

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

MÁRCIA GLÓRIA SILVA COSTA

**Plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre  
hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira**

LAGOA SANTA - MG

2014

MÁRCIA GLÓRIA SILVA COSTA

**Plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira**

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: Professora Daniela Coelho Zazá

LAGOA SANTA - MG

2014

MÁRCIA GLÓRIA SILVA COSTA

**Plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira**

Banca Examinadora

Prof. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof. Ana Mônica Serakides Ivo

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todos que contribuíram no decorrer desta jornada, especialmente:

A Deus, pelo dom da vida.

À minha família que sempre me apoia nos estudos e nas escolhas tomadas.

À Gláucia Cruz pela disponibilidade para me auxiliar em vários momentos.

À orientadora Daniela Coelho Zazá que teve papel fundamental na elaboração deste trabalho.

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis representam a maior carga de morbimortalidade no Brasil. Dentre essas doenças, a hipertensão, o diabetes e a obesidade são consideradas importantes problemas de saúde pública. Este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para estimular um estilo de vida mais saudável entre usuários hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: falta de conhecimento sobre as formas de prevenção, hábitos alimentares inadequados e estilo de vida sedentário. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: formação de grupos de “trabalho” (operativos) para divulgação contínua de informações sobre hipertensão, diabetes e obesidade; organização de palestras informativas sobre hábitos alimentares saudáveis; e formação de grupos de atividade física (caminhada, ginástica). Acredita-se que este plano de ação tenha condições de instigar mudanças na vida das pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade, proporcionando melhor qualidade de vida.

**Palavras chave:** hipertensão, diabetes, obesidade, atenção primária.

## **ABSTRACT**

Chronic non-communicable diseases are the main source of morbidity and mortality in Brazil. Among these diseases, hypertension, diabetes and obesity are considered important public health problems. The purpose of this study was to develop an action plan to encourage healthier lifestyle among hypertensive, diabetic and obese users of the Cachoeira's Family Health Strategy (FHS). In this study we selected the following critical node: lack of knowledge about prevention methods, inappropriate eating habits and sedentary lifestyle. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: formation of "work" (operacional) groups for continuous dissemination of information on hypertension, diabetes and obesity; organization of informative lectures on healthy eating habits; and formation of physical activity groups (walking, gymnastics). It is believed that this action plan is able to instigate changes in the lives of people with hypertension, diabetes and obesity, providing a better quality of life.

**Keywords:** hypertension, diabetes, obesity, primary care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM .....	13
Quadro 1	Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Cachoeira .....	16
Quadro 2	Descritores do problema “elevado número de portadores de HAS, DM e obesidade” .....	16
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados .....	17
Quadro 4	Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados	18
Quadro 5	Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos .....	19
Quadro 6	Elaboração do plano operativo .....	19
Quadro 7	Acompanhamento do plano de ação .....	20

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	08
1.1	Justificativa .....	08
1.2	Objetivo .....	09
1.3	Metodologia .....	09
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	11
2.1	Hipertensão arterial sistêmica .....	11
2.2	Diabetes Mellitus .....	12
2.3	Obesidade .....	14
<b>3</b>	<b>PLANO DE AÇÃO</b> .....	16
3.1	Definição dos problemas .....	16
3.2	Priorização dos problemas .....	16
3.3	Descrição do problema selecionado .....	16
3.4	Explicação do problema .....	17
3.5	Seleção dos nós críticos .....	17
3.6	Desenho das operações .....	17
3.7	Identificação dos recursos críticos .....	18
3.8	Análise da viabilidade do plano .....	19
3.9	Elaboração do plano operativo .....	19
3.10	Gestão do plano .....	20
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	21
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	22



## **1 INTRODUÇÃO**

Em 2002 iniciei o curso de graduação em enfermagem na Universidade FASEH e concluí o mesmo em 2006. Desde 2010 estou inserida na equipe de saúde da família da Estratégia Saúde da Família (ESF) Cachoeira. A ESF Cachoeira está localizada no bairro Cachoeira na cidade de São José da Lapa, região metropolitana de Belo Horizonte. A cidade foi emancipada há 21 anos e sua população é de aproximadamente 19.799 habitantes. A comunidade da ESF Cachoeira é de 4053 habitantes, dividida em 07 microáreas.

A ESF foi implantada no município de São José da Lapa em 2010 com o propósito de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família.

A equipe da ESF Cachoeira é responsável pelo acompanhamento de 1.156 famílias e atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade, em todos os ciclos de vida, de forma integral e contínua.

Após realização de um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Cachoeira foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo, elevado número de pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) devido, provavelmente, ao uso incorreto da medicação e alimentação inadequada. Foi também identificado um elevado número de pessoas com sobrepeso e obesidade, condição esta que está diretamente relacionada ao sedentarismo e alimentação inadequada.

A HAS, o DM e a obesidade são fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV) (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010). Desta forma, pretende-se desenvolver um plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre os hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira para melhor controle dos níveis pressóricos, glicêmicos e antropométricos de todos os participantes e, conseqüentemente, melhoria na qualidade de vida dos mesmos.

### **1.1 Justificativa**

Os indivíduos que mantêm hábitos de vida saudáveis, como prática regular e sistemática de atividades físicas e uma alimentação mais equilibrada,

possuem maior probabilidade de manter o controle da pressão arterial, da glicemia e da gordura corporal.

A eficiência da prática de atividades físicas na redução de valores pressóricos já é comprovada (OLIVEIRA *et al.*, 2010; BARROSO *et al.*, 2008). Além disso, de acordo com Gonçalves *et al.* (2007) pessoas sedentárias têm maiores chances de desenvolver hipertensão quando comparadas a pessoas fisicamente ativas. Em relação ao DM a prática regular de atividade física melhora o controle metabólico e reduz a necessidade de hipoglicemiantes (BRASIL, 2006a). A maioria dos efeitos diretos da atividade física ocorre porque o exercício normaliza a glicose sanguínea, diminuindo a resistência à insulina e melhorando a sensibilidade a ela. Estudos têm demonstrado que a prática de atividades físicas pode aumentar a ação da insulina ou diminuir a resistência à insulina, especialmente entre pessoas com alto risco para diabetes ou com hiperinsulinemia (FRONTERA; DAWSON; SLOVIK, 2001; KATZER, 2007; PAULI *et al.*, 2009) Em relação à obesidade, a prática de atividade física ajuda a promover o emagrecimento (HAUSER; BENETTI; REBELO, 2004).

## **1.2 Objetivo**

Elaborar um plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira.

## **1.3 Metodologia**

Em um primeiro momento realizou-se um diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Cachoeira. Através do diagnóstico situacional foi selecionado como principal problema o elevado número de pessoas com HAS, DM e obesidade.

Baseando-se neste problema, foi realizada, em um segundo momento, uma revisão de literatura para verificar a influência de hábitos saudáveis de vida no controle dos níveis pressóricos, glicêmicos e antropométricos. A busca de literatura foi realizada em bases de dados eletrônicas (PubMed, Bireme, Lilacs) utilizando os seguintes descritores: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, obesidade, sobrepeso, hábitos de vida saudáveis, atividade física e alimentação.

Com os dados do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para estimular estilos de vida mais saudáveis entre os hipertensos, diabéticos e obesos da ESF Cachoeira.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

“A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA)” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a, p.1). Pode ser diagnosticada quando a pressão arterial sistólica for  $\geq 140$  mmHg e/ou a diastólica for  $\geq 90$  mmHg, em mensurações repetidas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b). A hipertensão é um dos fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (FARINATTI *et al.*, 2005; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a; MAGRINI; MARTINI, 2012), responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006b).

Estima-se que 90% dos casos de HAS sejam de origem desconhecida, sendo estas pessoas classificadas com hipertensão primária ou idiopática, ou ainda essencial (VAZ; MARQUES; POLÓNIA, 2012). O restante dos casos é classificado como hipertensão secundária, a qual decorre de alguma patologia, e por isso, é secundária a outra doença (VAZ; MARQUES; POLÓNIA, 2012).

Os fatores de risco da HAS podem ser classificados em dois grupos: aqueles que podem ser controlados e aqueles que não podem ser controlados. No primeiro grupo pode-se citar a obesidade, a ingestão excessiva de sódio, o uso de contraceptivos orais, além da inatividade física. Já no segundo grupo destaca-se a hereditariedade, a idade avançada e a raça (maior risco para descendentes de africanos e hispânicos) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006; GUEDES; LOPES, 2010; MAGRINI; MARTINI, 2012).

Lima *et al.* (2006) realizaram um estudo cujo objetivo foi investigar os fatores de risco associados à HAS em vítimas de acidente vascular encefálico (AVE) mediante uma entrevista estruturada e exame físico, sendo a amostra composta por quatorze pacientes com HAS acometidos por AVE, internados no setor de neurologia de uma instituição pública beneficente em Sobral-CE. Os autores concluíram que fatores como idade ( $>65$  anos), sedentarismo, tabagismo,

comorbidades e doenças associadas (diabetes mellitus) foram fatores de risco importantes na associação entre HAS e AVE.

São muitas as estratégias de intervenção capazes de fornecer meios de tratamento da hipertensão, podendo ser citadas algumas modificações no estilo de vida, como hábitos dietéticos e volume de atividades físicas (FARINATTI *et al.*, 2005). Mudanças de estilo de vida reduzem não só a pressão arterial, mas também a mortalidade cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010a). Dentre as principais recomendações não medicamentosas para prevenção da HAS pode-se destacar: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010b).

## **2.2 Diabetes Mellitus**

O DM faz parte do grupo das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (MIRANZI *et al.*, 2008) e pode ser definido como uma “síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hipoglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas” (WHO, 1999, p.65).

O DM configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Além disso, as complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade e altos custos para os sistemas de saúde (BRASIL, 2013).

Os sintomas característicos do DM são conhecidos como os “4 Ps”: a poliúria, a polidipsia, a polifagia e a perda involuntária de peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, esses sinais são mais agudos no tipo 1 (BRASIL, 2013). Outros sintomas também podem estar associados ao DM, como por exemplo, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição (BRASIL, 2006a). Na tabela 1 estão apresentados os elementos clínicos que levantam a suspeita de diabetes.

Tabela 1 - Elementos clínicos que levantam a suspeita de DM.

<b>Sinais e sintomas clássicos</b>	<b>Sintomas menos específicos</b>	<b>Complicações crônicas / doenças intercorrentes</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliúria;</li> <li>• Polidipsia;</li> <li>• Perda inexplicada de peso;</li> <li>• Polifagia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fadiga, fraqueza e letargia;</li> <li>• Visão turva;</li> <li>• Prurido vulvar ou cutâneo, balanopostite.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteinúria;</li> <li>• Neuropatia diabética;</li> <li>• Retinopatia diabética;</li> <li>• Catarata;</li> <li>• Doença arteriosclerótica;</li> <li>• Infecções de repetição.</li> </ul>

Fonte: Duncan *et al.* (2013 citado por BRASIL, 2013).

Ainda podem ser citados como fatores de riscos associados ao DM: sedentarismo, hipertensão arterial, colesterol HDL < 35 mg/dl ou triglicérides > 250 mg/dl, obesidade, etc. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006a).

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta ocorre normalmente de forma rápida, atingindo principalmente crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos (BRASIL, 2013). Já o termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. A administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. (BRASIL, 2013).

O diabetes é comum e de incidência crescente. Em 1995 atingia 4,0% da população adulta mundial e em 2025 estima-se que alcançará a cifra de 5,4%. Além disso, apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006a). De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013), no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,4%,

sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. O diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade tanto para os homens quanto para as mulheres, com maior aumento a partir dos 35 anos. Já na faixa etária de 65 anos ou mais, aproximadamente um quinto dos homens e mulheres referiram diagnóstico médico de diabetes.

O tratamento é importante para evitar manifestações de outras comorbidades. A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois, melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária (BRASIL, 2006a). A atividade física deve ser prescrita de maneira individual para evitar riscos e otimizar os benefícios (MERCURI *et al.*, 2001).

Sartorelli e Franco (2003) afirmam que existem evidências bem fundamentadas da relação entre a qualidade da alimentação e os riscos de desenvolver o DM. A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2% (BRASIL, 2006a). A dieta para o diabético deve ser individualizada. Cada paciente tem que ter uma alimentação ajustada para suas necessidades (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

### **2.3 Obesidade**

A obesidade pode ser definida como uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, sendo consequência de um balanço energético positivo (LESSA; MONTENEGRO, 2008).

A obesidade é destacada como fator de risco para uma série de doenças ou distúrbios, como a dislipidemia, a hipertensão arterial e o diabetes (FIGUEIREDO *et al.*, 2008). A prevalência de obesidade em populações adultas está crescendo tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento (LESSA; MONTENEGRO, 2008). De acordo com a vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (BRASIL, 2013), no conjunto da população adulta das 27 cidades estudadas, a frequência de adultos obesos foi de 17,4%. Foram considerados obesos, os indivíduos com valores de IMC superiores a

30 kg/m<sup>2</sup>. Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade.

A evolução nutricional da população brasileira revela mudanças em seu padrão. Ao mesmo tempo em que declina a ocorrência de desnutrição em crianças e adultos, aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade em ritmo bem acelerado (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; FAGUNDES *et al.*, 2008).

A importância da inclusão da atividade física em programas de redução de peso é decorrente do fato do exercício físico proporcionar maior variabilidade do gasto energético diário. No entanto, a atividade física isolada, sem o devido controle alimentar, contribui de forma modesta para a redução do peso. Porém, quando associada a dietas, facilita a adesão ao controle alimentar e favorece a manutenção da massa magra e redução da massa adiposa (MACIEL *et al.*, 2008).



### 3 PLANO DE AÇÃO

#### 3.1 Definição dos problemas

O diagnóstico situacional da ESF Cachoeira evidenciou elevado número de pessoas portadoras de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e obesidade.

#### 3.2 Priorização dos problemas

Após a seleção dos problemas, os mesmos foram priorizados. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Cachoeira.

<b>Problema</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência (0-5)</b>	<b>Capacidade de enfrentamento da equipe</b>
Hipertensão arterial sistêmica	Alta	5	Parcial
Diabetes	Alta	5	Parcial
Obesidade	Alta	5	Parcial

Fonte: Autoria Própria (2014)

#### 3.3 Descrição do problema selecionado

O quadro 2 apresenta os descritores do problema priorizado.

Quadro 2 - Descritores do problema “elevado número de portadores de HAS, DM e obesidade”.

<b>Descritores</b>	<b>Hipertensão</b>	<b>Diabetes</b>	<b>Obesidade</b>	<b>Fonte</b>
Mulheres	283	65	255	Ficha A
Homens	166	44	195	Ficha A/SISVAN

### 3.4 Explicação do problema

Acredita-se que o elevado número de pessoas portadoras de HAS e DM na ESF Cachoeira tenha relação com o uso incorreto da medicação e também com uma alimentação inadequada. Em relação ao elevado número de pessoas com sobrepeso e obesidade acredita-se que a causa seja o sedentarismo e também uma alimentação inadequada.

### 3.5 Seleção dos nós críticos

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados ao elevado número de portadores de HAS, DM e obesidade na ESF Cachoeira:

- Falta de conhecimento dos pacientes sobre as formas de prevenção;
- Alimentação inadequada;
- Estilo de vida sedentário.

### 3.6 Desenho das operações

Para a solução dos nós críticos foram estabelecidas algumas operações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF Cachoeira. No quadro 3 estão apresentados os desenhos das operações para os “nós críticos” selecionados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os “nós críticos” apresentados.

Nó Crítico	Operação / Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de conhecimento dos pacientes sobre as formas de prevenção	<b>“Troca de informações”</b>	- População esclarecida sobre as causas, danos e formas de prevenção da HAS, DM e obesidade.	- Formação de grupos operativos para divulgação contínua de informações sobre HAS, DM e obesidade. - Equipe capacitada a ensinar.	<b>Organizacional:</b> organização da agenda <b>Cognitivos:</b> conhecimento sobre o tema <b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros
Alimentação inadequada	<b>“Alimentação equilibrada”</b>	- População motivada a mudar os hábitos alimentares - População	- Organização de palestras informativas	<b>Organizacional:</b> organização das palestras <b>Político:</b> parceria com NASF

		informada sobre hábitos alimentares saudáveis		(colaboração do nutricionista) <b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros
Estilo de vida sedentário	<b>“Atividade física já”</b>	- População motivada à prática de atividade física - Redução do número de sedentários	- Formação de grupos de atividade física (caminhada, ginástica)	<b>Organizacional:</b> organização da caminhada e da ginástica <b>Político:</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física) <b>Econômico:</b> aquisição de equipamentos de ginástica: corda, bola, bastões, etc.

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.7 Identificação dos recursos críticos

No quadro 4 estão apresentados os recursos críticos para a execução das operações. Os recursos críticos são essenciais para a execução do projeto, entretanto, não estão disponíveis inicialmente.

Quadro 4 - Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>“Troca de informações”</b>	<b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros.
<b>“Alimentação equilibrada”</b>	<b>Político:</b> parceria com NASF (colaboração do nutricionista). <b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros.
<b>“Atividade física já”</b>	<b>Político:</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física). <b>Econômico:</b> aquisição de equipamentos de ginástica: corda, bola, bastões, etc.

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.8 Análise da viabilidade do plano

O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos	
		Quem Controla	Motivação
“Troca de informações”	<b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros	- Secretário de Saúde.	Favorável
“Alimentação equilibrada”	<b>Político:</b> parceria com NASF (colaboração do nutricionista). <b>Econômico:</b> aquisição de material impresso para os encontros	- Equipe da ESF juntamente com NASF. - Secretário de Saúde.	Favorável Favorável
“Atividade física já”	<b>Político:</b> parceria com NASF (colaboração do Profissional de Educação Física). <b>Econômico:</b> aquisição de equipamentos de ginástica: corda, bola, bastões, etc.	- Equipe da ESF juntamente com NASF. - Secretário de Saúde.	Favorável Favorável

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.9 Elaboração do plano operativo

O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Profissionais Envolvidos	Prazo
“Troca de informações”	- População esclarecida sobre as causas, danos e formas de prevenção da HAS, DM e obesidade.	- Formação de grupos operativos para divulgação contínua de informações sobre HAS, DM e obesidade. - Equipe capacitada a ensinar.	Enfermeira, Médico, ACS's	3 meses para início das atividades
“Alimentação equilibrada”	- População motivada a mudar os hábitos	- Organização de palestras informativas	Enfermeira, Nutricionista.	3 meses para início das atividades

	alimentares - População informada sobre hábitos alimentares saudáveis			
<b>“Atividade física já”</b>	- População motivada à prática de atividade física - Redução do número de sedentários	- Formação de grupos de atividade física (caminhada, ginástica)	Enfermeira, Profissional de Educação Física	3 meses para início das atividades

Fonte: Autoria Própria (2014)

### 3.10 Gestão do plano

A gestão do plano serve para definir o processo de acompanhamento do plano. É de extrema importância realizar o monitoramento das ações que será realizado pelos profissionais responsáveis por cada projeto. Como o resultado deste projeto não é imediato considero importante estabelecer um período de seis em seis meses para poder ter acesso aos reais resultados desta intervenção. Sendo assim, a previsão é de que o quadro 7 seja preenchido pela primeira vez após os seis primeiros meses do projeto e assim sucessivamente.

Quadro 7 - Acompanhamento do plano de ação.

<b>Operação</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
<b>“Troca de informações”</b>	Enfermeira, Médico, ACS's	3 meses para início das atividades			
<b>“Alimentação equilibrada”</b>	Enfermeira, Nutricionista.	3 meses para início das atividades			
<b>“Atividade física já”</b>	Enfermeira, Profissional de Educação Física	3 meses para início das atividades			

Fonte: Autoria Própria (2014)

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após a realização deste trabalho ficou mais evidente que a HAS, o DM e a obesidade são doenças crônicas que estão em larga expansão. Além disso, foi possível identificar que a prevalência dessas doenças no município de São José da Lapa pode estar relacionada a questões sociais e culturais, principalmente quando se trata de uso da medicação, alimentação inadequada e sedentarismo.

Sendo assim, acredita-se que este plano de ação tenha condições de instigar mudanças na vida das pessoas com hipertensão, diabetes e obesidade, proporcionando melhor qualidade de vida através da conscientização do uso correto das medicações e da importância da dieta aliada com a prática regular de atividade física. Essas mudanças poderão auxiliar na redução dos níveis pressóricos, glicêmicos e do índice de massa corporal.

## REFERÊNCIAS

- BARROSO, W.K.S.; *et al.* Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não farmacológico. **Revista da Associação Médica Brasileira**. v. 54, n. 4, p. 328-333, 2008.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S181-S191, 2003.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**, Cadernos da Atenção Básica – nº16. Brasília/DF, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**, Brasília, 2006b, 58 p
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 160 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 136 p.
- DUNCAN, B.B. *et al.* **Medicina Ambulatorial, Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2013. Apud: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 160 p.
- FAGUNDES, A.L.N. *et al.*, Prevalência de sobrepeso e obesidade em escolares da região de Parelheiros do município de São Paulo. **Rev. Paul. Pediatr.** v. 26, n.3, p.212-217, 2008.
- FARINATTI, P.T.V. *et al.* Programa domiciliar de exercícios: efeitos de curto prazo sobre aptidão física e pressão arterial de indivíduos hipertensos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v. 84, n. 6, p.473-479, jun, 2005.
- FIGUEIREDO, R.C. *et al.* Obesidade e sua relação com fatores de risco para doenças cardiovasculares em uma população Nipo-Brasileira. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** v.52, n.9, p.1474-1481, 2008.
- FRONTERA, W.R.; DAWSON, D.M.; SLOVIK, D.M. **Exercício físico e reabilitação**. Artmed, 2001.
- GONÇALVES, S. *et al.* Hipertensão arterial e a importância da atividade física. **Estud. Biol.** v.29, n.67, p.205-213, abr/jun, 2007.

GUEDES, N.G.; LOPES, M.V.O. Exercício físico em portadores de hipertensão arterial: Uma análise conceitual. **Rev Gaúcha Enfermagem**. v. 31, n. 2, p.367-374, 2010.

HAUSER, C.; BENETTI, M.; REBELO, F.P.V. Estratégias para o emagrecimento. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**. v.6, n.1, p. 72-81, 2004.

KATZER, J.I. Diabetes mellitus tipo II e atividade física. **Revista Digital - Buenos Aires**. Ano 12, n.113, 2007. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd113/diabetes-mellitus-e-atividade-fisica.htm>. Acesso em: 05/05/14.

LESSA, S.S.; MONTENEGRO, A.C. Avaliação da prevalência de sobrepeso, do perfil nutricional e do nível de atividade física nos estudantes de medicina da Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas – UnCISAL. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. v.6, n.3, p.90-93, 2008.

LIMA, V. *et al.* Fatores de risco associados a hipertensão arterial sistêmica em vítimas de acidente vascular cerebral. **RBPS**, Fortaleza, v. 19, n. 3, p. 148-154, mar. 2006.

MACIEL, E.S. *et al.* **A Prevenção de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis na Escola: Controle do Peso Corporal, Atividade Física Regular e Alimentação Adequada**. Apud: VILARTA, E.R.; BOCCALETTO, M.A. (orgs). Campinas, SP: Ipes, 2008.

MAGRINI, D.W.; MARTINI, J.G. Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. glob.** v.11, n.26, p. 344-353, 2012.

MERCURI, N. *et al.* Atividade Física e Diabetes Mellitus. **Diabetes Clínica**, Buenos Aires, v. 4, p. 347-349, 2001.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out/dez, 2008.

MOREIRA, T.M.M.; GOMES, E.B.; SANTOS, J.C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, 2010.

OLIVEIRA, K.P.C.; *et al.* Exercício aeróbio no tratamento da hipertensão arterial e qualidade de vida de pacientes hipertensos do Programa de Saúde da Família de Ipatatinga. **Revista Brasileira de Hipertensão**. v. 17, n. 2, p. 78-86, 2010.

PAULI, J.R.; CINTRA, D.E.; SOUZA, C.T.; ROPELLE, E.R. Novos mecanismos pelos quais o exercício físico melhora a resistência à insulina no músculo esquelético. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.53, n.4, p. 399-408, 2009.



SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Sup. 1, p. S29-S36, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. 1. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. p. 1-48, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. v.95, n.1, suppl.1, p. 1-51, 2010a.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Rev. Bras. Hipertens**. v.17, n.1, p. 11-17, 2010b.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009/Sociedade Brasileira de Diabetes**, 3 ed., Itapevi, SP, 2009, 400p.

VAZ, I.R.; MARQUES, J.; POLÓNIA, J. **Reações adversas cardiovasculares: hipertensão**. Guia de reações adversas a medicamentos, 2012. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fufs.ff.ul.pt%2FGuiaCardio%2FHipertens%25C3%25A3o.pdf&ei=L8xoU\\_OjA5WksQSg-4HgBA&usg=AFQjCNGDBS7cyXrKPHFlxh-VyTgidTS8bA](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fufs.ff.ul.pt%2FGuiaCardio%2FHipertens%25C3%25A3o.pdf&ei=L8xoU_OjA5WksQSg-4HgBA&usg=AFQjCNGDBS7cyXrKPHFlxh-VyTgidTS8bA) Acesso em: 06/05/14.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva (SZ): WHO; 1999.