

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

JOHANNA ALEJANDRA MORA DEL MORAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES GERADOS PELA HIPERTENSÃO E PELO DIABETES
MELLITUS NO CENTRO DE SAÚDE CABANA**

BELO HORIZONTE/MG

2014

JOHANNA ALEJANDRA MORA DEL MORAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES GERADOS PELA HIPERTENSÃO E PELO DIABETES
MELLITUS NO CENTRO DE SAÚDE CABANA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Tutor: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

BELO HORIZONTE/MG

2014

JOHANNA ALEJANDRA MORA DEL MORAL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR OS RISCOS
CARDIOVASCULARES GERADOS PELA HIPERTENSÃO E PELO DIABETES
MELLITUS NO CENTRO DE SAÚDE CABANA**

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Aprovada em Belo Horizonte: 10 /01 / 2015

DEDICATÓRIA

A todos os usuários do CS Cabana que possam ser beneficiados por esse trabalho.

“O problema do mundo é que tolos e fanáticos estão sempre cheios de convicção,
enquanto os sábios estão sempre cheios de dúvidas”.

(Bertrand Russel)

AGRADECIMENTOS

A Jeová por sempre iluminar o meu caminho. À minha família pelo apoio incondicional.

RESUMO

A atenção primária em saúde desenvolvida dentro das Equipes Saúde da Família tem um papel de desenvolver ações em saúde para a prevenção e promoção, entretanto, na Centro de Saúde – Cabana – Equipe 2, observa-se alguns “nós” críticos, onde destaca-se o risco cardiovascular aumentado principalmente para hipertensos e diabéticos da área de cobertura. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). A HAS e DM constituem doenças que implicam elevação do risco cardiovascular, incapacidade parcial e permanente e, conseqüentemente, têm impacto direto sobre a morbimortalidade da população. O presente trabalho teve como objetivo propor um projeto de intervenção capaz de reduzir a morbimortalidade nos pacientes com elevado risco cardiovascular no CS Cabana - equipe 2, baseado na conscientização desta população hipertensa e diabética, seguida de avaliação médica e física e inserção em um programa de alimentação saudável e atividade física regular. A metodologia utilizada foi primeiramente uma revisão de literatura sobre o tema HAS e DM, seguido de uma análise dos “nós” críticos e posterior construção do Projeto de Intervenção. Com o Projeto de Intervenção buscar-se-á fortalecer a conscientização dos hipertensos e diabéticos ao tratamento, contribuindo para manutenção e redução do peso corporal através de um programa de alimentação saudável e de atividade física regular, o que contribuirá para minimizar o risco cardiovascular e favorecer o nível de qualidade de vida destes doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial – Diabetes Mellitus – Risco Cardiovascular.

ABSTRACT

The primary health care developed within the Family Health Team has a role to develop health interventions for prevention and promotion, however, the Health Centre - Camping - Team 2, we observe some "us" critics where posting the increased cardiovascular risk especially for hypertension and diabetes coverage area. Arterial Hypertension (HBP) and Diabetes Mellitus (DM). Hypertension and diabetes are diseases that involve higher cardiovascular risk, partial and permanent disability and thus have a direct impact on morbidity and mortality of the population. This work aimed to propose an intervention project able to reduce morbidity and mortality in patients with high cardiovascular risk in the CS Cabin - Team 2 based on the awareness of this hypertensive and diabetic population, followed by medical and physical evaluation and inclusion in a program healthy eating and regular physical activity. The methodology used was primarily a literature review on the topic hypertension and DM, followed by an analysis of "us" critics and subsequent construction of the Intervention Project. With the Intervention Project fetch will strengthen awareness of hypertension and diabetes treatment, contributing to the maintenance and reduction of body weight through a program of healthy eating and regular physical activity, which will help to minimize cardiovascular risk and promote the quality of life of these patients.

KEYWORDS: Hypertension - Diabetes Mellitus - Cardiovascular Risk.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Principais problemas diagnosticados da CS Cabana – Equipe 2, segundo levantamento de necessidades.....	24
Quadro 02 – Desenho das operações da CS Cabana – BH/Minas Gerais.....	28
Quadro 03 – Plano Operativo para implantação e acompanhamento do Projeto de Intervenção	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Número de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados, CS Cabana, Belo Horizonte, MG, 2014.....	24
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CS – Centro de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia Saúde da Família

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PBH – Prefeitura de Belo Horizonte

SBC – Sociedade Brasileira de Cardiologia

SCIELO – Scientific Electronic Library OnLine

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 OBJETIVOS GERAL	16
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
4 METODOLOGIA	17
5 REVISÃO DE LITERATURA	18
5.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	22
6.1 SELEÇÃO DOS “NÓS CRÍTICOS” DA CS CABANA – EQUIPE 2.....	24
6.2 DESENHO DAS OPERAÇÕES/PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO/ GESTÃO DO PROCESSO	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Há cerca de um ano tenho vivenciado a realidade sócio-econômico-cultural dos pacientes no Centro de Saúde (CS) Cabana, localizado na regional Oeste, em Belo Horizonte/MG, principalmente aqueles pertencentes à área de abrangência da equipe 2, da qual sou médica generalista integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF). Ao longo desse período tenho notado a grande prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) entre os pacientes assistidos por mim.

Chama a minha atenção a dificuldade em manter um controle adequado dessas morbidades por questões multifatoriais, desde a baixa formação educacional da população assistida até a falta de interesse dos próprios pacientes em assumir a responsabilidade por seus próprios tratamentos, passando pela frequente falta de medicamentos disponibilizados pela Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). Preocupa-me enormemente o fato de não conseguir atingir satisfatoriamente os níveis terapêuticos adequados para a eliminação ou, pelo menos, redução dos riscos cardiovasculares gerados por essas duas patologias em especial.

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). A DM e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2013).

Não podemos deixar de considerar os principais fatores de risco que levam ao desenvolvimento de tais agravos: fatores genéticos, determinados hábitos de vida tais como o sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, alimentação inadequada, bem como fatores sócio-econômico-culturais que influenciam na incidência e prevalência de doenças com elevado risco cardiovascular. Ademais, a obesidade e a dislipidemia constituem fatores agravantes do risco cardiovascular. A sinergia de todos esses fatores pode levar a um aumento da morbimortalidade e suas consequências para a sociedade, afirma Rezende (2011).

A fim de minimizar esses fatores de risco, necessita-se de políticas de saúde que visem um modelo assistencial de prevenção, a partir da educação em saúde em diferentes esferas. Precisamos ainda enfatizar a importância do processo de reabilitação e reinserção social dos usuários que já possuem algum tipo de limitação imposta por sua condição de saúde.

Após detectar os problemas relacionados ao tratamento, acompanhamento e aderência dos portadores de HAS e DM, o presente estudo visa elaborar propostas que contribuam para o enfrentamento dos problemas ligados ao risco cardiovascular aumentado, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes pacientes no CS Cabana – Belo Horizonte/MG.

Finalmente, consideramos fundamental o apoio aos pacientes que sofrem doenças cardiovasculares, por parte da equipe de saúde bem como do meio ambiente que os cerca.

2 JUSTIFICATIVA

HAS e DM constituem agravos de elevada prevalência na população brasileira. Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) as três primeiras causas de mortalidade em nosso país são as doenças do aparelho circulatório (30,7%), seguida pelas neoplasias (16,9%) e causas externas (13,4%).

De acordo com os registros da Unidade Básica de Saúde (UBS), 24,3% da população geral da área de abrangência da unidade padece de HAS, desses cerca de 47% são de médio-alto risco. Em relação à DM, encontramos 4,7% dentre a população acima dos 19 anos; destes, 33,1% insulino-dependentes. HAS e DM constituem doenças que implicam na elevação do risco cardiovascular, na incapacidade parcial e permanente e, conseqüentemente, têm impacto direto sobre a morbimortalidade da população. Deste modo, ao selecionar este problema como prioridade máxima, poderemos aumentar a expectativa e a qualidade de vida dos usuários.

A DM somada às causas cardiovasculares representou cerca de $\frac{1}{4}$ das causas de morte dos usuários residentes na área de abrangência do CS Cabana no ano de 2013.

Portanto, a partir da detecção do risco cardiovascular elevado como prioridade de ação sobre a população da equipe 2 do CS Cabana pretendemos desenvolver um plano de abordagem ao paciente portador de HAS e DM a fim de reduzir a prevalência da morbimortalidade dos portadores destas doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAL

- Propor um projeto de intervenção capaz de reduzir os riscos cardiovasculares gerados pela HAS e pelo DM no CS Cabana - equipe 2.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Executar um diagnóstico situacional de saúde da área de abrangência da equipe 2 do CS Cabana do município de Belo Horizonte.
- Realizar uma revisão de literatura acerca da HAS e DM.

4 METODOLOGIA

Primeiramente optou-se por realizar uma estimativa rápida a fim de se conhecer os problemas de saúde mais relevantes que incidem sobre a população da equipe 2 do CS Cabana, suas causas e consequências. As informações foram obtidas pelos próprios membros da equipe: 01 médica generalista, 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem e 04 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS's). Foram realizadas análises dos registros existentes nos prontuários eletrônicos dos usuários; entrevistas abordando informações relevantes e observação das condições de vida da comunidade. Em resumo, a estimativa rápida realizada teve por objetivo elaborar um diagnóstico de saúde do território de abrangência da ESF.

Em seguida foi realizada uma revisão narrativa da literatura, onde buscou-se estudos na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO – Brasil), Sociedade Brasileira de Cardiologia, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais (NESCON/UFMG), Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Biblioteca de Teses da Universidade de São Paulo e Sociedade Brasileira de Diabetes. Este tipo de revisão é recomendada em trabalhos de conclusão de curso devido a suas características de menor complexidade e pelo tempo disponível para conclusão da publicação. Também está indicada para a proposição de projetos de intervenção, baseado em revisão bibliográfica, sem produção de dados primários, o que libera da submissão a comitês de ética de pesquisa e estabelece relação direta com processos de trabalho do autor e sua equipe (CORRÊA *et al.*, 2013).

No total foram selecionados 14 estudos (artigos, monografias e dissertações), tendo como base os descritores: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, risco cardiovascular e atenção primária. Os estudos selecionados foram publicados a partir de 2006 no idioma português. Em seguida, após análise dos dados coletados e construção da revisão narrativa da literatura, foram definidas as possíveis intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas identificados. Uma ampla discussão foi realizada, onde todos tiveram a oportunidade de expor seus pareceres acerca dos principais problemas que envolvem a população.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Hipertensão arterial sistêmica

Inicialmente é necessário compreender a importância do controle adequado da HAS como ferramenta para minimizar as complicações na saúde causadas por esta. Neste sentido, cita-se uma passagem do estudo de Rabetti e Freitas (2011, p. 02):

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica não transmissível de alta prevalência, cujo diagnóstico e controle são imprescindíveis no manejo de doenças graves, como insuficiência cardíaca congestiva, doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio, nefropatia hipertensiva, insuficiência vascular periférica e retinopatia hipertensiva.

Observa-se que o diagnóstico precoce, o tratamento, a aderência ao tratamento são fundamentais para minimizar o impacto da HAS na saúde, onde é claro que a falta de controle dos níveis pressóricos estão associados a uma gama de complicações que podem terminar com a morte.

Reforçando tal percepção, Hartmann *et al.* (2007) afirmam que as doenças cardiovasculares são no mundo e no Brasil as principais causas de mortalidade, em todas as idades e também em ambos os sexos. Tal afirmação demonstra a importância da Atenção Básica em Saúde em buscar estratégias para diagnóstico, acompanhamento e busca por maior aderência para o tratamento da HAS.

Lima *et al.* (2010) relatam em seus estudos que a HAS está diretamente relacionada a morbidade e mortalidade no mundo, sendo uma das principais causas, e que níveis pressóricos elevados estão diretamente relacionados a eventos mórbidos associados à aterosclerose que podem levar a cardiopatia isquêmica, acidente vascular cerebral e doenças vasculares renal e periférica.

Os números da HAS relacionados às complicações são expostos no estudo de Zattar *et al.* (2013):

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares. Estima-se que 54% dos casos de acidente

vascular cerebral e 47% dos infartos agudos do miocárdio estejam relacionados a elevados níveis pressóricos. Aproximadamente 1 bilhão de pessoas viviam com hipertensão em 2000, valor que deve aumentar 60% em pouco mais de duas décadas e chegar a 1,56 bilhão em 2025. Além disso, a HAS é responsável por cerca de 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo.

O impacto da HAS sobre a saúde e a qualidade de vida demonstra a importância de se buscar o controle dos níveis pressóricos e da mudança dos hábitos de vida, dentre os quais se destacam uma alimentação balanceada e a prática regular de atividade física, como mecanismos que possam contribuir para a manutenção destes.

Dentro desta concepção, Zattar *et al.* (2013) ressaltam que o controle e manejo são imprescindíveis para minimizar o impacto desta doença sobre o organismo, e que os serviços de saúde devem orientar o tratamento farmacológico e não farmacológico (nutrição/atividade física regular) contribuindo para uma melhoria significativa do prognóstico da doença e da qualidade de vida dos indivíduos.

Entretanto, como colocam Lima *et al.* (2010) em seus estudos, a taxa de pacientes que aderem de forma singular ao tratamento é de 45%, e neste sentido, as ESFs devem buscar estratégias e ações que levem uma maior aderência por parte do paciente, sendo a conscientização uma importante ferramenta.

Outro dado preocupante trazido por Zattar *et al.* (2013, p. 02) é o fato de que “cerca de 1/3 dos hipertensos não tiveram o diagnóstico clínico da doença feito por um profissional de saúde”, e que a priori tem conhecimento da doença quando sofrem algum evento clínico grave.

O tratamento deve se basear em ações farmacológicas e não farmacológicas, e para Hartmann *et al.* (2007) as ESFs através das reuniões e do acompanhamento dos pacientes hipertensos devem buscar conscientizá-los sobre a necessidade de aderir a comportamentos saudáveis, onde destacam-se alimentação equilibrada, atividade física regular e manutenção dos níveis de gordura corporal.

Lima *et al.* (2010) destacam o fato de que a manutenção dos níveis pressóricos e a mudança dos hábitos de vida são responsáveis por uma melhora significativa do

quadro de HAS e está diretamente relacionada a uma melhor qualidade de vida e redução do risco cardiovascular.

A atividade física regular e a alimentação equilibrada contribuem juntamente com o tratamento farmacológico para a manutenção satisfatória dos níveis pressóricos e, portanto, devem ser prioridade dentro das ações básicas em saúde.

5.2 Diabetes mellitus

As mudanças tecnológicas, a globalização e a urbanização da população vêm contribuindo para **as** mudanças no comportamento, dentre as quais se destacam uma alimentação desbalanceada e rica em gorduras e carboidratos associada ao sedentarismo, afirmam Freitas e Garcia (2012).

Corroborando com tal colocação cita-se Mendes *et al.* (2011, p. 01):

O rápido envelhecimento da população, a urbanização e o estilo de vida com dieta inadequada, o sedentarismo e o consumo de tabaco e álcool são os fatores responsáveis pelas doenças crônicas serem a principal causa de mortalidade no mundo.

Estes hábitos inadequados ao longo da vida são responsáveis pelo aparecimento de uma doença crônica que vem aumentando em níveis alarmantes no mundo, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (2010, citado por MENDES *et al.* (2011, p. 01) “mais de 180 milhões de pessoas tem diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Neste cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos”.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2003, citado por PEREIRA, 2007, p. 18) conceitua diabetes como sendo:

Uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da capacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.

Pereira (2007) classifica o diabetes em tipo 1, que é caracterizado pela destruição das células beta pancreática, denominando concomitantemente de diabetes juvenil, onde há uma perda da capacidade de se produzir insulina e o diabetes tipo 2, que abrange cerca de 90% dos casos, caracterizado por uma resistência a insulina, devido principalmente a alimentação inadequada, sobrepeso e sedentarismo.

Devido a sua alta incidência, Rezende (2011) retrata a necessidade de adoção de hábitos saudáveis como alimentação equilibrada, manutenção do peso ideal e atividade física regular. Na prevenção e no tratamento do diabetes a alimentação e atividade física regular são importantes ações que devem ser incorporadas na vida do paciente, e neste contexto, as ESFs tem um papel fundamental, de conscientizar e de orientar os indivíduos diabéticos a buscarem nestas ações a melhoria de sua qualidade de vida.

Entretanto, a aderência a estes comportamentos, atividade física regular e alimentação balanceada, não fazem parte de cerca de 2/3 dos diabéticos tipo 2 segundo Freitas e Garcia (2012). Tal comportamento leva ao aumento do risco de complicações e de morte, pois as doenças crônicas degenerativas não são tratadas de forma satisfatória, estão associadas a inúmeras complicações que podem levar a morte.

Portanto, é fundamental estudos que busquem identificar o nível de aderência ao tratamento pelos diabéticos e a partir destes dados elaborar ações de conscientização e de acompanhamento que possibilitem melhorar os resultados em relação ao tratamento.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

A Região do CS Cabana – equipe 2 está situada na região Oeste de Belo Horizonte/MG, sendo ao longo do tempo caracterizada por uma região de classe baixa, com inúmeros problemas sociais associados que vão desde alto índice de evasão escolar, violência e especificamente em relação a saúde, baixa aderência aos programas desenvolvidos dentro da UBS, principalmente HAS e DM (BELO HORIZONTE, 2014).

Em relação aos hipertensos, os dados disponibilizados pela PBH (2014) revelam que a prevalência de HAS na região do CS Cabana – Equipe 2 é de 26% da população coberta pela UBS, e que o nível de aderência ao tratamento é de 43%. Observa-se ainda que os hábitos de vida destes pacientes são inadequados, caracterizados pelo sedentarismo, sobrepeso e obesidade e não aderência ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. O Sedentarismo e o aumento da gordura corporal são fatores de risco cardiovascular, principalmente para a população hipertensa.

A falta de controle dos níveis pressóricos, de acordo com Lima *et al.* (2010) é responsável pelo aumento significativo do risco de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e cerebral hemorrágico e isquemia cerebral, e que associado há fatores como sobrepeso/obesidade e sedentarismo podem acarretar aumento significativo do risco cardiovascular.

Em relação à DM dentro do CS Cabana – Equipe 2, observa-se uma prevalência de 7,1% da população coberta; entretanto, e que esta população tem como principais características o sedentarismo e sobrepeso, fatores responsáveis pelo aumento do risco cardiovascular destes (BELO HORIZONTE, 2014).

Conforme Mendes *et al.* (2011) o baixo nível de aderência ao tratamento de DM, associado ao sobrepeso/obesidade e sedentarismo vem sendo um problema de grande relevância dentro da área da saúde, já que esta doença crônico-degenerativa, se não controlada, será responsável por complicações nos olhos como a catarata, retinopatia diabética, glaucoma e edema macular; na pele e nos

pés pode originar pequenas feridas, rachaduras que podem evoluir para úlceras que podem levar em casos mais extremos a amputação do membro; nos vasos sanguíneos e cardíacos há propensão duas vezes maior em ter um ataque cardíaco, doença vascular periférica, hipertensão, derrame, complicações renais, infecções no trato urinário e dificuldades na ereção.

Na tabela 01 estão apresentados, de mais detalhada, o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, com sobrepeso e sedentários no CS Cabana – Equipe 2, bem como o número de hipertensos e diabéticos que aderiram ao tratamento proposto.

Tabela 01 – Número de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e que aderem ao tratamento, CS Cabana, Belo Horizonte, MG, 2014:

Doença	Cadastrados	Aderiram ao tratamento	Sobrepeso	Sedentários
HAS	988	424	367	398
DM	269	123	148	193

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2014)

Os dados da tabela 01 demonstram o elevado número de indivíduos cadastrados que não aderiram ao tratamento de HAS e DM. Analisou-se ainda dentro desta população aqueles que se encontram com sobrepeso e que não realizam atividade física regular. Após esta análise observou-se que a falta de aderência associada ao sedentarismo e aumento da gordura corporal são fatores de aumento de risco cardiovascular, sendo necessário o estabelecimento de metas e estratégias que visem minimizar os riscos cardiovasculares desses pacientes.

Além do elevado número de hipertensos e diabéticos, buscou-se juntamente com a equipe apontar outros problemas que vem acometendo a população coberta pelo CS Cabana – Equipe 2. No quadro 01 estão apresentados os principais problemas que acometem a população:

Quadro 01 – Principais problemas diagnosticados do CS Cabana – Equipe 2, segundo levantamento de necessidades, 2014:

PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	PRIORIDADE	CAPACIDADE DE RESOLUÇÃO
Risco cardiovascular aumentado	Alta	Alta	(2) Parcial
Polifarmácia em idosos	Moderada	Alta	(2) Parcial
Baixo nível sócio-econômico-cultural	Alta	Alta	(3) Baixa
Uso abusivo de antidepressivos /benzodiazepínicos	Moderada	Media	(1) Alta
Uso de álcool e outras drogas	Moderada	Media	(2) Parcial
Gestação na adolescência	Moderada	Media	(2) Parcial
Tráfico	Moderada	Media	(3) Baixa

O quadro 01 demonstra que a prioridade de intervenção está localizada sobre o risco cardiovascular aumentado dentre os usuários da equipe, em função da alta importância e prioridade e ainda sobre a capacidade de resolução. A partir do exposto procedeu-se a identificação dos “nós críticos”. Finalmente, será apresentado um plano de intervenção que tenha impacto direto sobre a modificação de estilos de vida e incentivo à prática de atividade física visando à redução dos fatores de risco cardiovascular e conseqüentemente a redução da morbimortalidade.

6.1 Seleção dos “nós críticos” do CS Cabana – equipe 2

Nó crítico”, por definição de Campos, Faria e Santos (2010, p.17): “um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”.

Dentre os nós críticos elencados no presente estudo em relação ao risco cardiovascular aumentado estão: baixo nível de informação, alimentação desbalanceada, sobrepeso e sedentarismo.

6. 2 Desenho das operações/processo de implantação/ gestão do processo

O levantamento dos problemas encontrados, nós críticos, possibilitou a criação de ações que visam no primeiro momento interferir de forma direta nestes, buscando assim reduzir o risco cardiovascular aumentado dos hipertensos e diabéticos, fazendo com que os mesmos adotem hábitos de vida saudáveis, objetivando a inclusão da atividade física regular e a redução do % de gordura corporal.

As estratégias relacionadas à redução da gordura corporal terão como foco os maus hábitos alimentares. Será lançado um grupo de nutrição, alimentação saudável e controle de peso em parceria com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) principalmente com a intervenção direta da nutricionista e da psicóloga. Todo o processo será realizado através da divulgação da campanha 10 passos para uma alimentação saudável, a partir da elaboração de um guia prático que será disponibilizado através das ACS.

As estratégias relacionadas à atividade física regular terão como base o grupo “Maratona do Bairro” cujo foco será tirar as pessoas da sua zona de conforto incentivando-as à prática de atividades físicas e esportivas. Novamente o apoio do NASF será necessário, com a intervenção direta dos profissionais de educação física, fisioterapia e terapia ocupacional.

Como medidas de controle far-se-á o seguimento ambulatorial no qual serão aferidos os dados antropométricos de todos os usuários portadores de HAS e DM participantes dos grupos operativos numa frequência trimestral. Ademais estes usuários terão controle semestral com o médico da equipe que procederá a realização de exame clínico completo e solicitação de exames laboratoriais para avaliar o controle das doenças e a possível interação de outros fatores de risco.

Quadro 02 – Desenho das operações do CS Cabana – BH/Minas Gerais

Nó Crítico	Projeto	Resultados Esperados	Recursos Humanos
Sobrepeso Alimentação desbalanceada	Alimente-se Bem	Reduzir em 20% o percentual de gordura dos indivíduos hipertensos e diabéticos acima do peso	- Nutricionista (NASF) - Psicólogo (NASF) - Enfermeiro - Médico
Sedentarismo	Maratona do Bairro	Adesão de 50% dos hipertensos e diabéticos que estão sedentários	- Nutricionista (NASF) - Psicólogo (NASF) - Enfermeiro - Médico
Falta de Informação	Conversa do Bem	Orientação de 90% dos hipertensos/diabéticos e da população com sobrepeso/obesidade	- Agentes Comunitários de Saúde - Enfermeiro - Médico

A elaboração dos projetos para a intervenção baseou-se principalmente na busca por ações que não dificultassem a implantação, pois, comumente há uma dificuldade em se buscar investimentos para a elaboração de atividades complexas. Entretanto, os projetos “Alimente-se Bem”, “Maratona do Bairro” e Conversa do bem dependem unicamente de um planejamento estratégico para que seja implementado de forma prática dentro da comunidade.

Em relação ao projeto Conversa do Bem, suas ações se baseiam em rastreamento dos indivíduos hipertensos, diabéticos e com sobrepeso na área de cobertura, onde os ACS irão fazer o primeiro contato convidando-os a participarem do projeto, que terá como objetivo conscientizar estes sobre a necessidade de aderirem aos programas “Alimente-se Bem” e “Maratona do Bairro”, como ferramentas de controle

do peso corporal e que levam a adaptações fisiológicas que diminuem os risco cardiovascular.

Em relação à viabilidade do plano, como colocado, buscou-se apenas utilizar-se de ações estratégicas que viabilizassem a curto prazo a implantação do projeto de intervenção. Observa-se que todo o processo baseia-se em uma reestruturação da forma como as ações são desenvolvidas, contribuindo assim para minimizar os custos operacionais que muitas vezes são o entrave para a realização destes modelos de estratégias.

Todo o processo de implantação dos projetos será realizado a priori em curto prazo (30 a 90 dias) e com processo avaliativo e de feedback quinzenal, que irão permitir possíveis ajustes. A coordenação dos projetos será realizada pelo gerente da UBS, Enfermeiro CS Cabana – Equipe 2 e Médico.

Quadro 03 – Plano Operativo para implantação e acompanhamento do Projeto de Intervenção

Operações	Resultados	Meta	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Conversa do bem	Melhorar o % de aderência ao programa de alimentação e atividade física	Atingir 90% de aderência	Mapeamento Acompanhamento Reuniões Semanais	- Enfermeiro - ACS	30 dias
Alimente-se Bem	Reduzir o percentual de Gordura Corporal de Hipertensos e Diabéticos	Reduzir em 25% a gordura corporal de HA e DM	- Após a busca e mapeamento os HÁ e DM irão ser orientados por nutricionistas	- Enfermeiro - Nutricionista - Médico	120 dias
Maratona do Bairro	Incentivar a prática de atividade física regular (caminhada e corrida)	- Aderência de 50% dos HÁ e DM no projeto	- Após a busca e mapeamento estimular os HÁ e DM a participarem do projeto.	- Enfermeiro - Educador Físico - Médico	120 dias

Todo o processo de implantação de um projeto de intervenção necessita de um plano de gestão, que buscará fomentar, coordenar, decidir e permitir que as atividades implantadas sejam acompanhadas e tenham o suporte necessário para que alcance seus objetivos.

A implantação do projeto ocorrerá de forma gradual e linear, sendo que em 120 dias todas as estratégias serão implantadas. Em relação à avaliação esta ocorrerá paralelamente a realização das atividades, onde os feedbacks serão analisados para se necessário for tomar as decisões necessárias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Equipes de Estratégia Saúde da Família fazem parte da rede de Atenção Básica em Saúde e tem como objetivo principal buscar implementar ações de prevenção e acompanhamento de uma determinada área de cobertura, contribuindo assim para a manutenção da saúde e, quando necessário, possibilitar que os indivíduos realizem um tratamento de qualidade.

Neste contexto, a aderência ao tratamento não medicamentoso e as reuniões vem sendo um dos principais problemas encontrados na CS Cabana – Equipe 2, onde diagnosticou-se um alto risco devido ao fato de grande parte dos hipertensos e diabéticos da região de cobertura estarem com sobrepeso e sedentários. Observou-se ainda que, a hipertensão e o diabetes nestes indivíduos estão associados a outros problemas de saúde pública, como o tabagismo, alimentação desbalanceada, sobrepeso/obesidade e sedentarismo.

Na concepção integrada, dentro do tratamento de Diabetes e HAS, é fundamental que o indivíduo dentro do tratamento farmacológico também tenha um comportamento preventivo, aderindo a um programa de alimentação saudável que pode ser realizado dentro da ESF com a nutricionista do NASF e a um programa de atividade física, que pode/deve ser orientado por um profissional de Educação Física, que também faz parte do NASF.

Desta forma, o presente estudo diagnosticou a necessidade de implantação de um projeto de intervenção, com abrangência em três fatores, sendo o mapeamento e aderência ao Projeto Conversa do Bem; elaboração de um programa de alimentação saudável em parceria com o NASF e; elaboração de um programa de atividade física (caminhada e corrida) denominado Maratona do Bairro.

Neste sentido, o presente projeto de intervenção é um passo importante dentro do programa de atenção básica em saúde, já que dentro da literatura demonstra-se que a alimentação balanceada, associada ao exercício físico regular, é uma importante ação no processo de tratamento e acompanhamento de indivíduos com HAS e DM,

contribuindo para a melhoria do quadro geral de saúde, como também na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Dados HAS e DM – Região Oeste – CS Cabana. 2014.

BRASIL. Prevalência de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. 2011. Disponível em: <http://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=1701>. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

BRASIL. Hipertensão atinge 24,3% da população adulta. 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta>. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

CAMPOS, FCCD.; FARIA, H. P. D.; SANTOS, M. A. D. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2010.

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M.S.L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 139p.

FREITAS, LRS de; GARCIA, L. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003, 2008. **Revista de Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, 21 (1): 7-19, Jan/Mar, 2012.

HARTMANN, M; DIAS-DA-COSTA, JS; OLINTO, MTA; PATTUSSI, MP; TRAMONTINI, Â. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados: um estudo de base populacional em mulheres no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (8): 1857-1866, Ago/2007.

LIMA, T. de M; MEINERS, MMM de A; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. *Revista Pan-Amaz Saúde*, 2010, 1 (2): 113-120.

MENDES, T de A B; GOLDBAUM, M; SEGRI, NJ; BARROS, MB de A; CESAR, CLG; CARANDINA, L. ALVES, MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e prática de controle dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(6): 1233-1243, jun/2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diabetes. 2010: IN: MENDES, T de A B; GOLDBAUM, M; SEGRI, NJ; BARROS, MB de A; CESAR, CLG; CARANDINA, L. ALVES, MCGP. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e prática de controle dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(6): 1233-1243, jun/2011.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE (PBH). Protocolo de Hipertensão. 2014. Disponível em: portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento...hipertensao.pdf. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

PEREIRA, PMH. Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. Dissertação [Mestrado] apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3923/2/000029.pdf>. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

RABETTI, A de C; FREITAS, SFT de. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. Revista de Saúde Pública, 2011; 45 (2): 258-68.

REZENDE, AMB. Ação educativa na Atenção Básica à Saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial: avaliação e qualificação de estratégias com ênfase na educação nutricional. Tese [Doutorado] apresentada ao Programa de Pós Graduação em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo – USP, 2011. Disponível em: <http://teses.usp.br>. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretriz Brasileira de hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, p. 7-10, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3ª. ed. Itapevi: [s.n.], 2009. 400 p. Apud: PEREIRA, PMH. Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. Dissertação [Mestrado] apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Pública da FIOCRUZ, 2007. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/3923/2/000029.pdf>. Acesso em 10 de Setembro de 2014.

ZATTAR, LC; BOING, AF; GIEHL, MWC; D'ORSI, E. Prevalência de fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no Sul do Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29 (3): 507-521, mar/2013.