

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

MATHEUS FIGUEIREDO SOARES

**IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA E A NECESSIDADE DE MELHORIAS
NO MANEJO E CONTROLE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAPINHA - LAGOA SANTA - MG**

**LAGOA SANTA - MINAS GERAIS
2014**

MATHEUS FIGUEIREDO SOARES

**IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA E A NECESSIDADE DE MELHORIAS
NO MANEJO E CONTROLE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAPINHA- LAGOA SANTA - MG**

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. Prof^a Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**LAGOA SANTA - MINAS GERAIS
2014**

MATHEUS FIGUEIREDO SOARES

**IMPLANTAÇÃO DO HIPERDIA E A NECESSIDADE DE
MELHORIAS NO MANEJO E CONTROLE DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE LAPINHA- LAGOA
SANTA-MG**

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: Prof^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Banca examinadora

Prof^a. Dr^a. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof^a. Dr^a. Matilde Meire Miranda Cadete – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 26/02/ 2014.

DEDICATÓRIA

*A minha **mãe** por todo amor e carinho além do apoio e incentivo durante todas as dificuldades, a minha esposa que me acompanhou e foi decisiva durante todo o percurso, dedico este trabalho a vocês que são as verdadeiras razões de minha vida e são a inspiração para sempre crescer e exercer a medicina com afinco e amor.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** por ter me acompanhando e iluminado durante meus passos e em minhas decisões.

A **minha inesquecível vovó Carmen**, eterna saudade, amor transcendental e ainda pelos conselhos que me acompanham e solidificam meus valores, os quais considero de extrema importância em minha vida.

A Prof^a. **Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo**, pelo seu enorme conhecimento científico e humano inquestionáveis, pessoa pela qual tenho maior admiração e que considero virtuosa.

Aos **funcionários** da Unidade de Saúde da Família Lapinha por terem abraçado esta causa, às auxiliares de Enfermagem Leda e Delma, aos agentes comunitários, e a todos que contribuíram direta ou indiretamente com a realização do trabalho.

Aos meus amigos Bernardo e Stenio, pelo companheirismo, apoio constante e pelo incentivo nesta caminhada.

A minha querida Tia Neide que sempre me estimulou e me ajudou em todos os momentos, só tenho a agradecer o enorme carinho.

Aos **amigos** da turma com os quais compartilhamos nossas dificuldades e nossos saberes.

Lute com determinação, abrace a vida com
paixão, perca com classe e vença com
ousadia, porque o mundo pertence a quem se
atreve e a vida é muito bela para ser
insignificante.

Charles Chaplin

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo implementar o programa Hiperdia na estratégia de saúde da família Lapinha no Município de Lagoa Santa- MG. Após realização do diagnóstico situacional, verificou-se que a unidade não executava o programa Hiperdia de forma integral, que estavam sendo realizadas apenas ações fragmentadas. A partir dessa realidade, foi elaborado um plano de intervenção e realizado por uma equipe multiprofissional, com apoio da coordenação de atenção básica e da secretaria municipal de saúde, sendo realizada uma série de atividades de educação em saúde a fim de efetivar plenamente as ações do Hiperdia. As atividades ocorreram no período de março a dezembro de 2013. A partir dos resultados, pode ser observada mudança satisfatória com a presença de grande parte dos pacientes cadastrados no programa, inclusive com relatos de satisfação por parte dos presentes, o que possibilitou a redução de riscos relacionados às complicações do diabetes e da hipertensão, articulando atividades de promoção e prevenção das doenças, despertando o interesse e a participação dos presentes, bem como maior controle pressórico e da taxa de glicemia, incentivando a mudança de hábitos, como no caso da alimentação correta, redução do sedentarismo, controle do tabagismo, importância da atividade física, visando melhor qualidade de vida. Dessa forma, conclui-se que as ações de saúde preventiva e multiprofissionais são de suma importância para a efetivação do programa Hiperdia, devendo estar atrelada à participação efetiva de todos os profissionais da rede para realizar ações integrais e não fragmentadas.

Palavras-chave: Hiperdia. Educação em Saúde. Atenção Básica em Saúde. Diabetes. Hipertensão.

ABSTRACT

This intervention plan aimed to implement the program in the health strategy Hiperdia family Lapinha in the city of Lagoa Santa-MG. After completion of the situational diagnosis, it was found that the unit did not run the program in full Hiperdia, where they were being made only piecemeal actions. From this reality was a plan of intervention conducted by a multidisciplinary team, with support from primary care and coordination of the municipal health department, which conducted a series of health education activities in order to effectuate fully the actions of Hiperdia. Activities occurred from March to December 2013. The results can be seen a satisfactory change in the presence of large number of patients enrolled in the program, including reports of satisfaction by those present, which allowed the reduction of risks related to complications of diabetes and hypertension, coordinating activities promotion and disease prevention, increasing interest and participation of those present, as well as better control of blood pressure and glucose levels, encouraging a change of habits, as in the case of proper nutrition, reducing sedentary lifestyle, tobacco control, the importance of physical activity aimed at a better quality of life. Thus we conclude that the actions of preventive health is multidisciplinary and critical to the effectiveness of the program Hiperdia and should be linked to effective participation of all network professionals to achieve integral action and not fragmented.

Keywords: Hiperdia. Health Education. Primary Health Care. Health Promotion
Diabetes. Hypertension.

LISTA DE TABELAS

Tabela: 1- Recursos Humanos lotados na Unidade Básica deSaúde de Lapinha, 2013.	16
Tabela: 2 - Produção da ESF Lapinha e Dados SIAB referente ao ano de 2013.....	16
Tabela: 3 - Número de Atendimentos Domiciliares Realizados na Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.	17
Tabela: 4 - População do território, por faixa de idade da Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.....	17
Tabela5 - Número de hipertensos e diabéticos por microareas do território da Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.	18
Tabela: 6 - Relatório da situação de saúde e acompanhamentos realizados pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Lapinha, 2013.....	18

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Priorização dos Problemas Identificados	31
Quadro 2 - "Nós Críticos"	34
Quadro 3 - Recursos Críticos	35
Quadro 4 - Propostas de Ações	35
Quadro 5 - Plano Operativo da ESF Lapinha	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	20
3 OBJETIVOS.....	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	24
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Período de realização	27
6.2 Implementação do plano de ação.....	27
6.2.1 Avaliação da Pressão Arterial	28
6.2.2 Avaliação da Ingestão Alimentar.....	28
6.2.3 Análises Bioquímicas	28
6.2.4 Prescrição de Atividade Física	29
6.2.5 Variáveis	29
6.2.6 Parcerias Envolvidas.....	30
6.3 Projeto de Intervenção / Plano de Ação.....	30
6.3.1 Primeiro passo: definição dos problemas.....	30
6.3.2 Segundo passo: priorização dos problemas.....	31
6.3.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado	32
6.3.4 Quarto passo: explicação do problema.....	32
6.3.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	33
6.3.6 Sexto passo: desenho das operações.....	33
6.3.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	35
6.3.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano.....	35
6.3.9 Nono passo: elaboração do plano operativo	36
6.3.10 Décimo passo: gestão do plano	37
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS.....	39

1 INTRODUÇÃO

A Saúde da Família é uma forma de reorganização do modelo assistencial por meio de equipe multiprofissional com a responsabilidade de acompanhamento de toda a população adscrita em seu território. A concepção da Atenção Primária a Saúde (APS), definida pela Organização Mundial de Saúde como

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde mais próxima possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (WHO, 1978, p.111).

A APS pode ser considerada uma estratégia de organização do sistema de saúde, sendo uma forma de recombinação, reorganizar e reordenar os recursos do sistema para satisfazer as necessidades da população, assumindo três premissas essenciais: o papel resolutivo (resolver a maioria dos problemas da população); o papel organizador de fluxos e contra fluxos das pessoas pelos diversos pontos da atenção à saúde e o de responsabilização, isto é, co-responsabilizar-se pela saúde dos cidadãos em todos os pontos de atenção a saúde (MENDES, 2002; TAKEDA, 2004).

Sobre ação programática, Ferreira *et.al.*(2004, p.1) considera

Denomina-se “ações programáticas” a um conjunto de atividades que visam organizar as respostas dos serviços de saúde para os problemas ou necessidades frequentes nas populações de determinado território. As ações programáticas são instrumentos de planejamento e através delas os serviços de saúde buscam atender de uma forma sistematizada a situações comuns, sejam elas de natureza preventiva, de diagnóstico precoce, de tratamento, de reabilitação, de promoção da saúde, ou situações de maior risco ou vulnerabilidade.

A finalidade de implantação de uma ação programática é propiciar e otimizar o acesso aos recursos de saúde aumentando a eficácia e a qualidade propedêutica de doenças crônicas prevalentes na atenção primária.

Tendo em vista uma abordagem multidisciplinar que permitisse o acompanhamento dos portadores de hipertensão, bem como de diabetes, está sendo desenvolvida a

implantação do HIPERDIA em Lagoa Santa, ESF Lapinha - MG. O grupo é composto por membros da população local e por profissionais de saúde de diversas áreas de atuação (fisioterapia, medicina, enfermagem, nutrição e educador físico) que coordenarão as ações. São feitas reuniões quinzenais, com duração média de uma a duas horas, nas quais são realizadas aferições da pressão arterial dos participantes, agendamentos para avaliação médica além de estimular a discussão de temas relacionados à saúde e atividades físicas.

O propósito do HIPERDIA é vincular os portadores de hipertensão e diabetes às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de reorganização dos serviços pela secretaria de saúde do município.

1.1 Caracterização do Município de Lagoa Santa - MG

Lagoa Santa é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. A referida cidade se encontra a 800 metros de altitude, possui 231,9 km² de área e uma população de 52.526 habitantes (IBGE/2010). Esta cidade está localizada a 35 km de Belo Horizonte, 776 km de Brasília, 553 km do Rio de Janeiro e 641 km de São Paulo. É uma região calcária situada na Bacia Média do Rio das Velhas. A região é formada por planaltos com relevos pouco acentuados, clima tropical e temperatura média anual de 22°.

1.2 Identificação do Município

Nome: LAGOA SANTA - MG

Localização em relação à capital do estado e outros pontos geográficos interessantes:

41 km de Belo Horizonte

Prefeito: Fernando Pereira Gomes Neto

Secretário Municipal de Saúde: Fabiano Moreira

População (número de habitantes): 52.526 habitantes

1.3 Histórico de Criação do Município:

O primeiro morador da região foi Felipe Rodrigues de Macedo. Após se desentender com seu sócio, na exploração de ouro nos arraiais próximos, seguiu pelo leito do rio das velhas, em 1733, acampando nas margens da Lagoa Grande. Portador de feridas generalizadas, cicatrizadas com banhos diários nas águas da lagoa, ali fixou residência, erguendo o primeiro engenho para beneficiamento de cana de açúcar.

A notícia da cura se espalhou pelos arredores e o povo, sempre à procura de remédios para seus males, assim foi se aglomerando as margens da Lagoa Grande, dando o início ao povoamento. A maioria permaneceu na exploração agrícola, surgindo, depois, a pecuária. Outros iniciaram a comercialização da própria água da lagoa e, na diversificação dos ramos de exploração, foram surgindo novos moradores. Expandiu-se o plantio da cana-de-açúcar e do café, intensificou-se a exploração da agropecuária e o desenvolvimento do arraial. Lagoa Grande, primeiro nome do lugar, teve seu topônimo mudado para Lagoa Santa, por terem sido consideradas santas as suas águas.

Gentílico: lagoassantense

Formação Administrativa: Distrito criado com a denominação de Lagoa Santa, por alvará de 01-08-1823, e lei estadual nº 2, de 14-09-1891, subordinado ao município de Santa Luzia do Rio das Velhas. Em divisão territorial datada de 2003, o município é constituído de três distritos: Lagoa Santa, Lagoinha de Fora e Lapinha. Assim permanecendo em divisão territorial datada de 2007.

1.4 Aspectos Geográficos

Área total do município: 231,9 Km²

Concentração habitacional: 52.526 habitantes

1.5 Aspectos Socioeconômicos

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): 0,783

1.6 Aspectos Demográficos

Aspectos demográficos do município de Lagoa Santa, 2010



Fonte: IBGE, 2010

Taxa de Crescimento Anual: 4,0%

Densidade demográfica: 228,27%

Taxa de Escolarização: o analfabetismo acima de 15 anos é de 6,8%

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 16,28%

A população usuária da assistência à saúde no SUS é de 99% (IBGE, 2010).

1.7 Organização do Sistema de Saúde de Lagoa Santa - MG

O município possui 17 equipes de saúde da família cobrindo 100,0% da população com as ações dessas equipes e conta também com uma equipe de Apoio a Saúde da Família (NASF). Conta com apoio de quase todas as especialidades médicas, um serviço de apoio à saúde mental e um hospital (Santa Casa de Misericórdia) conveniado. Os procedimentos de média complexidade são encaminhados para Belo Horizonte, como também toda a alta complexidade.

1.8 Estratégia de Saúde da Família em Lapinha

A unidade situa-se na Rua Guilhermina, S/Nº
Telefone: 3689-8425 - Lapinha.

Horário de funcionamento: 07: 00 às 16: 30hs

Tabela: 1- Recursos Humanos lotados na Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.

Nº de profissionais	Profissão	Horário
2	Médicos	07:00 às 16:00 hs
1	Enfermeira	07:00 às 16:00 hs
2	Técnicos de enfermagem	07:00 às 16:00 hs
1	Auxiliar administrativo	07:00 às 16:00 hs
7	Acs	07:00 às 16:00 hs
2	Auxiliares de limpeza	07:00 às 16:00 hs
1	Dentista	07:00 às 16:00 hs
1	Auxiliar de dentista	07:00 às 16:00 hs
2	Vigias noturnos	

Fonte: ESF Lapinha - Lagoa Santa

1.9 Atividades realizadas na Unidade Básica de saúde da Lapinha

Tabela: 2 - Produção da ESF Lapinha e Dados SIAB referente ao ano de 2013

Tipos de Consulta Médica	Demanda Agendada Diária	30
	Demanda Imediata	331
	Cuidado Continuado	-
	Urgência com Observação	-

Fonte: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

ATENDIMENTO MÉDICO/ENFERMEIRO	Puericultura	13
	Pré- Natal	4
	Prevenção do Câncer	15
	Cérvico – Uterino	
	DST/AIDS	82
	Diabetes	20
	Hipertensão Arterial	82
	Hanseníase	-
	Tuberculose	-

Solicitação médica / exames complementares	Rádio diagnóstico	9
	Citopatológico cérvico-vaginal	-
	Ultrassonografia Obstétrica	-
	Outros	5
	Patologia Clínica	76

Encaminhamentos Médicos	Atendimento Especializado	20
	Internação Hospitalar	-
	Urgência/Emergência	6

Fonte: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

Tabela: 3 - Número de atendimentos Domiciliares Realizados na Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.

Internação Domiciliar		
P	Atendimento específico para AT	-
R	Visita de Inspeção sanitária	-
O	Atendimento individual Enfermeiro	-
C	Atend. Individual outros prof. Nível superior	-
E	Curativos	97
D	Inalações	2
I	Injeções	6
M	Retirada de pontos	3
E	Terapia de Reidratação oral	-
N	Sutura	-
T	Atendimento Grupo-Educação em Saúde	-
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)	-
S	Reuniões	-

Fonte: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

Tabela: 4 - População do território, por faixa de idade da Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.

IDADE	1 a 9		10 a 39		40 a 59		>60		TOTAL		TOTAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Área 1	22	31	107	96	52	62	33	45	214	237	451
Área 2	48	48	245	219	85	169	39	53	367	464	771
Área 3	39	43	56	179	97	80	41	50	354	352	706
Área 4	35	19	118	130	76	85	50	45	279	279	558
TOTAL	144	141	526	624	310	396	163	193	1214	1272	2486

Fonte: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

Observação: A numeração de 1 a 4 representam as regiões do em torno de Lagoa Santa.

Tabela: 5 - Número de hipertensos e diabéticos por microáreas do território da Unidade Básica de Saúde de Lapinha, 2013.

Doenças referidas por Microárea			
Idade	15+		TOTAL
	HAS	DM	
Área			
1	65	7	72
2	104	18	122
3	125	14	139
4	101	21	122
TOTAL	395	60	455

Fonte: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

Tabela: 6 - Relatório da situação de saúde e acompanhamentos realizados pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde da Lapinha, 2013.

MICRO ÁREA (Regiões)	1	2	3	4	TOTAL
Nascidos vivos no mês	0	2	0	0	2
RN pesados ao nascer	0	2	0	0	2
RN pesados ao nascer, com peso<2500g	0	0	0	0	0
De 0 a 3 meses ou 29 dias	1	5	1	0	7
Aleitamento exclusivo	1	2	1	0	4
Aleitamento misto	0	3	0	0	3
De 0 a 11 meses ou 29 dias	7	7	9	0	23
Com as vacinas em dia	7	7	9	0	23
Pesadas	7	7	9	0	23
Desnutridas	0	0	0	0	0
De 12 a 23 meses ou 29 dias	9	4	9	4	26
Crianças com as vacinas em dia	9	4	9	4	26
Pesadas	9	4	9	4	26
Desnutridas	0	0	0	0	0
Menores de 2 anos	15	11	18	4	48
Que tiveram diarreia	0	0	0	0	0
Que tiveram diarreia e usaram TRO	0	0	0	0	0
Que tiveram infecção respiratória aguda	0	0	0	0	0
Cadastradas	2	0	8	2	12
Acompanhadas	2	0	8	2	12
Adultos com vacina em dia	2	0	8	2	12
Fez consulta de pré-natal no mês	2	0	8	2	12
Com pré-natal iniciado no 1 TRI	2	0	8	2	12
<20 anos cadastradas	1	0	2	0	3
Diabéticos Cadastrados	13	15	16	22	66
Hipertensos Cadastrados	83	85	80	89	337
Hipertensos Acompanhados	83	85	80	89	337
Pessoas com Tuberculose Cadastradas	0	0	0	0	0
Pessoas com Tuberculose Acompanhadas	0	0	0	0	0
Pessoas com Hanseníase Cadastradas	0	0	0	0	0
Pessoas com Hanseníase Acompanhadas	0	0	0	0	0
Menores de 5 anos por pneumonia	0	0	0	0	0
Menores de 5 anos por desidratação	0	0	0	0	0
Por abuso de álcool	0	0	0	0	0
Por complicações do Diabetes	0	0	0	0	0

MICRO ÁREA (Regiões)	1	2	3	4	TOTAL
Por outras Causas	0	2	1	0	3
Internações em Hospital psiquiátrico	0	0	0	0	0
De menores de 28 dias	0	0	0	0	0
Por diarreia	0	0	0	0	0
Por infecção respiratória aguda	0	0	0	0	0
Por outras causas	0	0	0	0	0
De 28 dias a 11 meses ou 29 dias	0	0	0	0	0
Por diarreia	0	0	0	0	0
Por infecção respiratória	0	0	0	0	0
Por outras causas	0	0	0	0	0
De mulheres de 10 a 49 anos	0	0	0	0	0
De 10 a 14 anos	0	0	0	0	0
De 15 a 49 anos	0	0	0	0	0
Outros óbitos	1	0	0	0	1
Total de óbitos	1	0	0	0	1
De adolescentes (10-19 anos) por violência	0	0	0	0	0
Total de famílias cadastradas	184	206	178	180	748
Vista domiciliar – ACS	44	7	9	23	453

FONTE: ESF – Lapinha – Lagoa Santa

O município de Lagoa Santa não difere da maioria dos municípios mineiros, no que diz respeito aos problemas de saúde, por outro lado, é um município em ampla expansão demográfica e econômica pela proximidade da capital e ainda do Aeroporto Internacional do Estado de Minas Gerais.

2 JUSTIFICATIVA

Em se tratando da hipertensão e do diabetes, pode-se dizer que existe considerável distância entre os benefícios advindos do controle dessas doenças para prevenção e retardo dos primeiros sintomas e suas complicações e a execução de ações efetivas em saúde de maneira integral e contínua. Pode-se afirmar que a maior parte de todo o ônus econômico recai sobre os portadores, suas famílias, e a comunidade.

O diagnóstico precoce, a educação para a saúde e a abordagem terapêutica feitas de forma adequadas são objetivos que devem ser alcançados para que se possa realizar um controle rigoroso, refletindo na diminuição das taxas de morbidade e de mortalidade .

São inúmeros os problemas apontados e selecionados presentes na comunidade da Lapinha, contudo, torna-se premente a necessidade de criação de grupos operativos como HIPERDIA com o objetivo de promover o autocuidado, estreitar vínculos junto à população e aprimorar o manejo de pacientes hipertensos e diabéticos.

Foi aplicado o método de estimativa rápida para se realizar uma análise situacional de saúde e, assim, elaborar um plano de ação e atender as demandas de saúde não satisfeitas da população. Foram utilizados dados epidemiológicos obtidos através do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) bem como o perfil da demanda espontânea e programada mensal além de reuniões com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) devido ao estreito conhecimento junto à população.

As ACS dispõem de informações riquíssimas do perfil dos usuários adscritos. Isso possibilita destacar os principais agravos, adesão terapêutica e, sobretudo, a realidade sociocultural. Dentre os problemas citados que refletem diretamente no agravo tanto da hipertensão como no da diabetes, destacam-se: “falta do grupo HIPERDIA”, “baixa escolaridade”, “sedentarismo”, “alcooolismo”, “falta de educação nutricional”, “falta de adesão às medidas de prevenção” e “obesidade”. Estes problemas foram posteriormente agrupados por similaridade e votados segundo quatro critérios: urgência, abrangência, capacidade de enfrentamento e impacto. O problema que melhor supriu os critérios de seleção, e foi, portanto, eleito o macro

problema foi a falta de criação de grupos operativos como HIPERDIA, além da necessidade de melhoria no manejo de pacientes hipertensos e diabéticos.

Após a eleição do problema, as reuniões seguintes objetivaram a descrição do problema, identificando suas causas e consequências, além da criação de diagramas, bem como determinação dos nós críticos, cuja resolução auxiliaria no enfrentamento de outros problemas secundários. Esses foram determinados como sendo, principalmente: falta de conscientização da população sobre prevenção de doença, falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre educação do adulto, abordagem equivocada do paciente pelos agentes de saúde nas visitas domiciliares, falta de estrutura física local para as reuniões, e falta de criação do Espaço HIPERDIA, necessidade de aprimorar o rastreamento e o cuidado com a sistematização de ações e a garantia de melhor oferta de serviços e de atendimento especializado.

Dentro da ESF, os profissionais que ali atuam, necessitam integrar as dimensões biopsicossociais no cuidado do indivíduo e de sua família e comunidade, com novas estratégias de agir e integrar com sua prática profissional, a fim de atender as necessidades de saúde de cada pessoa nos seus mais diversos aspectos.

Torna-se necessário a realização de um diagnóstico situacional no município (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), realizando um levantamento epidemiológico, utilizando métodos de estimativa rápida, englobando visões da comunidade na tomada de decisões. Ações de planejamento em saúde adaptadas ao contexto local são fundamentais no cotidiano da Estratégia Saúde da Família - ESF (SARTI, 2012).

Reconhece-se a importância do controle dos portadores de doenças crônicas a ser realizado na atenção primária à saúde, mas ainda é uma atividade incipiente tanto pela falta de adesão da população como pela não organização do serviço para atender esta demanda específica.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Elaborar um projeto de intervenção para implementar o programa HIPERDIA na ESF Lapinha, por meio de ações de educação em saúde e melhorar o controle de hipertensos e diabéticos.

3.2 Específicos

- Orientar a população da área adscrita da ESF sobre a importância do autocuidado, alimentação saudável, atividades físicas moderadas;
- Minimizar o impacto que as complicações causadas pela HAS e DM causam no sistema de saúde.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão bibliográfica para dar sustentação teórica ao estudo e foram pesquisadas em artigos indexados no PubMed, e CAPES, além de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), na base do Scientific Electronic Library *Online* (SciELO). Foram também utilizadas as publicações do Governo Federal e Organização Mundial de Saúde, entre outros compêndios de literatura clássica. Foi estabelecido que a pesquisa bibliográfica compreenderia o intervalo de doze anos, entre 2000 e 2012, compreendendo todos os descritores solicitados: saúde da família, hiperdia, atenção básica, hipertensão, diabetes, educação em saúde. A seleção dos artigos foi feita tendo por base os objetivos gerais deste trabalho.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e o Programa Hiperdia

As doenças cardiovasculares são as principais causas de morbimortalidade no mundo (NOGUEIRA; REZA, 2008). No Brasil, na década de 2000 a 2009, essas doenças foram responsáveis por 65% dos óbitos na população adulta em plena fase laboral (30 a 69 anos) e por 40% das aposentadorias precoces (DATASUS, 2011).

No Brasil, a doença atinge cerca de 17 milhões de indivíduos. A hipertensão arterial constitui um dos problemas de saúde de maior prevalência na atualidade, acometendo 25% da população brasileira maior de 20 anos, 80% dos casos de acidente vascular cerebral – (AVC) e 60% dos casos de infarto do miocárdio – (IM). Os principais fatores de risco para HAS e DM são obesidade com alto nível de colesterol, consumo de álcool e de tabaco, sedentarismo e fator genético. Considerando-se que a hipertensão arterial (HA) é um fator de risco bem estabelecido para o desenvolvimento de todas as manifestações clínicas da aterosclerose é indiscutível a importância dos fatores relacionados ao controle da HA no âmbito da saúde pública (DATASUS, 2011).

No início da década de 1970, Wilber e Barrow (1972) publicaram um artigo clássico sobre a “regra das metades” (*rule of halves*). De acordo com esses autores, somente metade dos hipertensos é detectada; dos que são detectados, somente 50 % é tratada; e, entre esses últimos, somente a metade é controlada. Assim, apesar de ter crescido o reconhecimento, o tratamento e o controle da hipertensão, em anos recentes, muitos hipertensos de Lagoa Santa e em diferentes regiões do mundo ainda desconhecem sua condição. Dentre aqueles com diagnóstico, o tratamento ainda é frequentemente feito de forma inadequada.

A HAS é considerada como problema de saúde pública sendo que sua prevalência estimada na população brasileira adulta é de 15 a 20%, e nos idosos pode chegar até 65%. Grande parte dos hipertensos desconhece a sua condição, sendo um agravo que apresenta elevado custo para a sociedade considerando as diversas outras

doenças que a mesma pode desencadear, ocasionando aposentadorias precoces e absenteísmo nas atividades laborais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), ao analisar as taxas de óbitos por DM pode-se verificar que grande parte das internações hospitalares, cerca de 30%, ocorre por complicações decorrentes dessa doença, sendo que 30 % dos pacientes que são hospitalizados em unidades coronárias são portadores de diabetes, além de ser uma das doenças responsáveis por amputações de membros inferiores e causadora de cegueiras. Cita-se ainda, que 20% dos renais crônicos em tratamento de hemodiálise são diabéticos.

5.2 Mudança de Hábitos e o Trabalho Multidisciplinar

Atualmente, pode-se observar que houve transformações quanto à incidência e à prevalência das doenças, bem como quanto às principais causas de morte.

Dentre as doenças crônicas, a HAS e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças no estilo de vida. A não mudança comportamental pode comprometer a qualidade de vida, principalmente, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas doenças (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006).

Torna-se necessário instituir um programa de educação em saúde de forma a estabelecer formas eficientes para abordagem nas vertentes clássicas: fisiopatológica, nutricional e comportamental.

Por isso, o Nurses Health Study sugeriu condutas de abstinência de tabagismo, práticas diárias de trinta minutos de atividades físicas diárias, controle e manutenção do peso ideal e alimentação adequada (rica em fibras e ácidos graxos poliinsaturados, pobre em ácidos graxos trans e gorduras saturadas e com baixo índice glicêmico), na redução do risco de desenvolver Diabetes tipo II (HU *et al.*, 2001). A American

Diabetes Association (2009) relata que a aderência ao tratamento, que envolve não apenas a administração de terapêutica farmacológica, mas, sobretudo, a mudança de comportamentos e estilos de vida (BASTOS *et al.*, 2007) é um dos fatores essenciais para o controle glicêmico.

A promoção da saúde da população dentro de programas específicos pode minimizar o impacto das complicações crônicas dos pacientes de grupo de risco

5.3 A importância da Educação em Saúde no Hiperdia

A caracterização do perfil de uma comunidade está diretamente relacionada a diversos fatores, tais como: ambiente, renda, tipo de moradia, escolaridade, trabalho, lazer e meio ambiente. Assim, a promoção da saúde é um meio no qual os profissionais podem utilizar para enfrentar os mais diversos tipos de problemas, encontradas em sua comunidade, utilizando para tal seus conhecimentos, o saber popular, recursos disponíveis na rede pública e privada, buscando soluções viáveis para os diversos problemas de saúde. Cabe destacar que um dos objetivos da ESF é orientar a comunidade para o autocuidado, para que a mesma saiba enfrentar o processo saúde-doença, sendo que as atividades educativas promovem o elo entre o saber científico e o popular, a fim de trazer mudanças de hábitos e atitudes. A educação em saúde é instrumento fundamental para interagir e capacitar à população, promovendo o diálogo entre a equipe de saúde e o usuário, por meio da escuta, valorizando a experiência de vida de cada indivíduo. Portanto a equipe multidisciplinar de saúde deve conhecer as formas de se promover a educação para a coletividade, valorizando o olhar, a relação estabelecida e o conhecimento adquirido no dia a dia (CERVERA *et al.*, 2011).

A educação em saúde deve ser entendida como meio que desperte no indivíduo e na comunidade a capacidade de enxergar de forma crítica e apurada a realidade no qual está inserido, promovendo o poder de decisão de forma conjunta com o grupo, a fim de buscar soluções por meio da autocrítica, da resolutividade, modificando, avaliando e solucionando os problemas, com o propósito de alcançar seus objetivos (FREIRE, 2005).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1 Período de realização

Encontros quinzenais realizados de Maio de 2013 a Dezembro de 2013, sempre às quintas-feiras na sala de reuniões do ESF Lapinha. As reuniões eram destinadas aos pacientes hipertensos e diabéticos, mas abertas a toda a população que se interessasse em participar das mesmas. Como a região da Lapinha é composta por quatro micro áreas, a cada semana uma nova micro área era selecionada para que e os pacientes comparecessem à unidade. Os convites eram realizados pelas ACS durante as visitas domiciliares.

6.2 Implementação do plano de ação

A primeira abordagem se deu pelos Agentes Comunitários de Saúde, que entraram em contato com os pacientes hipertensos/diabéticos e os convidaram para uma reunião. Os encontros foram realizados na sala de reuniões da Estratégia Saúde da Família da Lapinha.

Esses pacientes foram voluntários e foram submetidos à consulta médica para classificação do tipo de Diabetes e avaliação de risco cardiovascular para os portadores de HAS.

Os voluntários passaram por teste de hemoglobina glicosilada a fim de identificar a concentração média de glicose no sangue durante períodos prolongados de tempo, ignorando alterações de concentrações episódicas. Foi considerado diabético todo aquele voluntário que apresentasse valores superiores a 7 % para adultos e 8% para idosos, conforme metas da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011). Ainda foram aferidos peso, altura e circunferência da cintura abdominal e classificação pelo Índice de Massa Corporal (IMC).

A circunferência da cintura abdominal foi aferida durante o movimento expiratório, considerando o ponto mais estreito entre a última costela e a crista ilíaca, a partir da medida de dois “dedos” acima da cicatriz umbilical. Para essa medida, foi utilizada fita métrica com escala milimétrica. A circunferência do quadril foi determinada com a

mesma fita métrica, na porção mais larga da região glútea (SILVA, 2006). O valor da sua medida foi interpretado conforme o critério da Organização Mundial da Saúde para risco de complicações metabólicas associadas à obesidade (WHO, 1998) O IMC foi verificado mediante a tomada das medidas de peso e altura e aplicação da equação de Quetelét – $IMC = \text{Peso}/\text{Altura}^2$.

6.2.1 Avaliação da Pressão Arterial

A pressão arterial foi aferida com o esfigmomanômetro de mercúrio, após repouso mínimo de 15 minutos em decúbito dorsal (THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, 1990). Foram feitas três medições, com intervalo de 1 minuto entre elas. A média das duas últimas medidas foi computada em cada avaliação. Foram considerados o primeiro e o último som de *Korotkoff para a pressão sistólica e a diastólica* respectivamente. Hipertensão arterial foi definida como pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg ou pressão arterial diastólica maior que 90mmHg, em duas diferentes consultas (LANDINI, 2004).

6.2.2 Avaliação da Ingestão Alimentar

Aos pacientes, foi prescrito plano de reeducação alimentar, com 50 a 60% de Carboidratos, 0,8 a 1,5 g/kg de peso de proteínas, e 25 a 30% de lipídeos, percentuais básicos para uma alimentação saudável de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Os mesmos foram orientados a se alimentar de 3 em 3 horas. Toda a avaliação foi feita pela de nutricionista da equipe do NASF. As reuniões nutricionais foram quinzenais e alternadas com as reuniões do Hiperdia no mesmo local. Os casos mais graves foram encaminhados diretamente à nutricionista para consulta e avaliação dietética.

6.2.3 Análises Bioquímicas

A avaliação laboratorial bioquímica foi realizada antes de se iniciar a sequência de atividades físicas, conforme solicitação médica. Foram realizados os exames: Creatinina Sanguínea, Triglicerídeos, Colesterol Total e Frações, Glicemia de jejum, Hemoglobina Glicada, Hemograma completo. Em caso de necessidade, os diabéticos e hipertensos foram encaminhados para avaliação e acompanhamento médico.

A coleta de sangue e as referidas análises foram realizadas em laboratório da cidade de Lagoa Santa - MG, mediante encaminhamento por profissional competente e credenciado. Para a interpretação do perfil lipídico, foram usados os valores de lipídios recomendados pela IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2001). Para a hemoglobina glicada e glicemia de jejum, foram adotados os valores recomendados pelos Cadernos de Atenção Básica nº 16 (BRASIL, 2006).

6.2.4 Prescrição de Atividade Física

Essa fase foi feita por educador físico, após inclusão do paciente conforme critérios nutricionais e médicos. Essa prescrição adotou como critério prioritário a perda de massa corporal gorda e ganho de massa corporal magra, conforme a idade e o condicionamento físico. Para isso, foi considerada zona alvo de treinamento, prática que elevasse a 70% da Frequência Cardíaca máxima, com exercícios regulares realizados no mínimo 3 vezes por semana, com duração de 20 a 60 minutos, conforme recomendação do Department of Health and Human Services (1996) e da *American College of Sports Medicine* (ACSM, 1998). O planejamento das atividades físicas foi realizado pelo educador físico da equipe do NASF.

6.2.5 Variáveis

Os participantes foram avaliados quanto às medidas antropométricas, de composição corporal, gasto calórico, tolerância à glicose, pressão arterial e frequência cardíaca. Além disso, foram efetuadas dosagens bioquímicas em sangue e urina, coletados nos diferentes exames. Demais informações coletadas foram: idade, gênero, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, antecedentes de outras doenças pessoais e familiares.

6.2.6 Parcerias envolvidas

A realização deste estudo contou com a parceria da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa - MG, que disponibilizou recursos humanos e materiais necessários; assim como, ofereceu estrutura física e assumiu os custos dos exames laboratoriais.

6.3 Projeto de Intervenção / Plano de Ação

O diagnóstico situacional permite o delineamento do perfil populacional local possibilitando a avaliação dos riscos e das principais necessidades para o planejamento local em saúde.

A proposta de intervenção foi realizada com base no Planejamento Estratégico Situacional Simplificado, de acordo com os dez passos apresentados a seguir:

Passo 1 - Definição dos problemas;

Passo 2 - Priorização dos problemas;

Passo 3 - Descrição do problema selecionado;

Passo 3 - Explicação do problema;

Passo 5 - Seleção dos “nós” críticos;

Passo 6 - Desenho das operações;

Passo 7 - Identificação dos recursos críticos;

Passo 8 - Análise de viabilidade do plano

Passo 9 - Elaboração do plano operativo;

Passo 10 - Gestão do plano.

6.3.1 Primeiro passo: definição dos problemas

A equipe da ESF Lapinha conseguiu definir os problemas da área de abrangência por meio do diagnóstico situacional. Os problemas encontrados foram:

- Necessidade de implementação do programa HIPERDIA
- Necessidade de melhorias no controle clínico de hipertensos e diabéticos
- Número insuficiente de médicos especialistas para o atendimento à população
- Unidade de saúde com estrutura inadequada;
- Elevado índice de analfabetismo e baixo nível de escolaridade de grande parte da população adscrita;

- Elevado índice de gravidez na adolescência;
- Elevado índice de uso de drogas ilícitas e de alcoolismo;
- Elevado risco de desenvolvimento de doenças parasitárias e infectocontagiosas;
- Existência de poucas atividades educativas desenvolvidas pela equipe de saúde.

6.3.2 Segundo passo: priorização dos problemas

Foram selecionados, pela equipe da ESF Lapinha, considerando os seguintes critérios: importância, urgência e, principalmente, capacidade para enfrentamento pela equipe de saúde.

Quadro1 - Priorização dos Problemas Identificados

Comunidade da Lapinha – Priorização dos Problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Ausência de grupos operativos e do programa HIPERDIA e melhorias no controle clínico de hipertensos e diabéticos.	Alta	9	Parcial	1
Quantidade de médicos especialistas insuficientes para atendimento à população	Alta	9	Fora	2
Unidade de saúde com estrutura inadequadas.	Alta	6	Fora	3
Poucas atividades Educativa sem grupo desenvolvidas pela equipe de saúde.	Alta	7	Parcial	4
Gravidez precoce na adolescência.	Alta	6	Parcial	5
Uso de drogas e alcoolismo.	Alta	6	Parcial	5
Risco de desenvolvimento de doenças parasitárias e infectocontagiosas.	Alta	8	Parcial	6
Analfabetismo e baixo nível de escolaridade	Alta	6	Fora	7

O problema prioritário selecionado foi a “Ausência de grupo operativo e do programa HIPERDIA e necessidade de melhorias no controle clínico de hipertensos e diabéticos”.

6.3.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

A identificação da composição da população por gênero e faixa etária, as principais ocupações dos moradores e as principais morbidades apresentadas nesta população permitiram direcionar as principais ações em saúde. A maior proporção de pacientes com diagnóstico confirmado e que demandam maior assistência da equipe de saúde foram os hipertensos e os diabéticos. Na área da ESF Lapinha existem 395 hipertensos e 60 diabéticos com diagnóstico confirmado representando 15,88% e 2,41% da população local, respectivamente.

Para a descrição do problema priorizado, a equipe da ESF Lapinha utilizou dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (2012) e dos registros do fluxo de atendimento da equipe.

6.3.4 Quarto passo: explicação do problema

A identificação e o entendimento do problema demonstram claramente a necessidade de ampliação no processo e no planejamento do trabalho. A complexidade de comportamentos socioculturais aliada ao baixo nível de informação e à precariedade de atendimento acarreta a endemia de doenças cardiovasculares.

Pode-se citar:

- Baixo nível de escolaridade;
- Falta de orientação e esclarecimento sobre a patologia e propedêutica necessária a ser realizada;
- Ausência de atividades educativas
- Falta de planejamento das ações em saúde para o HIPERDIA;
- Dificuldade de acesso ao atendimento especializado bem como a oferta insuficiente de cotas para exames laboratoriais e de imagem.

Infelizmente as consequências são danosas para a população, acarretando em aumento na prevalência de pacientes com aumento das complicações clínicas sobrecarregando diretamente os serviços de urgência/emergência e onerando o estado.

6.4.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

As causas prioritárias devem ser enfrentadas e as que foram identificadas como “nós críticos” são:

- Ausência do programa HIPERDIA para trabalhar diretamente a desinformação dos usuários a respeito da Hipertensão e Diabetes e a importância da adesão ao acompanhamento clínico e da terapia medicamentosa;
- A ausência de sistematização na unidade para tornar rotineiras as reavaliações periódicas de acordo com os protocolos clínicos de hipertensos e diabéticos;

6.3.6 Sexto passo: desenho das operações

Depois de identificadas as causas, consideradas mais importantes, pensou-se em soluções e estratégias para o enfrentamento do problema. A Equipe da ESF Lapinha propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, as operações e os projetos necessários para a sua solução, os produtos esperados para essas operações e os recursos necessários à sua execução.

No quadro abaixo está demonstrado o desenho de operações para os “nós críticos” do problema: "Ausência de grupos operativos e do programa HIPERDIA e melhorias no controle clínico de hipertensos e diabéticos" e os recursos necessários à sua execução.

Quadro: 2 - "Nós Críticos"

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Ausência do programa HIPERDIA para trabalhar diretamente a desinformação dos usuários a respeito da Hipertensão e Diabetes e a importância da adesão ao acompanhamento clínico e da terapia medicamentosa.	Espaço Hiperdia Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão à terapia medicamentosa para hipertensão e diabetes e a importância do autocuidado com mudanças no estilo de vida.	Aumento do autocuidado e maior aderência terapêutica com diminuição de complicações e de doenças cardiovasculares	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional [ESF e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)] abordando os assuntos sobre Hipertensão e Diabetes/ Capacitação da ESF sobre abordagem ao tema.	Cognitivo: informação sobre os temas a serem apresentados no Grupo e nas capacitações, estratégia de comunicação e pedagogia; Financeiro: Aquisição dos equipamentos audiovisuais e confecção de folhetos educativos. Organizacional: organizar a agenda dos profissionais, aquisição de estrutura física adequada para desenvolver os trabalhos. Político: adesão dos profissionais, mobilização social.
A ausência de sistematização na unidade para tornar rotineiras as reavaliações periódicas de acordo com os protocolos clínicos de hipertensos e diabéticos	Cuidar Hiperdia. Implementação do protocolo existente para assistência. Programa de Hipertensão e Diabetes.	Satisfação dos usuários; cumprimento dos protocolos clínicos para hipertensão e diabetes; assistência adequada e padronizada para os usuários cadastrados no programa	Protocolo de Atendimento ao Hiperdia implementado pela ESF/ Capacitação da ESF a respeito do Protocolo para Hipertensão e Diabetes.	Cognitivo: conhecimento sobre os principais protocolos para o Programa de Hipertensão e Diabetes;

6.3.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema: - “Ausência de grupo operativos e do programa HIPERDIA e melhorias no controle clínico de hipertensos e diabéticos”- demonstrado no quadro 3:

Quadro3 - Recursos Críticos

Operação/projeto	Recursos críticos
Espaço Hiperdia	<p>Cognitivo: conhecimento sobre os temas a serem apresentados no curso;</p> <p>Financeiro: Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p>Político: adesão dos profissionais, mobilização social.</p>
Cuidar Hiperdia	<p>Financeiro: aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF;</p> <p>Organizacional: estrutura física adequada para realizar os atendimentos, recursos humanos(ESF completa);</p> <p>Político: decisão de aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo (aumentar investimento em exames laboratoriais e de imagem,consultas especializadas, medicamentos do programa,equipamentos), promover a capacitação da ESF,adesão dos profissionais.</p>

6.3.8 Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Quadro: 4 - Propostas de Ações

Operações projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Ação estratégica
<p>Espaço Hiperdia</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão à terapia medicamentos para hipertensão e diabetes e a importância do autocuidado com mudanças no estilo de vida.</p>	<p>Financeiro: Aquisição dos recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Político: Adesão dos profissionais; mobilização social.</p>	<p>Coordenação da Atenção Primária à Saúde (APS)</p> <p>Profissionais de saúde. Usuários da área de abrangência / líderes comunitários.</p>	<p>Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da APS.</p> <p>Não é necessário apresentar o projeto à comunidade, repassando nas reuniões comunitária e associação de bairro.</p>

Operações projetos	Recursos críticos	Ator que controla	Ação estratégica
Cuidar Hiperdia Implementação do protocolo existente para assistência ao Programa de Hipertensão e Diabetes.	Financeiro: Aquisição dos protocolos impressos para os integrantes da ESF; Organizacional: Estrutura física adequada para realizar os atendimentos; Recursos humanos (ESF completa); Político: Decisão de Aumentar os recursos necessários para cumprimento do protocolo (aumentar investimento em cotas de exames, consultas especializadas, medicamentos do programa, equipamentos). Promover a capacitação dos profissionais quanto aos protocolos clínicos para Hipertensão e Diabetes; Adesão dos profissionais.	Coordenação da atenção primária à Saúde Prefeito Municipal/Secretário Municipal de Saúde. Prefeito Municipal/Secretário Municipal de Saúde Prefeito Municipal/Secretário Municipal de Saúde/Conselho Municipal de Saúde Coordenação da Atenção primária à Saúde dos Profissionais de Saúde	Não é necessária Não é necessária Apresentar aos gestores a necessidade de implementação dos protocolos. Apresentar aos gestores o projeto de implementação dos protocolos já existentes para Hipertensão e Diabetes e a lista de recursos necessários ao Cumprimento do protocolo. Apresentar o projeto à coordenação da APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais. Não é necessária

6. 3.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Quadro: 5 - Plano Operativo da ESF Lapinha

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Espaço Hiperdia	População mais informada sobre a Hipertensão e Diabetes. Conceito, fatores de riscos, prevenção, complicações e adesão à terapia medicamentosa) /ESF mais	Grupo educativo periódico desenvolvido por equipe multiprofissional (ESF e NASF) abordando os assuntos sobre Hipertensão e Diabetes;	Apresentar o projeto ao coordenador da APS e à comunidade repassando nas reuniões comunitárias e associação de bairro.	Nutricionista Fernanda, Médico Matheus e Enfermeira Janine e demais ACS	Apresentar o Projeto em Maio/2013 para a gestão; início das atividades em maio/2013 com realização periódica do grupo quinzenalmente;

	capacitada para lidar com as dificuldades do Programa Hiperdia.	Capacitação da ESF sobre abordagem ao tema.			Início em Maio /2013e Término e Março/2014.
Cuidar Hiperdia	Satisfação dos usuários; cumprimento dos protocolos clínicos para hipertensão e diabetes; assistência adequada; Alcance das metas preconizadas para o bom controle clínico de pacientes hipertensos (níveis pressóricos dentro do alvo) e diabéticos (níveis de glicohemoglobina)	Protocolo de atendimento ao Hiperdia implementado pela ESF Capacitação da ESF a respeito do Protocolo para Hipertensão e Diabetes.	Apresentar aos gestores a necessidade de implementação dos protocolos de Hipertensão e Diabetes e a lista de recursos necessários. Apresentar o projeto à coordenação da APS e justificar a necessidade de capacitação dos profissionais.	Enfermeira Janine Medico Matheus	Apresentar o Projeto em Abril/2013 para a gestão; Tempo: Indeterminado já que o município depende de verba para fazer o repasse para o programa para aquisição de equipamentos Apresentação do Projeto em Abril/2013 Realização de educação permanente sobre o protocolo de Hipertensão e Diabetes anualmente ou Sempre que houver alteração do mesmo

6.3.10 Décimo passo: gestão do plano

Torna-se necessário definir o processo de acompanhamento do plano e avaliar a execução das operações e indicar as correções necessárias.

Após a implementação do Plano de Ação, serão realizadas avaliações semestrais a fim de reavaliar a adesão dos usuários ao tratamento para a Hipertensão e para o Diabetes.

Será utilizado como indicador de resultado o número de consultas realizadas e a presença nas reuniões do programa Hiperdia.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de prevenção primária são fundamentais, porém necessitam de constante avaliação para mensurar os impactos gerados na população. O uso do Hiperdia na ESF Lapinha como ferramenta de avaliação da qualidade da atenção prestada aos portadores de HAS e DM ainda necessita de aperfeiçoamentos e constantes avaliações para se chegar aos objetivos propostos. Contudo, as ações executadas já demonstram resultados expressivos, apesar do pouco trabalho realizado em curto prazo.

O impacto das ações pode ser percebido, diretamente, pelo aumento da procura pelas reuniões quinzenais e por atendimentos para reavaliação periódica dos pacientes da unidade. O espaço físico reduzido limitou o número de participantes durante as intervenções, prejudicando maior cobertura, mas, ainda assim, com grande retorno e satisfação dos pacientes.

Em populações específicas de hipertensos e ou de diabéticos, medidas de prevenção, identificação e controle dos fatores de risco devem ser implementados. Programas informatizados podem auxiliar no seguimento dos pacientes, possibilitando a integralidade e a longitudinalidade necessárias impactando diretamente na redução de risco cardiovascular e no aumento da qualidade de vida.

Dessa forma, sugere-se que a equipe de saúde da família da ESF Lapinha trabalhe de forma integral e humanizada com determinação e autocrítica contínua a fim de que os objetivos sejam atendidos.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. ACSM position stand on the recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. **Med Sci Sports Exerc**, v. 30, p. 975-91, 1998.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes--2009. **Diabetes Care**. v. 32, Suppl 1, p. 13-61, 2009.

BASTOS, F.; SEVERO, M.; LOPES, C. Propriedades psicométricas da escala de autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. [Psychometric analysis of diabetes self-care scale translated and adapted to Portuguese]. **Acta Med Port**. v. 20, p. 11-20, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, p. 56, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010, 114p

CERVERA, D.P.P.; PARREIRA, B.D.M.; GOULART, B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, Supl. 1, p.1547-1554, 2011.

DATASUS. <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>> 2011. acessado em 08 de dezembro de 2013.

FERREIRA, S.; TAKEDA, S.; LENZ, M. L.; FLORES, R. As **Ações Programáticas em Serviços de Atenção Primária à Saúde**. Núcleo de Epidemiologia do Serviço de Saúde Comunitária. Hospital Nossa Senhora Conceição. Ministério da Saúde, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários á prática educativa. 31.ed., São Paulo: Paz e Terra, 2005.

HU, F. B.; MANSON, J. E.; STAMPFER, M.J.; COLDITZ, G.; LIU, S.; SOLOMON, C. G. *et al.* Diet, life style and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. **New England Journal of Medicine**. v. 345, p. 790-7, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2006; <http://www.idf.org/>; acessado em 08 de dezembro de 2013.

LANDINI, D. Hipertensão. Riscos de uma doença silenciosa. São Paulo. **Revista do InCor**.v.3, p. 12-22, 2004.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde**: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NOGUEIRA, M. S.; REZA, C. G. O estilo de vida de pacientes hipertensos de um programa de exercício aeróbico: estudo na cidade de Toluca, Mexico, **Esc Anna Nery RevEnferm**. v.12,n. 2, p. 265 –70, 2008.

SARTI, T. D.Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família . **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.28, n. 3, p. 537-548, mar, 2012.

SILVA, E. A. **Avaliação das alterações metabólicas, inflamatórias e ecocardiográficas associadas à hipertensão arterial e obesidade abdominal em mulheres**. 2006. 73 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina (Universidade Federal de São Paulo), São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/component/content/article/44-noticias-em-destaque/1908-comeca-o-congresso-da-easd>. Acesso em 3 de outubro de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. III Diretrizes brasileiras sobre dislipidemias e diretriz sobre prevenção da aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **ArqBrasCardiol**, p. 77-98, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO (Brasil) (Org.). **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. 6. Ed. São Paulo: SBH, 2010.

TAKEDA, S.M.P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde *In*: **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, 1990, <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>; acessado em 30 de novembro de 2013.

WILBER, J.A; BARROW, J.G. Hypertension—a community problem. **Am J Med** v.52, p. 653–663, 1972.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO.Alma-Ata Declaration.[S.I.], 1978. Disponível em: <<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>>. Acesso em: 18Fev. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Obesity**: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. (Programme of Nutrition Family and Reproductive Health). Geneva; 1998.