário serão investigados o uso de álcool, cigarro, ingestão excessiva de sal, gordura e carboidratos, a realização de atividades físicas regulares. Esse levantamento dos fatores de risco será realizado de maneira permanente pelos técnicos de enfermagem nos dias de reunião dos grupos e nas consultas médicas programadas.

**Terceira ação a executar:** realizar grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão e diabetes na USF Rogowsk. A participação nos grupos será incentivada pelos técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares e no acolhimento realizado antes das consultas. As atividades físicas com os grupos serão desenvolvidas a cada mês, na área em frente ao Posto de Saúde, terão duração de um hora e estão previstas para ocorrer de forma permanente.

## 5 Resultados Esperados

O elevado número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus é o principal problema na área de abrangência correspondente ao posto de saúde da Rogowski. Espera-se, principalmente, a criação de grupos na comunidade que em conjunto com a equipe de saúde ofereçam apoio emocional e psicológico àqueles pacientes cujo estado psicológico influencia em seu estilo de vida, dificultando o controle da hipertensão arterial e diabetes.

Almeja-se a diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e do tabagismo, o aumento da prática de exercícios físicos e estabelecer uma alimentação adequada como mudanças no estilo de vida dos pacientes.

Enseja-se a realização de grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes para diminuir fatores de risco como sedentarismo, obesidade e estresse e melhorar cifras dessas doenças.

### 5.1 Plano de ação

O plano de ação foi elaborado passando por várias fases. O Quadro 1 apresenta o levantamento dos nós críticos do problema "não adesão ao tratamento".

O Quadro 2 apresenta a identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema.

No Quadro 3 se apresenta a identificação dos atores que controlam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

A fase final do plano de ação constitui o plano operativo, onde se detalha os responsáveis por cada operação e os prazos estabelecidos para a realização de cada produto (Quadro 4).

Este projeto prevê um custo mensal de R\$ 50,00, totalizando nos 6 meses de seu desenvolvimento um total de R\$ 350.00.

Tabela 1 – Desenho das operações em relação aos nós críticos do problema.

<b>Nó crítico</b>	<b>Operação</b>	<b>Resultado esperado</b>	<b>Produto esperado</b>	<b>Recursos necessários</b>
Transtornos psicológicos que impedem melhorar o estilo de vida dos pacientes	Melhorar o estado psicológico dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus	Criar grupos de apoio para melhorar o estado psicológico dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus	Grupo operativo	<b>Financeiros</b> - folhetos informativos sobre o tema e materiais audiovisuais <b>Organizacional</b> -recursos humanos e equipamentos <b>Políticos</b> - mobilização da população
Hábitos e estilos de vida inadequados	Melhorar a saúde Identificar estilos de vida inadequados	Diminuir o consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco Aumento da prática de exercícios físicos Estimular alimentação adequada	Grupos operativos	<b>Cognitivo</b> -informação e conhecimento sobre o tema <b>Organizacional</b> -estrutura física da Unidade de Saúde, recursos humanos, equipamentos. <b>Financeiros</b> - folhetos informativos sobre o tema, materiais audiovisuais e outros. <b>Políticos</b> -mobilização da população
Falta de atividade física dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabete	Aumentar as atividades físicas em pacientes com hipertensão arterial e diabete	Criar grupos de atividades físicas	Divulgação nos meios de comunicação locais Grupo operativo de Hiperdia	<b>Cognitivos</b> -conhecimento sobre o tema <b>Financeiros</b> -folhetos de informação do tema e materiais audiovisuais <b>Organizacional</b> -estrutura física da Unidade de Saúde, recursos humanos e equipamentos. <b>Político</b> - mobilização da população

Tabela 2 – Identificação dos recursos críticos para as operações de enfrentamento dos nós críticos do problema.

<b>Operação</b>	<b>Recursos críticos</b>
Melhorar o estado psicológico dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	<b>Humano</b> - grupos de apoio
Melhor o estilo de vida dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	<b>Políticos</b> - comunicação intersetorial
Aumentar a prática de atividades físicas de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	<b>Humano</b> - grupos de atividades físicas

Tabela 3 – Análise da viabilidade do plano.

<b>Operações</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>	
	<b>Ator que controla</b>		<b>Motivação</b>
Melhorar as condições psicológicas dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus.	<b>Humano</b> - grupos de apoio	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável
Melhorar a saúde. Identificar estilos de vida inadequados.	<b>Políticos</b> - comunicação intersetorial	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável
Mais atividades físicas. Aumentar as atividades físicas dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes.	<b>Humano</b> - grupos de atividades físicas	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável

Tabela 4 – Plano operativo do projeto de intervenção.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Respon-sável</b>	<b>Prazo</b>
Criar grupos de apoio para melhorar o estado psicológico dos pacientes com hipertensão arterial e diabetes Mellitus.	Adesão dos pacientes aos grupos de apoio da comunidade	Grupo operativo	Discussões em grupo, videoconferências Compartilhar as experiências pessoais, auxiliar e supervisionar o estado psicológico dos pacientes Encontros quinzenais com 1 h de duração, em horário a ser negociado.	Médico e especialmente os Agentes Comunitários de Saúde	3 meses
Identificar estilos de vida inadequados.	Diminuição do consumo de bebidas alcoólicas e de tabaco Aumento da prática de exercícios físicos Estabelecimento de uma alimentação adequada	Grupos operativos para o enfrentamento ao problema Conhecimento ampliado sobre autocuidado e, autocontrole da doença	Encontros mensais com 1h de duração	Técnicos de Enfermagem e médico	Permanente
Criar grupos de atividades físicas com pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes Mellitus.	Aumento da prática de atividades físicas	Grupo de atividades físicas	Encontros mensais para as atividades físicas em grupo com duração de 1h	Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde	Permanente

## Referências

- BENTO, V. F. R. et al. Impacto de intervenções em atividade física sobre a pressão arterial de populações brasileiras. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 105, n. 3, p. 301–308, 2015. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S. *Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM): protocolo: Cadernos de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- BRASIL, M. da S. *Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 18.
- CAMPOLINA, A. G.; DINI, P. S.; CICONELLI, R. M. Impacto da doença crônica na qualidade de vida de idosos da comunidade em são paulo (sp, brasil). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2919–2925, 2011. Citado na página 16.
- CARDIOLOGIA, S. B. de; HIPERTENSÃO, S. B. de; NEFROLOGIA, S. B. de. Vi diretrizes brasileiras de hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 95, n. 1, p. 1–51, 2010. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- FARIA, H. P. de; CAMPOS, F. C. C. de; SANTOS, M. A. dos. *Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde*. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2017. Citado na página 19.
- FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 20, n. 1, p. 16–29, 2017. Citado na página 17.
- JÚNIOR, C. R. et al. *Especialização Multiprofissional na Atenção Básica: Atenção integral à saúde do adulto: medicina*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2016. Citado na página 17.
- LESSA Ínes. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no brasil. *Revista Brasileira de Hipertensão*, v. 8, n. 4, p. 383–392, 2001. Citado na página 15.
- LOBO, L. A. C. et al. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, n. 6, p. 1–13, 2017. Citado na página 17.
- MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no brasil - pesquisa nacional de saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 18, n. 2, p. 3–16, 2015. Citado na página 17.
- PORTES, L. H. et al. A política de controle do tabaco no brasil: um balanço de 30 anos. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1837–1848, 2018. Citado na página 18.

ROEDIGER, M. de A. et al. Diabetes mellitus referida: incidência e determinantes, em coorte de idosos do município de são paulo, brasil, estudo sabe – saúde, bem-estar e envelhecimento. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 23, n. 11, p. 3913–3922, 2018. Citado na página 16.