

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

ANNA PAULA CARDOSO MARTINS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

CAMPOS GERAIS – MG

2014

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

ANNA PAULA CARDOSO MARTINS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

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

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Mônica Ribeiro

CAMPOS GERAIS – MG

2014

ANNA PAULA CARDOSO MARTINS

EDUCAÇÃO EM SAÚDE AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL E DIABETES: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Banca Examinadora

Aprovado em

CAMPOS GERAIS –MG

2014

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família Jardim Boa Esperança está inserida em um bairro localizado na periferia da cidade de Alfenas, Sul de Minas Gerais. Após a realização do Diagnóstico Situacional, o problema eleito como prioridade foram as doenças crônicas que levam às complicações cardiovasculares graves. Dentre as principais doenças cardiovasculares provocadas por Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus pode-se citar a doença coronariana, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações, a perda de visão, entre outras. Estas, representam o maior problema de saúde pública no município, provocando altos custos em insumos médicos e em previdência social, principalmente nos casos que levam à impossibilidade para o trabalho e à cronicidade de tratamento, geralmente realizado pela Atenção Básica. O objetivo desse estudo foi elaborar uma proposta de intervenção para educação em saúde com o intuito de sistematizar a assistência aos portadores de Hipertensão e Diabetes. Conclui-se que o essencial para o objetivo proposto seja alcançado é desenvolver ações específicas visando a diminuição das complicações patológica, e, buscando a melhor adesão ao tratamento. Os profissionais de saúde devem estabelecer um relacionamento de confiança com essa clientela, para que as orientações transmitidas sejam colocadas em prática a fim de prevenir as complicações graves e a manutenção de uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Hipertensão Arterial Sistêmica; Doenças Cardiovasculares.

## **ABSTRACT**

The Family Health Strategy Good Hope Garden is set in a neighborhood located on the outskirts of the city of Alfenas, South of Minas Gerais. After the completion of the Situational Diagnosis, the problem chosen as priority were the chronic diseases that lead to serious cardiovascular complications. Among the major cardiovascular diseases caused by systemic hypertension and diabetes mellitus can quote coronary heart disease, chronic renal failure, heart failure, amputations, vision loss, among others. These represent a major public health problem in the city, causing high costs in medical supplies and social security, particularly in cases that lead to the inability to work and chronicity of treatment, usually performed by primary care. The aim of this study was to prepare a proposal for intervention for health education in order to systematize the care of patients with hypertension and diabetes. We conclude that the key to the proposed objective is achieved is to develop specific actions aiming at the reduction of pathological complications, and seeking the best treatment compliance. Health professionals should establish a trusting relationship with these clients, that the transmitted guidelines are put into practice in order to prevent serious complications and maintain a better quality of life.

**Keywords:** Primary Health Care; Diabetes mellitus; Systemic Arterial Hypertension; Cardiovascular Diseases.

## LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: População residente por faixa etária da ESF Jardim Boa Esperança.....	15
Quadro 2: Classificação dos problemas da ESF Jardim Boa Esperança.....	16
Quadro 3: Classificação das prioridades para os problemas.....	17
Figura 1: Árvore explicativa do problema agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos.....	18
Quadro 4: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos.....	19
Quadro 5: Identificação dos recursos críticos.....	20
Quadro 6: Propostas de ações para a motivação dos atores.....	21
Quadro 7: Plano Operativo.....	21
Quadro 8: Acompanhamento do Plano de Ação.....	22
Figura 2: Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico.....	27
Figura 3: ESF Jardim Boa Esperança.....	29
Figura 4: Projeto “Movimentar para viver” .....	29
Figura 5: Projeto “Movimentar para viver” .....	30
Figura 6: Humanização do atendimento.....	30
Figura 7: Projeto “Eu quero ter saúde” .....	31
Figura 8: Projeto “Educação com Saúde” .....	31
Figura 9: Projeto “Educação com Saúde” .....	32
Figura 10: Projeto “Educação com Saúde” .....	32
Figura 11: Projeto “Educação com Saúde” .....	33

# SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2.OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>3.METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
3.1DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF JARDIM BOA ESPERANÇA.....	13
3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	14
3.3 PLANO DE AÇÃO.....	14
<b>4.RESULTADOS.....</b>	<b>15</b>
4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF JARDIM BOA ESPERANÇA.....	15
4.2 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	15
4.2.1 Primeiro passo.....	15
4.2.2 Segundo passo.....	16
4.2.3 Terceiro passo.....	17
4.2.4 Quarto passo.....	17
4.2.5 Quinto passo.....	18
4.2.6 Sexto passo.....	19
4.2.7 Sétimo passo.....	20
4.2.8 Oitavo passo.....	20
4.2.9 Nono passo.....	21
4.2.10 Décimo passo.....	22
<b>5.DISSCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>6.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>7.REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O município de Alfenas situa-se no sul do Estado de Minas Gerais. O clima é agradável, do tipo tropical úmido, com média de temperatura anual de 20.8° C. O município atualmente conta com um Secretário de Saúde, uma Coordenadora da Atenção Básica e Coordenador da Saúde Bucal. A população é de 73.774 habitantes (IBGE, 2010). A cidade possui várias empresas, duas universidades e uma rede de comércio bem estruturada, os quais geram grande número de empregos.

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Alfenas diminuiu sua posição no ranking em 2010, porém, permanece em sétimo lugar na classificado das cidades da Região do Sul de Minas Gerais (IBGE, 2010).

Em relação à assistência hospitalar, o município possui três hospitais, sendo a Santa Casa de Misericórdia como referência para atendimento de oncologia; O Hospital privado (Imesa); e o Hospital Universitário Alzira Vellano (HUAV), com referência para urgências e emergências (Protocolo de Manchester).

Na Atenção Secundária, há cinco Unidades (Ambulatório Dr. Plínio do Prado Coutinho; Ambulatório de Atenção Secundária Cruz Preta; Ambulatório Casa de Caridade Nossa Senhora Perpétuo Socorro; Policlínica do Consórcio de Saúde –CISLAGOS; e uma Unidade de Saúde Mista – o Ambulatório Vila Esperança, os quais realizam consultas de especialidades médicas. Há também um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que realiza ações de diagnóstico e prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis, com testagem para HIV, sífilis e hepatites B e C.

Em relação à realização de exames complementares, após a consulta médica, os exames laboratoriais são autorizados e o usuário tem a opção de escolher o laboratório mais próximo, sendo que os conveniados são o Laboratório Alfenas – Santa Casa; o Laboratório de Análises Clínicas Dr. Roque Tamburini; o Laboratório da Universidade Federal de Alfenas- UNIFAL- MG; e o Laboratório HUAV.

Na Atenção à Saúde Mental há um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que realiza atendimento aos portadores de transtorno mental de segunda à sexta- feira, no período das 07h às 17h. Tem como objetivo prestar assistência contínua aos portadores,



sendo que, eventualmente, há assistência aos finais de semana para atendimento de seus pacientes com crise.

O Município de Alfenas conta também com um Centro Especializado de Atendimento a Fissurados (Centro Pró-Sorriso), que atende a pacientes de todo o Estado de Minas Gerais com deformidades craniofaciais. As cirurgias são realizadas no HUAV. As consultas especializadas de saúde bucal (periodontia, endodontia, cirurgia, prótese, ortodontia, radiologia) são realizadas por duas faculdades de Odontologia existentes em Alfenas que são credenciadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Na Atenção Básica, são 19 Unidades Básicas de Saúde, sendo 13 Unidades do Programa de Saúde da Família (ESF Jardim Primavera; ESF Vila Formosa; ESF Jardim São Carlos; ESF Itaparica; ESF Santos Reis; ESF Vila Betânia; ESF Jardim Boa Esperança; ESF Caensa; ESF Santa Clara Pinheirinho; ESF Recreio Vale do Sol; ESF Unisaúde; e duas ESF na Zona Rural); e 06 Unidades Básicas de Saúde(UBS) (Saúde Gaspar Lopes, Ambulatório de Atenção Básica Aparecida; Ambulatório de Atenção Básica São Vicente; Ambulatório Central; Ambulatório Jardim São Carlos, Ambulatório Morada do Sol; Ambulatório Pinheirinho), as quais realizam atendimento especializado de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia.

Cada Equipe de Saúde da Família (ESF) é composta por uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um médico, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, de sete a oito agentes comunitários de saúde, um auxiliar de serviços gerais e uma recepcionista. Há também atendentes de farmácia nas ESF, auxiliares de enfermagem que atuam nas salas de vacina, fisioterapeutas e uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com duas Psicólogas, um Assistente Social, uma Educadora Física, duas Fonoaudiólogas, uma Nutricionista. Todos os profissionais realizam uma jornada de 40 horas semanais, no período das 07 às 11h e das 13às 17h, de segunda-feira à sexta-feira.

A ESF Jardim Boa Esperança foi inaugurada em 2002, e situa-se no limite de sua área de abrangência, abrangência que engloba os bairros Jardim Boa Esperança e Novo Horizonte, a aproximadamente a 4 km do centro da cidade. Sua infraestrutura não é adequada, funcionando em uma casa alugada. A ESF conta com oito ACS, um técnico de enfermagem, uma médica, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma atendente de farmácia, uma farmacêutica, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza.

Funciona de segunda à sexta-feira, de 7 às 17 horas. A equipe atende a 4016 moradores, sendo oito microáreas com registro de 1132 famílias.

No que tange aos aspectos ambientais, um levantamento local realizado pela equipe identificou que nossa área de abrangência é 99,72% com abastecimento de água tratada. A coleta de lixo ocorre 3 vezes na semana, porém ainda se encontra muito lixo depositado pelas ruas. Nos aspectos socioeconômicos não há crianças nem adolescentes até 14 anos trabalhando ou fora da escola, e há pessoas que trabalham como safrista (café, milho e feijão) com carteira assinada. A maioria dos idosos acima de 65 anos é aposentada, e a população adulta ativa trabalha em vários locais, porém, ainda há um pequeno número de trabalhadores rurais e mulheres que trabalham de diaristas sem carteira assinada, além de muitos trabalhadores liberais.

Os dados coletados para o diagnóstico situacional da população da ESF Jardim Boa Esperança foram obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), entrevistas com informantes-chave e observação ativa e pastas de acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), no ano de 2014.

Após análise detalhada, os pontos relevantes levantados pela equipe foram:

- Alta prevalência de pacientes com doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica e diabetes);
- Maior problema de morbidade referida se encontra nas condições crônicas, principalmente cardiovasculares;
- Alto número de pessoas com sobrepeso/obesidade;
- Adolescentes, jovens e idosos ociosos;
- Desemprego e alcoolismo;
- Risco de epidemia de dengue;
- Falta de lazer para a comunidade;
- Violência;
- Nível de segurança baixo.

Evidenciou-se que o problema de maior destaque da unidade é Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, e suas consequências cardiovasculares. Essas são patologias

denominadas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais são responsáveis por dois terços da carga de doenças no Brasil, e que vem ganhando destaque pelo alto número de mortes no mundo todo (DATASUS, 2010).

Com o intuito de organizar a assistência aos portadores de HAS e DM, pretende-se elaborar um plano de ação que será executado pela ESF Jardim Boa Esperança.

## 2. OBJETIVO

Elaborar uma proposta de intervenção com intuito de reduzir os agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos na ESF Jardim Boa Esperança, no município de Alfenas, Minas Gerais.

### 3. METODOLOGIA

Para a execução da proposta de intervenção foram realizadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

#### 3.1 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ESF JARDIM BOA ESPERANÇA

O Método da Estimativa Rápida (CAMPOS et al., 2010) foi o meio utilizado para se fazer o diagnóstico situacional em saúde, da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Jardim Boa Esperança, em Alfenas.

[..]A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação de suas necessidades e problemas e também os atores sociais – autoridades municipais, organizações governamentais e não governamentais, etc. – que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas (CAMPOS et al, 2010, p.36).

As fontes utilizadas no método foram:

4. Registros escritos existentes: Análise dos prontuários dos pacientes atendidos nos últimos seis meses na ESF Jardim Boa Esperança, observando os principais problemas de saúde da população.
5. Fontes secundárias: Análise dos dados dos consolidados mensais do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).
6. Observação ativa da área: A equipe de saúde realizou observação do ambiente no qual a ESF está inserida, buscando encontrar as causas e possíveis soluções dos problemas encontrados.

A coleta foi realizada no período de março a dezembro de 2014.

A identificação dos “nós críticos” (CAMPOS et al., 2010), ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade são essenciais para resolução da questão abordada (CAMPOS et al., 2010). No caso em questão, os “nós críticos” encontrados foram: Nível de informação; Hábitos e estilo de vida; Não adesão ao tratamento farmacológico; Estrutura dos serviços.

### **3.2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Na segunda etapa, foi realizada a Revisão da literatura em bases de dados eletrônicos: Literatura latino-americana e do Caribe (LILACS); Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS); e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), sendo considerados os seguintes critérios:

- Estudos científicos (teses, monografias, artigos)
- Idioma – Português
- Período: de 2004 a 2014
- Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes mellitus; Assistência de Saúde; Saúde Pública.

Os estudos selecionados serviram de referência para a contextualização do estudo e para a discussão.

### **3.3 PLANO DE AÇÃO**

Na terceira etapa, a elaboração da proposta de intervenção foi realizada utilizando-se o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado (CAMPOS et al., 2010).

Segundo Campos et al. (2010), o PES se baseia em três fundamentos teóricos:

7. Projeto de governo: Plano que a equipe pretende realizar para alcançar seus objetivos.
8. Governabilidade: Recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para execução do plano.
9. Capacidade de governo: Experiência e acúmulo de conhecimento da equipe, que são necessários para implementação do plano.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM BOA ESPERANÇA

Foram consideradas como fontes principais: registros escritos existentes, fontes secundárias e observação ativa da área.

### 4.2 PLANO DE INTERVENÇÃO

Conforme descrito na Metodologia, a proposta de intervenção para a ESF Jardim Boa Esperança foi elaborada por meio do Planejamento Estratégico Simplificado, de acordo com os dez passos a seguir.

#### 4.2.1 Primeiro passo

Nesse primeiro momento, foi possível identificar, utilizando a estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência. A população residente na área de abrangência é de 4016 habitantes, divididos segundo a faixa etária mostrada no quadro abaixo:

Quadro 1: População residente por faixa etária no PSF Jardim Boa Esperança

---

POPULAÇÃO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA – PSF JARDIM BOA ESPERANÇA, 2014	
< 1 ano	7
1 a 4 anos	134
5 a 9 anos	327
10 a 14 anos	440
15 a 19 anos	369
20 a 49 anos	1182
50 a 59 anos	650
60 anos e +	353
<b>Total</b>	<b>3829</b>

FONTE: Dados do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) de 2014

Observa-se que a população é formada principalmente por pessoas com mais de 20 anos (adultos e idosos) e que a faixa etária com maior número de pessoas é de 20 a 49 anos.

De acordo com os registros escritos existentes e principalmente através da observação ativa da área, pode-se observar que os principais problemas eram: complicações de doenças crônicas como de maior prioridade, denominado de agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos.

#### **4.2.2 Segundo passo**

No segundo passo foi realizada a priorização de problemas. Após a devida identificação fez-se necessária a priorização dos problemas que seriam enfrentados, porque dificilmente todos poderiam ser resolvidos simultaneamente. Como critérios para seleção dos problemas, a ESF considerou a importância do problema, sua urgência e a capacidade para enfrentá-los, conforme descrito no quadro 2:

Quadro 2: Classificação dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade do Jardim Boa Esperança.

DESCRITORES	VALORES	Fonte
Hipertensos cadastrados	449	SIAB
Hipertensos acompanhados	449	SIAB
Hipertensos esperados	900	Estudos Epidemiológicos
Diabéticos	127	SIAB
Tabagistas	225	Registro da Equipe
Sobrepeso/Obeso	230	Registro da Equipe
Etilistas	161	SIAB

O problema eleito como de maior prioridade foi os agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos devido à falta de informação por parte da população e de meios que visem prevenir complicações advindas das patologias e melhorar a adesão ao tratamento.



### 4.2.3 Terceiro passo

Neste momento, ainda explicativo, ocorreu a descrição do problema selecionado.

Quadro 3: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade do PSF Jardim Boa Esperança:

<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Risco cardiovascular aumentado	Alta	8	Parcial	1
Obesidade	Alta	6	Parcial	2
Risco de dengue	Alta	6	Parcial	3
Álcool/drogas/violência	Alta	5	Parcial	4

### 4.2.4 Quarto passo

O objetivo é entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas:

10. Causas relacionadas aos portadores: Nível de conhecimento da doença e suas complicações, sedentarismo, hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, violência; que levam à HAS, DM, obesidade, dislipidemia, diminuição da autoestima, depressão.
11. Causas relacionadas à equipe de saúde: a equipe deverá através do Projeto de Intervenção, realizar o seguimento dos pacientes enquadrados como de risco na área adscrita. Isto será feito também por meio de abordagem do paciente, orientações sobre as doenças e suas complicações, e como o desfecho/prognóstico da doença pode ser mudando através do uso correto das medicações e nas mudanças nos hábitos de vida. Uma das propostas é estimular o seguimento farmacoterapêutico, com a entrega de cartão para controle de pressão arterial e glicemia capilar, conforme doença, onde o paciente fará a aferição de sua pressão arterial e/ou

glicemia capilar, na ESF, pelo menos uma vez na semana, com o objetivo de conscientizar e cuidar mais da sua saúde.

#### 4.2.5 Quinto passo

Neste momento, foi necessário realizar uma análise capaz de identificar entre as várias causas aquelas mais importantes, na origem do problema, e que precisam ser enfrentadas. Para isso, utilizou-se o conceito de “nós críticos”, ou seja, causas de um problema que possam sofrer intervenção da equipe de saúde dentro de seu espaço de governabilidade, proposto pelo PES (CAMPOS et al., 2010).

Os “nós críticos” encontrados foram:

- a) Nível de informação;
- b) Hábitos e estilo de vida;
- c) Não adesão ao tratamento farmacológico;
- d) Estrutura dos serviços.

#### 4.2.6 Sexto passo

Nesta etapa, denominada normativa, foi realizado o desenho das operações. Esse passo tem como objetivos:

- Descrever as operações para o enfrentamento dos “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

Quadro 4: Desenho das Operações para os “nós” críticos do problema agravos à saúde dos hipertensos e diabéticos.

<b>NÓ CRÍTICO</b>	<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RESULTADO S ESPERADOS</b>	<b>PRODUTOS</b>	<b>RECURSOS NECESSÁRIOS</b>
<b>NÍVEL DE INFORMAÇÃO</b>	<i>“Educação com saúde”</i>	Apresentar informação sobre os riscos e	Oficinas educativas, grupos	Conhecimento sobre o tema;

<b>HÁBITOS DE VIDA</b>	<i>“Movimentar para viver”</i> (incentivo para atividade física e abandono do tabaco)	complicações  Reduzir o sedentarismo, obesidade e tabagismo	operativos, palestras  Orientações, incentivar a atividade física, orientações nutricionais	reorganização da agenda; incentivo a mobilização dos pacientes  ESF e equipe multiprofissional para organizar palestras, grupos de atividade física (alongamento, caminhada)
<b>NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO</b>	<i>“Eu quero ter saúde!”</i>	Diminuir os níveis pressóricos e glicêmicos	Orientação educacional através de rodas, palestras, mesas redondas, etc. Capacitação de profissionais;	ESF Multiprofissionais
<b>ESTRUTURA DOS SERVIÇOS</b>	Humanização no PSF, acolhimento adequado	Oferta aumentada de consultas médicas e de enfermagem, facilitação para controle com fisioterapia e especialidades, exames e medicamentos	Contratação de exames e consultas especializada; Comprar medicamentos	Aumentar os recursos para estruturar o serviço; Aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Elaboração do projeto de adequação.

#### 4.2.7 Sétimo passo

Tem como objetivo identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o Quadro 6.

Quadro 5: Identificação dos recursos críticos.

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>
<i>“Educação com saúde”</i>	Toda a equipe levando informações, além de recursos trazidos pelos pacientes
<i>“Movimentar para viver”</i>	Apoio do NASF, com acompanhamento nutricional, orientação, além de recursos disponibilizados pela fisioterapia
<i>“Eu quero ter saúde!”</i>	Busca ativa da equipe para fortalecer vínculo, ensinar e mostrar à família a necessidade de ajuda

	mútua
Humanização no PSF, acolhimento adequado	Decisão política para aumentar os recursos para estruturar o serviço.

#### 4.2.8 Oitavo passo

Nesse momento estratégico foi realizada a análise da viabilidade do plano. A ideia central é realizar uma análise da viabilidade do plano, isto é, aquele que planeja não tem como controlar todos os recursos para a devida execução do mesmo. Assim, é necessário que o ator que planeja identifique outros atores que controlem os recursos críticos, porque através da análise do posicionamento desses atores em relação ao problema poderá definir as operações ou ações estratégicas capazes de construir a viabilidade ao plano.

Quadro 6: Propostas de ações para a motivação dos atores.

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>
<i>“Educação com saúde”</i>	Toda a equipe levando informações, além de recursos trazidos pelos pacientes	Equipe de Saúde da Família e redes sociais.
<i>“Movimentar para viver”</i>	Apoio do NASF, com acompanhamento nutricional, orientação, além de recursos disponibilizados pela fisioterapia	Equipe de Saúde da Família e NASF e intersetorialidade.
<i>“Eu quero ter saúde!”</i>	Busca ativa da equipe para fortalecer vínculo, ensinar e mostrar à família a necessidade de ajuda mútua	Equipe de Saúde da Família
Humanização no PSF, acolhimento adequado	Decisão política para aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Equipe de Saúde da Família

#### 4.2.9 Nono passo

Nesse momento, deve-se elaborar o plano operativo. Os objetivos deste passo são: designar os responsáveis para cada operação e os prazos para execução das operações.

Quadro 7: Plano Operativo.

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>PRAZO</b>
<i>“Educação com saúde”</i>	Toda a equipe levando informações, além de recursos trazidos pelos pacientes	Equipe de Saúde da Família e redes sociais.	A partir de março de 2014
<i>“Movimentar para viver”</i>	Apoio do NASF, com acompanhamento nutricional, orientação, além de recursos disponibilizados pela fisioterapia	Equipe de Saúde da Família e NASF e intersetorialidade.	Desde março de 2014
<i>“Eu quero ter saúde!”</i>	Busca ativa da equipe para fortalecer vínculo, ensinar e mostrar à família a necessidade de ajuda mútua	Equipe de Saúde da Família	Início de março de 2014, com reavaliação bimestral
Humanização no PSF, acolhimento adequado	Decisão política para aumentar os recursos para estruturar o serviço.	Equipe de Saúde da Família	Avaliação mensal, iniciada em março de 2014

#### **4.2.10 Décimo passo**

Nesse momento tático-operacional descreve-se a gestão do plano. Os objetivos desse passo são: desenhar um modelo de gestão do plano de ação, discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

O desenvolvimento de um plano é fundamental para o desenvolvimento de intervenções almeçadas pela ESF para conseguir a minimização ou extinguir o problema.

O cronograma abaixo detalha o tempo estimado, por etapa, para que a intervenção seja concluída, e expressa a compatibilização das atividades propostas com o tempo previsto. Além disso, neste item, o conjunto de todos os elementos necessários à aplicação do projeto de intervenção. Os recursos podem ser financeiros, humanos ou materiais.

Durante a fase de implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a ESF para avaliação e será utilizado o quadro 11 como o cronograma de atividades.

Quadro 8: Acompanhamento do Plano de Ação.

<b>OPERAÇÃO/ PROJETO</b>	<b>RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS</b>	<b>PRAZO</b>	<b>SITUAÇÃO ATUAL</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>
<i>“Educação com saúde”</i>	Toda a equipe levando informações, além de recursos trazidos pelos pacientes	Equipe de Saúde da Família e redes sociais	A partir de março de 2014	Programa implantado	
<i>“Movimentar para viver”</i>	Apoio do NASF, com acompanhamento nutricional, orientação, além de recursos disponibilizados pela fisioterapia	Equipe de Saúde da Família e NASF e intersetorialidade	Desde março de 2014	Programa implantado	
<i>“Eu quero ter saúde!”</i>	Busca ativa da equipe para fortalecer vínculo, ensinar e mostrar à família a necessidade de ajuda mútua	Equipe de Saúde da Família	Início de março de 2014, com reavaliação bimestral	Atrasado	Equipe refere que não tem tempo suficiente
Humanização no PSF, acolhimento adequado	Decisão política para aumentar os recursos para estruturar o serviço	Equipe de Saúde da Família	Avaliação mensal, iniciada em março de 2014	Implantado mas com falhas	Depende de recursos financeiros do Fundo Nacional de Saúde para aquisição de

					exames e medicamentos
--	--	--	--	--	--------------------------

## 5. DISCUSSÃO

As doenças cardiovasculares e suas complicações constroem, sem sobra de dúvidas, a maior preocupação dos gestores de saúde e até mesmo da Previdência Social, visto que estas correspondem a segunda maior causa de morte no mundo e uma das maiores causas de gastos em saúde pública. Em novembro de 2009 houve 91.970 internações por doença cardiovascular, em um custo de R\$ 165.461.644,33 (DATASUS,2009).

No mundo, cerca de 1 bilhão de pessoas são hipertensas, vivendo 2/3 delas em países em desenvolvimento. No Brasil, alguns trabalhos, principalmente das regiões sul e sudeste, apontam para uma prevalência média de 32,5%. E a tendência é que a incidência de hipertensão aumente nos próximos anos, em boa parte decorrente do maior número de obesos e de idosos. Além disso, para piora do aumento nos casos de complicações da doença, a taxa de controle ainda é muito baixa, em torno de 20 a 30% (DATASUS,2009).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. É definida como Pressão Arterial sistólica maior ou igual a 90mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti- hipertensiva (ROSÁRIO et al., 2009).

A prevalência de Diabetes Mellitus (DM) aumentou acentuadamente em todo o mundo, nos últimos anos. Em 1985, eram cerca de 30 milhões. Atualmente, o número de pessoas com a doença encontra-se na casa de 285 milhões de pessoas no mundo (2010) com projeções de crescimento (438 milhões em 2030). Esse aumento é muito mais significativo para o DM tipo 2, graças a sua associação com obesidade e sedentarismo- dois grandes problemas do mundo de hoje. Destas, 2/3 vivem em países em desenvolvimento, principalmente sudeste asiático; e, 90% são DM tipo 2. O diagnóstico se dá por glicemia de jejum  $\geq 126\text{mg/dL}$  ou TOTG-75 (2h)  $\geq 200\text{mg/dL}$  ou HbA1c (hemoglobina glicada)  $\geq 6,5$ , em pelo menos duas ocasiões; ou glicemia casual  $\geq 200\text{mg/dL}$  associada a sintomas típicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2013).

A HAS é muito comum em diabéticos, especialmente no DM tipo 2, quando é encontrada em 40-60% dos casos, geralmente fazendo parte da síndrome metabólica de resistência insulínica. Nestes casos, a hipertensão costuma ser do tipo primária, embora o



risco de hipertensão renovascular aterosclerótica seja maior que na população não diabética. Os hábitos de vida adotados por grande parte da população, como sedentarismo, alimentação desequilibrada e tabagismo constituem fatores de risco que podem ser evitados e monitorados com a ação efetiva da equipe de saúde, por meio da promoção, prevenção e proteção da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A combinação DM e hipertensão traz um risco bastante elevado de complicações cardiovasculares e microvasculares, comparável ao risco de um hipertenso com lesão de órgão alvo. Diversos estudos demonstraram que, para reduzir significativamente estes riscos o alvo da PA deve ser inferior ao alvo pressórico dos hipertensos não diabéticos. Portanto, a recomendação seria reduzir a PA para menos de 130 X 80mmHg. Em pacientes com nefropatia e proteinúria acima de 1g/24h, o alvo pressórico seria ainda mais baixo (PA < 125 X 75 mmHg), para reduzir o risco de progressão da nefropatia (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

A principal relevância de identificar e controlar a HAS e DM é para diminuir suas complicações, tais como doença cerebro-vascular, a doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, doença arterial periférica, retinopatia, pé diabético (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006)

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações, e, que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a essas informações (BRASIL, 2010).

As ações e condutas recomendadas para a assistência aos diabetes devem fazer parte do trabalho de toda a equipe a fim de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente, além de oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa. Destaca-se a necessidade de encorajar a relação entre o paciente e equipe, com participação ativa do paciente em todas as atividades, isto é, respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado,

reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o autocuidado (BRASIL. 2010).

Em relação à prevenção, está bem demonstrado hoje que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2, como por exemplo, as mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas com alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos. Esse efeito foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>. Casos com alto risco de desenvolver diabetes, incluindo mulheres que tiveram diabetes gestacional, devem fazer investigação laboratorial periódica para avaliar sua regulação glicêmica. A caracterização do risco é feita de modo semelhante àquela feita para suspeita de diabetes assintomático (COELHO et al., 2008).

No que se trata de HAS, devem-se considerar no diagnóstico, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. É preciso ter cautela antes de rotular alguém como hipertenso, tanto pelo risco de um diagnóstico falso-positivo, como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos em consultório é requerida para chegar a pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da Pressão Arterial (COELHO et al., 2008).

Figura 2: Risco Estratificado e Quantificação de Prognóstico Pressão arterial (mmHg)

TABELA 9: RISCO ESTRATIFICADO E QUANTIFICAÇÃO DE PROGNÓSTICO			
Pressão arterial (mmHg)			
Fatores de risco ou doenças associadas	Grau 1 Hipertensão leve PAS 140-159 ou PAD 90-99	Grau 2 Hipertensão moderada PAS 160-179 ou PAD 100-109	Grau 3 Hipertensão grave PAS $\geq 180$ ou PAD $\geq 110$
I. Sem outros fatores de risco (FR)	RISCO BAIXO	RISCO MÉDIO	RISCO ALTO
II. 1 a 2 fatores de risco	RISCO MÉDIO	RISCO MÉDIO	RISCO MUITO ALTO
III. 3 ou + FR ou lesões nos órgãos alvo ou diabetes	RISCO ALTO	RISCO ALTO	RISCO MUITO ALTO
IV. CCA*	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO	RISCO MUITO ALTO
*CCA: condições clínicas associadas, incluindo doença cardiovascular ou renal			

Fonte: Ministério da Saúde, 2001.

Como em DM, na HAS também se faz necessária a abordagem multiprofissional no tratamento, que é de fundamental importância na prevenção das complicações crônicas. Assim como em todas as doenças crônicas, na hipertensão arterial é necessário um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento. Sempre que possível, além do médico, devem fazer parte da equipe multiprofissional o enfermeiro, o nutricionista, o psicólogo, o assistente social, o educador físico, o farmacêutico e os ACS.

Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, recomendam-se as ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo; o treinamento de profissionais; o encaminhamento a outros profissionais, quando indicado; a assistência individual e em grupo; e, o gerenciamento do programa.

Com o intuito de melhorar o nível de informação da população do bairro Jardim Boa Esperança de Alfenas a respeito do tema Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, foram desenvolvidas ações educativas para os portadores de acordo com a realidade da população adscrita, identificando situações que possibilitem a tomada de decisões para

contribuir para melhora de sua qualidade de vida, melhora da adesão ao tratamento e diminuição das complicações.

Abaixo estão fotos dos grupos dos pacientes e de funcionários da ESF Jardim Boa Esperança.

Figura 3: ESF Jardim Boa Esperança



Figura 4: Projeto “Movimentar para viver”



Figura 5: Projeto “Movimentar para viver”



Figura 6: Discussão com funcionários para humanização do atendimento



Figura 7: Projeto “Eu quero ter saúde”



Figura 8: Projeto “Educação com Saúde”



Figura 9: Projeto “Educação com Saúde”



Figura 10: Projeto “Educação com Saúde”



Figura 11: Projeto “Educação com Saúde”



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus são indiscutivelmente alguns dos problemas mais discutidos em todo o mundo. Ainda existe uma enorme porcentagem de indivíduos que estão sem diagnóstico ou que, se o tem, não realizam controle adequado da doença. Dentre os motivos para este desconhecimento destaca-se o fato de seu início ser assintomático, e, que ainda as campanhas para divulgação dessas doenças devem mostrar mais acentuadamente seus riscos e complicações.

O projeto de intervenção proposto teve o objetivo de implantar ações educativas para a melhor adesão do tratamento à doença, esclarecer dúvidas, mostrar riscos, por meio de um atendimento mais efetivo e de qualidade. As reuniões grupais, palestras, e as visitas domiciliares regulares, colaboram para que o maior número de portadores seja assistido.

Por fim, neste projeto, uma das questões que mais se destacaram para o sucesso na adesão ao tratamento e na melhora clínica do paciente, além da prevenção de complicações, foi a inserção de outros profissionais ao tratamento do paciente, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos e educadores físicos. Destaca-se que a ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS é vista como bastante enriquecedora.

Desse modo, o resultado esperado após a aplicação deste Plano de Intervenção é melhorar a qualidade de vida do paciente portador de doença crônica, como diabetes e hipertensão, por meio de seguimento clínico, evitando-se assim complicações e sequelas de doenças cardiovasculares, por meio de propostas de mudança no estilo de vida, manutenção do tratamento medicamentoso e, principalmente, prevenção de novos casos.



## 7. REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. *Type II Diabetes: Your Healthy Living Guide*. Alexandria(USA): ADA, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica. Caderno de Atenção Básica, número 15. Brasília: Editora MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica, número 16. Brasília: Editora MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. CNES. *Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde*. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 07 de novembro de 2014.

BRANDÃO, A.A. et al. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J. Bras. Nefrol.* 2010, v.32, supl.1,p.111.

CAMPOS, F.C.C. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª Ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010.

\_\_\_\_\_.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Elaboração do plano de ação. *In*: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COELHO, E. B. S. et al. *Doenças Crônicas não-transmissíveis*. Santa Catarina: UFSC, 2008.

FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. *Censo de 2010*. Disponível em: <[www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1](http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1)>. Acesso em: 10 jun. 2014.

---

\_\_\_\_\_. *Síntese de Indicadores Sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. 2010*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores\\_minimos/sinteseindicsoais\\_2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadores_minimos/sinteseindicsoais_2010/SIS_2010.pdf)>. Acesso em: 07 de novembro de 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. *Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes*. Brasília: OPAS, 2010.

ROSÁRIO, T.M. et al. Prevalência, controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres – MT. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009, v.93, n.6, p. 672-8.

.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq. Bras. Cardiol.* 2010, v.95, n.1, p. 1-51.

SOUZA, W.A. et al. Monitoramento da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes com hipertensão arterial resistente. *Rev. Fatores de Risco*. 2009, p.22-31.