

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SAMUEL PEREIRA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE MELHORIA DE HÁBITOS DE VIDA ENTRE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
“MARAMBAINHA” DO DISTRITO DE MARAMBAINHA NO MUNICÍPIO DE CARAÍ  
EM MINAS GERAIS**

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS**

**2019**

**SAMUEL PEREIRA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE MELHORIA DE HÁBITOS DE VIDA ENTRE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE “MARAMBAINHA” DO DISTRITO DE MARAMBAINHA NO MUNICÍPIO  
DE CARAÍ EM MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

**TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS**

**2019**

**SAMUEL PEREIRA DOS SANTOS**

**PROPOSTA DE MELHORIA DE HÁBITOS DE VIDA ENTRE PESSOAS COM  
HIPERTENSÃO E/OU DIABETES ATENDIDAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE  
“MARAMBAINHA” DO DISTRITO DE MARAMBAINHA NO MUNICÍPIO DE CARAÍ  
EM MINAS GERAIS**

**Banca Examinadora**

Bruno Leonardo de Castro Sena – orientador

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2019

## **DEDICO**

Este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu caminho, meu guia, auxílio presente no momento da angústia;

Ao meu pai José Narciso, minha mãe Rízia de Lourdes e aos meus irmãos e primos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à equipe de gestores de saúde do município de Carai.

Aos meus amigos e colegas, pelas alegrias, tristezas e angústias compartilhadas. Com vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção melhora tudo o que tenho produzido nesta breve vida.

A todos aqueles que, de alguma forma, estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

## RESUMO

A atenção básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Ou seja, é o atendimento inicial. Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, há diversos programas governamentais relacionados à atenção básica, sendo um deles a Estratégia de Saúde da Família, que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde. Caraií é um município brasileiro localizado ao norte de Minas Gerais que assim como os municípios vizinhos possui um modelo de atenção básica que não segue tudo aquilo que é preconizado pelas normas técnicas das diretrizes do Sistema Único de Saúde. Este estudo objetiva propor um plano de ação para melhoria da qualidade de vida (hábitos saudáveis) entre a população hipertensa e/ou diabética da Unidade Básica de Saúde do distrito Marambainha no município de Caraií/Minas Gerais. A metodologia foi planejada com base no diagnóstico situacional do município em questão, pelo método da estimativa rápida! Fez-se uma revisão bibliográfica narrativa sobre o tema nas bases de dados SciELO, PubMed, BIREME, LILACS e Google Scholar. A seleção de artigos (critérios de inclusão) foram aqueles publicados entre 2000 e 2019. O plano de ação proposto seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional (PES), mas a implementação de tal plano encontra dificuldades árduas dada a precariedade da infraestrutura municipal além da carência de recursos. Com isso concluiu-se que o controle correto da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus possui impacto na prevenção de desfechos catastróficos relacionados a tais morbidades.

**Descritores:** Estratégia da Saúde da Família. Programa de Saúde Familiar. Cuidados Primários. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Adesão ao Tratamento.

## ABSTRACT

Primary care or primary health care is known as the "gateway" for users in health systems. That is, it is the initial care. Its goal is to provide guidance on disease prevention, solve possible cases of diseases and direct the most serious to higher levels of care in complexity. Primary care therefore functions as a filter that can organize the flow of services in health networks, from the simplest to the most complex. In Brazil, there are several government programs related to primary care, one of them being the Family Health Strategy, which brings multidisciplinary services to communities through the Basic Health Units. Caraí is a Brazilian municipality located in the north of Minas Gerais that, as well as neighboring municipalities have a primary care model that does not follow all that is advocated by the technical guidelines of the SUS guidelines. This study aims to propose an action plan to improve the quality of life (healthy habits) among the hypertensive and / or diabetic population of the basic health unit of Marambainha district in Caraí / MG. The methodology was designed based on the situational diagnosis of the municipality in question, using the quick estimate method! A narrative bibliographic review of the theme was made in the databases SciELO, PubMed, BIREME, LILACS and Google Scholar. The selection of articles (inclusion criteria) were those published between 2000 and 2019. The proposed action plan followed the Situational Strategic Planning (PES) method, but the implementation of such a plan encounters strenuous difficulties given the precariousness of municipal infrastructure beyond the shortage. of resources. Thus, it was concluded that the correct control of Hypertension and Diabetes Mellitus has an impact on the prevention of catastrophic outcomes related to such morbidities.

**Keywords:** Family Health Strategy. Family Health Program. Basic care. Arterial hypertension. Diabetes Mellitus. Treatment Adherence.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AMPA	Auto Medida da Pressão Arterial
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
DM	Diabetes mellitus ( <i>Diabetes mellitus</i> )
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HJB	Hipertensão do Jaleco Branco
HM	Hipertensão Mascarada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Insuficiência Cardíaca
MAPA	Medida Ambulatorial da Pressão Arterial
MRPA	Medida Residencial da Pressão Arterial
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RCQ	Relação Cintura Quadril
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	12
1.4 A Unidade Básica de Saúde EFS Marambainha	13
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde EFS Marambainha	13
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe	13
1.7 O dia a dia da equipe	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	16
<b>3 OBJETIVOS</b>	19
3.1 Objetivo geral	19
3.2 Objetivos específicos	19
<b>4 METODOLOGIA</b>	20
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	21
5.1 Estratégia Saúde da Família	21
5.2 Atenção Primária à Saúde	23
5.3 Hipertensão	25
5.4 Diabetes mellitus	28
5.5 Adesão ao Tratamento	30
5.6 Dados Antropométricos	31
<b>6 PLANO DE INTERVENÇÃO</b>	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	32

6.5 Análise da Viabilidade dos Planos	33
6.6 Plano Operativo	34
6.7 Proposta de Intervenção	34
6.8 Plano operativo e Intervenção	36
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>37</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos gerais do município

Caraí é um município brasileiro localizado ao norte de Minas Gerais, com 22.343 habitantes de acordo com o censo de 2010 e estimativa de 23.000 pessoas para o ano de 2018, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2018).

O distrito de Caraí foi criado em 30 de agosto de 1911, subordinado ao município de Araçuaí. Em 31 de dezembro de 1943 passou a ser distrito de Novo Cruzeiro. Emancipado em 27 de dezembro de 1948, o município de Caraí foi instalado em 1 de janeiro do ano seguinte. Clima seco e tropical de altitude; produtor de café; microrregião altamente indicada para produção de frutas de clima temperado: pêssego, ameixa, uva de mesa. A economia se baseia em agricultura e na descoberta de lavras de pedras preciosas (CARAÍ, 2019; IBGE, 2018).

Em 2016, o salário médio mensal era de 1.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 3.4%. Tem como municípios limítrofes Padre Paraíso, Ponto dos Volantes, Novo Oriente de Minas, Catuji, Itaipé, Novo Cruzeiro e Araçuaí (IBGE,2018).

### 1.1 Aspectos da comunidade

O distrito de Marambainha, que dispõe de uma infraestrutura dotada de quadra poliesportiva, campo de futebol, ruas calçadas, saneamento básico com coleta de lixo municipal regular, coleta e tratamento de esgoto, água tratada, posto de saúde e posto de atendimento odontológico e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) em construção.

Na educação destaca-se uma creche, ensino do primário e ensino médio. Na área da Saúde destaca atendimento pela Equipe de Saúde da Família (eSF) e uma equipe de Saúde bucal que conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Na organização social, igrejas e uma associação de moradores (ACOMAR). Predominam-se empregos na esfera municipal e estadual, comercio, indústria rural, pecuária, agricultura, além do êxodo de moradores para os grandes centros a procura de emprego. Outros importantes agentes econômicos para o distrito, a agricultura de subsistência, aposentadorias e auxílios remunerados.

A população conserva hábitos e costumes voltados para a crença religiosa, predominantemente católica, em suas comemorações destacam-se as datas sacras, e em especial a festa em comemoração ao padroeiro do distrito, o Senhor Bom Jesus. Com a realização de novena, alteamento da bandeira, queima de fogos, leilões e show musical.

### **1.2 O sistema municipal de saúde**

A Política Nacional de Atenção Básica é a principal referência para o município e as informações são atualizadas mensalmente através dos sistemas de informação e obtidas diariamente na base de dados dos programas. O Município conta com: Atenção Primária; Atenção secundária; Atenção Terciária; Serviço de Saúde mental (CAPS).

O modelo de atenção vigente no município tem como foco principal a promoção de saúde, além da prevenção e tratamento. Como o município se situa em uma zona menos abastada no estado de Minas Gerais, as queixas da população têm caráter de cunho social. É neste ponto que se insere a importância da atenção primária, em que se resolve a maioria dos problemas em saúde pública sem necessitar de procedimentos mais complexos e custosos aos cofres municipais.

### **1.3 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Marambainha**

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea. Os agentes comunitários atuam realizando as visitas domiciliares trazendo as demandas dos pacientes da comunidade e, com isso, os médicos, enfermeiros e outros profissionais se mobilizam para dar assistência a pacientes cujo estado é mais crítico. Durante as visitas e consultas, os pacientes são sempre indagados acerca do cartão vacinal; quando não estão com as vacinas em dia são orientados a se vacinarem.

Durante dias específicos, existem ações cujo objetivo é buscar atender questões sobre a saúde da mulher. Jovens que não conhecem medidas contraceptivas recebem orientações de como se prevenir de uma gravidez indesejada, por exemplo. Ocorrem campanhas com palestras nas escolas locais, crianças são

aconselhadas sobre o uso de preservativo e como realizar a escovação dentária de forma correta. Além disso, existem núcleos que atuam no controle e prevenção da Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), acometimentos prevalentes na área de atuação da nossa equipe.

#### **1.4 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe**

A Unidade de Saúde funciona das 7:00 h às 12 horas e 14 às 15 horas. Os agentes comunitários se revezam durante a semana, segundo uma escala em atividades relacionadas à assistência. É realizado atendimento médico, vacinação, atendimento odontológico, campanhas de prevenção e combate a doenças. Em determinados dias da semana ocorrem visitas domiciliares, buscando atender pacientes necessitados de atenção.

#### **1.5 O dia a dia da equipe**

O tempo da Equipe está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea. Os agentes comunitários realizam as visitas domiciliares e as demandas mais urgentes são atendidas pelos médicos, enfermeiros.

Além das consultas de demanda espontânea e programadas, a equipe ainda realiza educação em saúde nas escolas locais.

#### **1.6 Estimativa rápida: problemas de saúde do território**

Com base no diagnóstico Situacional foram identificados como problemas na área de abrangência de Marambainha: saneamento básico, estrutura das unidades de saúde, número de agentes comunitários insuficiente, baixo interesse da população em adotar medidas preventivas, hipertensão arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM).

#### **1.8 Priorização dos problemas: a seleção do problema para plano de intervenção (primeiro passo)**

Todos os problemas listados possuem grande relevância, no entanto levando em consideração a urgência dos problemas e a capacidade de enfrentamento deles, a questão de propor que a população adote medidas de prevenção de doenças é

interessante pelo fato de ser um problema com sua relevância além de poder ser manuseado mais facilmente pela eSF local.

**Quadro 1:** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da UBS, município de Caraí, estado de Minas Gerais

<b>Problemas</b>	<b>Importância*</b>	<b>Urgência**</b>	<b>Capacidade de enfrentamento***</b>	<b>Seleção/Priorização****</b>
Saneamento básico	ALTA	MÉDIA	BAIXA	4
Estrutura das unidades de saúde	ALTA	MÉDIA	MÉDIA	4
Número de agentes comunitários	ALTA	ALTA	MÉDIA	2
Baixo interesse da população em adotar medidas preventivas para a HAS e o DM	ALTA	ALTA	ALTA	1

Fonte: Autoria Própria (2019).

\*Alta, média ou baixa

\*\* Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

## 2 JUSTIFICATIVA

Mediante o diagnóstico situacional do município de Caraí-MG, se utilizarmos como critério de comparação outros municípios circunvizinhos, o sistema local de saúde possui uma estrutura razoável, contando com atenção primária, secundária e terciária, além de Centro de Apoio Psicossocial (CAPS).

Os principais problemas de saúde são aqueles de caráter crônico: DM, hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, dislipidemias no geral, osteoartrites, cardiopatias, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), consumo de drogas e álcool...

No que se refere às doenças de característica aguda, tem-se as doenças infecto parasitárias, como ascaridíases, giardíase, enterobioses, doenças sexuais, quadros pulmonares, crises hipertensivas, crises hipoglicêmicas. Tais problemas são enfrentados pelo trabalho individual dos profissionais, além da atuação em equipe na realização de palestras, rodas de conversa, distribuição de cartilhas e atividades de caráter de conscientização.

A equipe trabalha de forma árdua, realizando um excelente trabalho levando-se em consideração a carência de recursos. O trabalho multiprofissional é realizado, sempre havendo a soma de experiência em todos os níveis de atenção. Os Agentes Comunitários de Saúde, em contingente não satisfatório, realizam bem o seu trabalho, tendo papel de destaque na atenção primária, sendo a conexão da população à mão de obra médico-assistencial.

**Quadro 2** - Perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Marambainha, 2019

<b>INDICADORES</b>	<b>MICRO 1</b>	<b>MICRO 2</b>	<b>MICRO 3</b>	<b>MICRO 4</b>	<b>MICRO 5</b>	<b>TOTAL</b>
Portadores de Hipertensão Arterial cadastrados:	<b>75</b>	<b>31</b>	<b>68</b>	<b>65</b>	<b>37</b>	<b>278</b>
Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 cadastrados:	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>51</b>

**Fonte:** Autoria Própria (2019).



A Carta de Ottawa de 1986 define a importância da promoção à saúde e aponta, a influência da dimensão social sobre a saúde dos indivíduos, caracterizando-se como o processo comunitário que atua na melhora da qualidade de vida (QV) e saúde da população, incluindo-a no controle de tal processo (BRASIL, 2002).

Após abertura da China ao mundo, com duas missões de observação de especialistas da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1973-1974, ao analisar a promoção à saúde Chinesa, tais atividades tinham como plano de fundo a atenção primária de saúde, sendo suas ideias precursoras, após ajustes, da Declaração de Alma Ata, em 1978 (BRASIL, 2002).

Em 1992, num contexto de expansão e qualificação da atenção básica, iniciaram-se as primeiras tentativas de promoção à saúde estruturadas. Trata-se do Programa Saúde da Família (PSF), buscando uma "estratégia" para a reorientação do modelo assistencial, aparelhada mediante a ação de equipes multidisciplinares em UBS. As equipes trabalham com ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos (ANDRADE *et al.*, 2006).

Na contemporaneidade, autores reconhecem os diversos avanços da atenção básica e do SUS com impactos positivos no acesso, na redução de desigualdades e na melhoria da situação de saúde da população (GIOVANELLA, 2018).

Entende-se que a HAS possui elevada prevalência e baixas taxas de controle, sendo classificada como um dos fatores de risco modificáveis mais importantes em agravos do aparelho circulatório. Nesse sentido, o controle da HAS está associado com a adesão ao tratamento, pautado em medidas farmacológicas e não-farmacológicas (BARBOSA *et al.*, 2012)

De acordo com sistemas de informação, doenças do aparelho circulatório representam uma das principais causas de morte do país, representando cerca de 32% das causas de óbito de todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2001).

Diante disso, a HAS e DM fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, principais causas de óbitos em todo o país (FERREIRA, 2010). Tal aspecto não é diferente da situação do distrito de Marambainha do município de Carai-MG. Dessa forma, a escolha do problema enfrentado por pelo presente trabalho é pautada na importância do dado problema associada à sua capacidade de enfrentamento. A DM e HAS são fatores de risco para complicações mais graves como AVC e IAM. Além disso, tendo no campo de visão o

diagnóstico situacional, o sedentarismo faz parte da vida dos pacientes portadores de tais enfermidades. Com isso, a instituição de mudanças de hábitos de vida na população acompanhada pela UBS Marambainha pode trazer resultados benéficos à QV dos clientes dessa unidade. Tais expectativas se baseiam no fato de que controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, é capaz de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM, resultando em melhor QV ao indivíduo diabético. Da mesma forma, o controle da hipertensão arterial resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas as patologias, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida individual (NEDER; BORGES, 2006).

De acordo com boas experiências, recomendações têm sido propostas para o desenvolvimento de projetos de sucesso, destacando-se a participação ativa da comunidade, a compreensão de suas necessidades e prioridades, a colaboração dos indivíduos, principalmente dos líderes e organizações comunitárias e o envolvimento dos serviços de saúde locais e a implementação de políticas que auxiliem boas escolhas. Em geral, a prevenção é a melhor forma para abordar o controle de DCNT. Mundialmente o objetivo tem sido reduzir a morbimortalidade modificando fatores de risco por meio de campanhas educativas (RIBEIRO *et al.*, 2012)

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de ação para melhoria da QV (hábitos saudáveis) entre a população hipertensa e/ou diabética da UBS “Marambainha” do distrito Marambainha no município de Carai/MG, bem como colher os frutos de tal proposta.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Analisar a real situação dos portadores de Hipertensão Arterial e DM da ESF;
- Educar quanto às possíveis atividades para diminuir os fatores de risco modificáveis
- Realizar uma busca ativa para os seus fatores de risco;
- Encorajar adesão ao tratamento;

#### 4 METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional possui como escopo planejar, executar e acompanhar desenhos de ação com intuito de intervenção sobre um certo traço da realidade. O plano pode ser entendido como uma forma de exercer a razão humana. Ação é definida por um propósito conexo com a alteração de uma determinada situação. Planejar é pensar com antecedência, durante e em seguida a tomada da ação. “É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p. 18).

Para a produção da presente proposta do plano de intervenção, foram seguidas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e o arranjo do plano de ação propriamente dito. O Diagnóstico Situacional realizado em 2019 inspirou-se no método da Estimativa Rápida que, segundo Faria, Campos e Santos (2018), constitui um modo de se obter informações acerca de um conjunto de problemas e dos recursos para o seu enfrentamento em um breve período e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento. Diante disso, seu intuito é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, que controlam recursos para o enfrentamento de tais problemas.

O embasamento teórico para a realização do presente trabalho foi a partir de artigos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sites institucionais (Ministério da Saúde), Google Acadêmico.

Foram utilizados também, como fontes da pesquisa bibliográfica, módulos do CEGCSF e a Biblioteca Virtual do Nescon-Programa Ágora. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados a partir do ano 2000 e que abordassem a temática explicitada. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “Hipertensão”, “Diabetes Mellitus” e “Adesão ao tratamento”.

Dessa forma, tendo em vista os problemas enfrentados na atenção primária do distrito de Marambainha, buscou-se a elaboração de um plano de ação para ser implantado pela eSF, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Estratégia Saúde da Família

União, Estados e Municípios compõem o sistema político federal brasileiro, todos os três núcleos dotados pela Carta Magna 1988 como entidades portadoras de autonomia administrativa e sem vínculo hierárquico. São ao todo 27 estados, incluindo o Distrito Federal, além de 5.570 municípios (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

O Programa de Saúde da Família é voltado ao aumento de cobertura na assistência na área da saúde com enfoque em áreas de risco social e introduzido por volta de 1994. A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária (AP) se dá pela ESF que tem como prioridade a promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e estendida. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços estruturando-se com base no entendimento das necessidades e anseios da população a partir do estabelecimento de relação e vínculo entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com a área de atuação. A ESF postula que a atenção à saúde tenha como foco a família, entendida e percebida a partir de seu ambiente, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Tendo a família como objeto de atenção, a ESF contempla dois atributos derivados da APS: a orientação familiar da comunidade, que supõem o reconhecimento das necessidades da família em função de uma lógica que abrange o aspecto físico, econômico e sociocultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) objetiva a reconfiguração da Atenção Básica no país, seguindo os preceitos do SUS, sendo entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multi profissionais em UBS (BRASIL, 2017).

No Brasil, a atenção básica não é entendida como um serviço de baixa complexidade e exclusivo para populações carentes, como em muitos países. Com isso, busca-se resgatar a universalidade da Declaração de Alma-Ata, englobando diversos serviços de saúde sem fins lucrativos (CONASS, 2011).

A APS tem como atributos a atenção inicial, seguimento longitudinal, a integralidade (indivíduo entendido como “um todo”) e a coordenação, além do sentido familiar e comunitário juntamente da competência cultural (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A APS é uma ferramenta importante do SUS, sendo fundamentada em evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população. A APS implica em melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários, tratamento efetivo de condições crônicas, maior eficácia do cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição dos problemas acerca do acesso aos serviços (STARFIELD, 2002).

Após a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080/90, o município passou a ocupar papel de destaque no desenvolvimento das ações e serviços de saúde. Inicialmente, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) na Região Nordeste do país e depois com o Programa de Saúde da Família (PSF) por todo território nacional, foram constituídas equipes de saúde da família (ESF). Cada equipe foi constituída por um médico, um enfermeiro, técnicos de enfermagem e cerca de seis agentes comunitários. Inicialmente, cada ESF era responsável por cerca de 4.500 pessoas. Os agentes de endemias que já atuavam no combate ao mosquito da dengue, só vieram a desenvolver ações maiores de vigilância em saúde a partir da década de 2010, com o apoio do Ministério da Saúde (MS) para a integração destes juntos às Equipes de Saúde da Família (STARFIELD, 2002).

## **5.2 Atenção Primária à Saúde**

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978), a APS ou ABS é a atenção essencial à saúde inspirada em métodos e tecnologias práticas, com respaldo científico e socialmente aceitas, ao alcance dos indivíduos da comunidade mediante sua participação e a um custo suportável, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de responsabilidade e determinação inatos. As principais atribuições da atenção básica no Brasil podem ser reunidas em sete grupos: saúde da criança, saúde da mulher, controle da HAS, controle do DM, controle da tuberculose, extinção hanseníase e saúde bucal (ESCOREL *et al.*, 2002).

A transição do modelo de ABS é operada por meio da organização do trabalho em equipe, com a substituição de velhas práticas de assistência e a incorporação de novas práticas com o objetivo de alterar os determinantes sociais do processo saúde-doença (ESCOREL *et al.*, 2002).

O estudo do PSF revela avanços na incorporação de melhores práticas na atenção primária e na criação de vínculos entre a eSF e a comunidade. Após dez anos do início da implantação do PSF no Brasil, observou-se um processo ainda em curso de mudança do modelo assistencial da atenção básica (ESCOREL *et al.*, 2002).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais voltados às necessidades da população numa lógica multidisciplinar. Nesse sentido, aponta para a necessidade seguir o princípio da universalidade, ou seja, entende que a saúde como um direito de todos; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais; e também afirma que os governos devem ter papel fundamental na gestão da saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio técnico-científico, econômico e político em escala internacional (MATTA, 2005).

Nesse sentido, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo MS, em 2008, com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Primária no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços prestados. Os núcleos são compostos por equipes multiprofissionais que atuam de forma conjunta com as equipes de Saúde da Família (eSF). Tal atuação integrada permite realizar análises de casos clínicos, possibilita o atendimento entre profissionais, permite a construção de projetos terapêuticos de forma a ampliar e qualificar as intervenções territoriais. Essas ações de saúde também podem ser intersetoriais, com foco prioritário nas ações de prevenção e promoção da saúde (BRASIL, 2016).

### **5.3 Hipertensão**

A hipertensão arterial (HA) é a morbidade mais prevalente na população adulta e frequente nos serviços de emergência no Brasil; a insuficiência cardíaca (IC) é a primeira causa cardiovascular de hospitalização no país (LESSA, 2001).

Por conta do enrijecimento dos vasos sanguíneos devido a presença de panículos adiposos que se depositaram dentro das paredes ou quando o sistema arterial oferece uma elevada resistência ao fluxo de sangue periférico em decorrência sobrecarga nervosa, ou da disfunção renal; mediante tais processos fisiopatológicos o indivíduo pode se tornar um hipertenso pela elevação dos níveis pressóricos acima de limiares de normalidade (GUYTON, 2017), ou mesmo, a hipertensão arterial pode ser conceituada, conforme Young e Adler (2019) como sendo elevação duradoura da pressão arterial sistêmica, sendo determinada pelo débito cardíaco e pela resistência vascular periférica, sendo determinada pela viscosidade do sangue e pela espessura dos vasos.

Em relação ao sistema cardiovascular, à medida que o envelhecimento progride, ocorrem alterações de cunho estrutural e funcional. Há redução das células do sistema condutor do coração, com processo de fibrose e substituição por tecido adiposo, além de calcificação e fibrose nos tecidos valvulares, especialmente nas valvas mitral e aórtica. Ocorre, ainda, degeneração arterial, com ruptura e perda de fibras de elastina, depósito de cálcio e colágeno, espessamento da parede vascular. O depósito de placas ateroscleróticas na região dos seios carotídeos e arco da aorta diminuem a sensibilidade dos barorreceptores, sendo responsáveis pela maior variabilidade da pressão arterial sistólica (PAS) representando uma das causas da redução dos reflexos, que o predispõe à hipotensão ortostática. A resposta do sistema beta-adrenérgico diminui em decorrência da redução da sensibilidade dos receptores, com aumento da norepinefrina plasmática e maior variabilidade pressórica. O sistema renina-angiotensina-aldosterona também sofre modificações: a atividade plasmática da renina se torna mais baixa. Há redução do fluxo sanguíneo renal, do ritmo de filtração glomerular e da depuração de creatinina, com diminuição da capacidade purificação renal. Ocorre menor atividade da bomba de sódio-potássio, o que ocasiona o aumento da concentração de sódio e cálcio intracelular, elevando a resistência vascular periférica (GUYTON, 2017).

É caracterizada por pressão arterial sistêmica alta, com base em várias medições. A HA é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mm/hg ou a pressão diastólica de 90 mm/Hg ou superior. A elevada prevalência desta condição clínica e as devastadoras consequências atribuídas ao não adequado controle da pressão arterial estão bem documentadas e inclui a ocorrência



de morte prematura. A repercussão desses dados e a perspectiva do controle da elevação da pressão arterial, através de trama terapêutica bem aplicada, justifica a alta prioridade que deve ser dada à sua detecção pelos médicos, tanto os clínicos gerais como os especialistas. A hipertensão é um dos fatores mais prevalentes e poderosos para doenças cardiovasculares, a principal causa de morte nos Estados Unidos. Ocorre, em média durante o envelhecimento, um aumento sistólico de 20 mm/Hg e um aumento diastólico de 10 mm/Hg na pressão arterial dos 30 aos 65 anos (LUMA, 2011).

Uma ferramenta importante no diagnóstico da HA é a monitorização ambulatorial da pressão arterial (MAPA) que é um método de avaliação por meio de um equipamento automático pouco invasivo, com medidas programadas para aferição da PA. É um exame seguro e com raras complicações. A MAPA permite obter valores da pressão arterial nas 24 horas, já tendo sido demonstrado que os valores obtidos fora do consultório, pela auto medida da PA, são inferiores. Com isso, existe uma correlação mais exata entre as medidas da MAPA com a morbimortalidade cardiovascular que as medidas de consultório (ALOYRA, 2008).

Outro método é a Medida Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é método destinado a fazer registro da PA pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal durante o período de vigília ou por um longo período de tempo, obedecendo a um protocolo previamente estabelecido e normatizado. Não deve ser confundida com a auto medida da PA (AMPA), que é registro não sistematizado e realizado a pedido do médico ou por decisão do próprio paciente. A MRPA fornece informações úteis sobre os níveis da PA e o seu comportamento fora do ambiente de consultório, em diferentes momentos. As medidas de PA obtidas pela MRPA apresentam melhores correlações com lesões de órgãos-alvo e prognóstico de eventos cardiovasculares (CV) que as obtidas por meio de medidas casuais. Além disso, é, em geral, bem aceita pelos pacientes e tem custo acessível (ALOYRA, 2008).

Com o surgimento de equipamentos automáticos digitais de diversas marcas, procedências e preços tem propiciado nova informação dos valores da PA denominada de automedida da PA (AMPA). Diferente da monitorização residencial da pressão arterial (MRPA), a AMPA pode ser realizada com qualquer equipamento, pelo próprio paciente, em casa, e não obedece a nenhum protocolo preestabelecido. A AMPA pode ajudar o médico a suspeitar de hipertensão, embora não seja um processo confiável (McKAY *et al.*, 2006).

Diante disso, existem os conceitos de Hipertensão Mascarada (HM) e Hipertensão do Jaleco Branco (HJB). A primeira é caracterizada por níveis pressóricos normais dentro do consultório, mas com níveis inaceitáveis em medidas residenciais. O segundo se caracteriza pela elevação da PA mediante aferição ambulatorial, sendo que os níveis de pressão se mantêm normais fora de tal ambiente. Entender tais conceitos é importante na prática clínica, pois evita terapêuticas desnecessárias e diagnósticos equivocados (ALOYRA, 2008).

#### **5.4 Diabetes mellitus**

A OMS define a DM como uma síndrome multifatorial, ocasionada pela falta de insulina ou alteração funcional da insulina caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, visão turva e perda ponderal (ERIKSSON, 2008).

O DM atinge em escala mundial inúmeras pessoas de qualquer condição social. Tal moléstia representa um problema pessoal e de saúde pública com grandes proporções quanto à magnitude e à transcendência, apesar dos progressos no campo da investigação e da atenção aos pacientes acometidos (ERIKSSON, 2008).

A prevalência de DM no Brasil é comparável à dos países mais desenvolvidos, onde é considerado um grande problema de saúde (SARTORELLI *et al.*, 2001).

Ensaio clínicos randomizados, no entanto, têm demonstrado que pacientes diabéticos mantidos em condições de controle clínico e metabólico apresentam retardo na progressão de complicações e desfechos catastróficos (CAMPBELL, 2000).

Segundo o MS a atenção básica deve ser a trama preferencial para atuação no controle do DM no Brasil, permitindo o emprego da universalidade e da integralidade, para tanto é necessário o saber da realidade da população. Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) permitem a avaliação incessante da situação de saúde da população e dos produtos das ações praticadas. Nesse contexto, surgiu em 1988 o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) (SILVA; LAPREGA, 2005).

O termo “diabetes mellitus” (DM) importa a um transtorno metabólico de etiologias diversas determinadas por hiperglicemia, intolerância à glicose e problemas no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por imperfeições da secreção

e/ou da ação da insulina. A atividade física é um fator fundamental do tratamento do diabetes, e contribui para recuperar a QV do portador de DM e controle glicêmico, além de melhora da função cardiovascular. Mais ainda, atuando preventivamente e enraizando um programa de atividade física, dieta equilibrada, assistência médica pode-se reduzir significativamente a incidência do DM tipo 2 e complicações. O risco de DM2 aumenta proporcionalmente ao índice de massa corporal (IMC), e, ao reverso quando aumenta a intensidade e/ou a duração da atividade física, esse risco diminui. Tal como ocorre em pessoas não diabéticas, a prática regular de exercício pode produzir benefícios a breve e longo prazo (LIBERATORE JR; DAMIANI, 2006).

Denomina-se pé diabético um estado fisiopatológico complicado, caracterizado por lesões nos pés da pessoa com DM e ocorrem como consequência de doença vascular e de deformidades cujas lesões e frequentemente se complicam com gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização as quais podem resultar em amputação do membro acometido. Aproximadamente 50% das amputações não-traumáticas em membros inferiores ocorrem entre pessoas portadoras de DM. As amputações são precedidas por úlceras, que podem estender-se até a derme ou chegar a tecidos mais profundos. As úlceras, geralmente, são acompanhadas de perda da sensibilidade por neuropatia periférica crônica e associadas a pequenos traumas que se originam do uso de calçados inapropriados, dermatoses comuns ou manipulações incorretas dos membros inferiores. Diante disso, observa-se que o manejo dos pés da pessoa com DM é complexo, pois exige colaboração e responsabilidade tanto dos pacientes, como dos profissionais, para rastrear os problemas (OCHOA-VIGO; PACE, 2005).

## **5.5 Adesão ao Tratamento**

As mudanças no perfil de morbidade e mortalidade no Brasil não têm ocorrido como nos países denominados de Primeiro Mundo. Motivado por mudanças sociais, demográficas e econômicas ocorridas nos últimos anos, ao lado de políticas sociais redistributivas mal fundamentadas, o Brasil, além de não conseguir se livrar do flagelo das doenças infecciosas, experimentou um avanço importante das doenças crônico-degenerativas (GOULART, 2011).

Embora pesquisadores relacionem adesão ao tratamento com adesão à medicação, esse termo se refere a numerosos outros comportamentos inerentes à saúde que vão além do simples seguimento da prescrição de medicamentos e envolve aspectos referentes ao sistema de saúde, fatores socioeconômicos, além de aspectos relacionados ao tratamento, paciente e à própria doença (SHIN, 2018).

Existem muitas terminologias utilizadas como sinônimos para adesão como aderência, observância, complacência, fidelidade e *compliance*. *Compliance* seria a “obediência participativa, ativa, do paciente à prescrição médica”, entendendo-se por prescrição não apenas de medicamentos, mas também de todos os demais cuidados ou providências recomendadas pelo médico ou outro profissional de saúde. É um dos termos usados pelos autores no idioma inglês que se refere ao estudo do relacionamento médico-paciente e todos os aspectos que influenciam a confiança no tratamento e o correto cumprimento da prescrição médica (RICHARD; COAST; PETERS, 2003).

Vários fatores podem influenciar na adesão ao tratamento e podem estar relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e autoestima); ao tratamento dentro do qual engloba-se a QV (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera versus tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (BEDELL *et al.*, 2000).

A adesão é crucial no tratamento medicamentoso de doenças crônicas como a HAS e DM, visando o controle e a prevenção de complicações. No entanto, a determinação da adesão de pacientes ao tratamento medicamentoso precisa ser analisada em âmbito geral e singular, considerando que sua compreensão está associada ao estudo sistemático dos processos que devem presidir o estudo dos processos estruturais da sociedade, os perfis sociais das diferentes classes que constituem o âmbito particular, a compreensão integral de fenômenos biológicos e comportamentais que compõem os padrões de saúde de tais grupos e de seus indivíduos, que constituem o aspecto singular (BREILH, 2006).

Com isso, a relação médico-paciente deve ser a base de sustentação para o sucesso do tratamento. A participação de vários profissionais da área da saúde pode facilitar a adesão ao tratamento e conseqüentemente aumentar o controle (GUSMAO, 2009).

## 5.6 Dados Antropométricos

Antropometria é a medida das dimensões corporais. As medidas antropométricas mais empregadas na avaliação do estado nutricional são: altura, peso, circunferências, e dobras cutâneas. A antropometria apresenta as seguintes vantagens: metodologia não invasiva, execução simples, baixo custo e alta confiabilidade (SANTOS; SICHIERI, 2005).

A RCQ é calculada dividindo-se a medida da circunferência da cintura em centímetros pela medida da circunferência do quadril em centímetros. Um valor alto denota maior risco. Quanto menor o significado da relação, melhor. (BRASIL, 2016).

A avaliação do estado nutricional de adultos requer o conhecimento das reservas energéticas e da massa metabolicamente ativa dos indivíduos sendo avaliados, o que se obtém através da avaliação da composição corporal (CC). Existem vários métodos para a avaliação da CC e mesmo os mais simples necessitam de treinamento especializado (LEE, 2008).

Nesse sentido, o Índice de Massa Corporal (IMC) é a relação entre massa corporal em quilogramas e a estatura em metros. Esta relação tornou-se muito popular na avaliação nutricional de adultos e sendo chamada por alguns também de índice de *Quételet* em homenagem a seu criador. Apesar de não indicar a composição corporal, a facilidade de sua mensuração e a grande disponibilidade de dados de massa corporal e estatura, além da sua relação com morbimortalidade, parecem ser motivos suficientes para a utilização do IMC como indicador do estado nutricional em estudos epidemiológicos em associação a outras medidas antropométricas, até que metodologias de campo, que expressem a composição corporal sejam desenvolvidas para estudos epidemiológicos (HAJIRA, 2017).

Vale enfatizar a importância de que o prontuário seja utilizado como ferramenta no controle da hipertensão arterial, sendo indispensáveis, além da anotação do registro da pressão arterial, as medições antropométricas dos usuários.

O prontuário é um documento importante para acompanhamento de parâmetros antropométricos, sendo assim, é de elevada importância o registro de tais dados e a alimentação com dados atualizados em próximas e sucessivas consultas (ARAUJO; PAES, 2013).

A análise da relação entre HAS e valores antropométricos de gordura corporal (IMC) e abdominal (PC, RCQ) mostrou que todos os indicadores apresentaram relação com a hipertensão. Para os homens, o IMC é o indicador que mais fortemente se associou à hipertensão arterial. Para as mulheres, todos os indicadores se associaram (MUNARETTI *et al.*, 2011).

Os índices antropométricos dos indivíduos adeptos ao programa hiperdia de Inhumas-Goiás revelou elevada prevalência de excesso de peso, evidenciando maior risco para complicação da HAS e DM (CUNHA *et al.*, 2012).

## **6 PLANO DE INTERVENÇÃO**

A presente proposta refere-se ao problema priorizado “alto índice de pessoas com HAS e DM”, para o qual se registra uma descrição do problema, a explicação e a seleção de seus nós críticos, embasada de acordo com a metodologia do PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

### **6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)**

A HAS e DM são doenças prevalentes entre os pacientes atendidos pela UBS Marambainha, estando associadas ainda a complicações mais graves. O tratamento de tais agravos à saúde é realizado com medidas farmacológicas e não farmacológicas. A adesão ao tratamento é de fundamental importância para o correto controle da glicemia e níveis pressóricos, no entanto é perceptível que o tratamento não é realizado como idealizado.

### **6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)**

Após diagnóstico de HAS e DM é instituído tratamento farmacológico padrão além de aconselhamento à adesão de práticas de atividade física, dieta e bons hábitos. No entanto, os pacientes se limitam ao uso dos medicamentos, deixando de lado as mudanças de hábito que possuem maior poder modificador do curso das doenças supracitadas. É sabido que o sedentarismo é um dos pilares para diversas síndromes metabólicas que culminam em HAS e DM, além de outras morbidades não menos importantes. Por isso entende-se que a implementação de boas práticas de vida é crucial para o melhor controle dessas doenças.

### **6.3 Seleção dos nós críticos**

A identificação das causas de um problema é o início para a sua resolução ou controle. Através de uma avaliação detalhada é possível identificar entre as várias causas, quais devem ser combatidas para melhor tratamento. Os nós críticos do presente plano de intervenção foram identificados a partir dos fatores de risco mais

frequentes entre os pacientes hipertensos e diabéticos são: o sedentarismo e a dieta não adequada. Em conjunto influenciam na progressão da elevação da HAS DM.

#### 6.4 Desenho das operações e Identificação dos Recursos Críticos

**Quadro 3** - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “hábitos de vida”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família, do município Carai, estado de Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	O sedentarismo e a dieta não adequada
<b>Operação</b> (operações)	Criar campanhas de conscientização acerca das complicações da HAS e DM. Além disso, introduzindo práticas coletivas de atividades físicas aeróbicas;  Orientar dieta saudável
<b>Projeto</b>	<b>Movimento Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhora do entendimento de HAS e DM pelos usuários do sistema público de saúde local, além de melhora na PA, níveis glicêmicos, redução nas medidas de cintura e quadril.
<b>Produtos esperados</b>	Campanhas em mídias sociais e rádio local continuamente, melhora da HAS, DM, medidas de cintura/quadril, níveis glicêmicos e peso.
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Informações prévias dos parâmetros analisados, formulação de estratégia de ação.  Financeiro: gastos com recursos audiovisuais.  Político: Apoio intersetorial.
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo: Buscar a melhor forma de cativar público para a ação.  Político: Articular em prol da saúde pública.  Financeiro: Recursos humanos, técnicos e operacionais.
<b>Controle dos recursos críticos</b>	Secretaria da Saúde.
<b>Ações estratégicas</b>	Apresentar o projeto e seus benefícios.



<b>Prazo</b>	Mobilização das atividades mensais com 1 hora de duração por dia.
<b>Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações</b>	Médico e enfermeiro.
<b>Processo de monitoramento e avaliação das ações</b>	Verificação dos indicadores de HAS, DM, medidas de cintura/quadril, peso, IMC,

**Fonte:** Autoria Própria (2019).

## 6.5 Análise da viabilidade dos Planos

A nossa equipe de saúde possui uma característica fundamental: união. Através dela é possível realizar com fluidez diversas tarefas em prol de nosso objetivo, embora a dificuldade de obtenção de recursos críticos.

### Quadro 4 - Viabilidade

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Realização de projeto operativo	<b>Estrutural:</b> Posto, sala de reuniões, equipamento diagnóstico de rastreamento (laboratorial)  <b>Cognitivo:</b> Reconhecer e entender a necessidade de	Prefeitura de Carai-MG (Secretaria de Saúde)  Equipe	Cognitiva	Apresentação de ações educativas e rastreamento de fatores de risco para HA e DM

	mudanças de hábito de vida  <b>Financeiro:</b> Aquisição de material, panfletos educativos, e material diagnóstico (laboratorial ou clínico)  <b>Político:</b> Obtenção de apoio para realização das atividades.			
--	---	--	--	--

## 6.6 Plano Operativo

Os objetivos incluirão:

- Alertar/Educar a sociedade acerca de fatores de risco modificáveis e diagnóstico precoce.
- Facilitar o entendimento da prevenção de comorbidade relacionados com hipertensão com medidas simples.
- Realizar uma busca de fatores de risco para lesões de órgão-alvo, avaliar as metas de controle pressórico, glicêmico e antropométrico.
- Quantificar o número de pacientes portadores de HAS e DM na comunidade e facilitar o planejamento das atividades.
- Educar a comunidade acerca de medidas medicamentosas e não medicamentosas.

### Quadro 5 - Planejamento das ações

Desafios	Ações	Resultados esperados	Recursos necessários
----------	-------	----------------------	----------------------

Localizar famílias com fatores de risco para hipertensão e DM	Identificar os hipertensos no bairro Identificar Diabéticos Identificar famílias com fatores de risco para hipertensão Formação de grupos para controle de HA e DM Formação de Grupos para realização de atividades físicas	Famílias conscientizadas e comprometidas com a saúde Grupos operativos em escolas, igrejas e afins Maior participação da UBS em projetos sociais	<b>Organizacional</b> – Contatos individuais, organizacionais com formação de grupos, e reuniões e parcerias. <b>Cognitivos</b> – informação individual e coletiva em relação aos temas e estratégias de divulgação e comunicação. <b>Financeiros</b> - para atividades promocionais
---	---	--	--

## 6.7 Proposta de intervenção

Priorizamos na proposta de intervenção a HAS e DM pela elevada relevância e capacidade de enfrentamento. Para o estabelecimento de práticas de intervenção precoce dos fatores predisponentes à HAS e DM, sejam elas modificáveis ou não para a prevenção de agravos e melhora da QV da população. O projeto envolverá toda equipe em intervenção educativa, atividades à nível familiar, consultas e grupos colaborativos e o monitoramento de casos diagnosticados. Por um período de monitoramento constante para a fixação da inserção dos novos hábitos de vida.

## 6.8 Plano operativo de projeto de intervenção

Será realizada intervenção em múltiplos níveis, durante as consultas, visitas domiciliares, campanhas de conscientização em igrejas, creches, escolas e meios sociais afins. As atividades se basearão no estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis,

importância da adesão correta à terapêutica medicamentosa além do acompanhamento dos parâmetros antropométricos relativos às doenças em questão.

#### Quadro 7: Projeto de Intervenção

<b>Ação</b>	<b>Resultados esperados</b>
Marcação de reunião entre representantes da secretaria de saúde, de educação, direção escolar e equipe PSF.	Apresentação do projeto para conseguir o apoio necessário para executá-lo.
Criação de grupos de pacientes diabéticos e hipertensos	Promover reeducação acerca de hábitos de vida saudáveis
Desenvolvimento de campanhas de conscientização em redes sociais e rádio	Disseminar na comunidade boas práticas de vida
Controle clínico dos pacientes atendidos pela EFS Marambainha	Realizar acompanhamento da evolução dos pacientes e melhoria dos parâmetros analisados.
Palestras educacionais em ambientes sociais (Igrejas, escolas)	Atingir a população fora da UBS

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer a realidade situacional da área de abrangência do ESF Marambainha com relação aos fatores de risco e as complicações da HAS e DM, constatando uma realidade não muito diferente da brasileira representada pelos estudos de revisão da literatura.

Foi possível também perceber o despreparo da equipe em lidar com a questão e a importância que existe de preparar aos profissionais que a compõem para dar apoio necessário aos pacientes com esta doença.

Atenção Primária à Saúde (APS) é um importante setor responsável por atividades de prevenção e promoção à saúde. Portanto, possui um papel importante de responsabilidade na identificação dos problemas da comunidade e na realização de ações de prevenção.

Propor mudanças nos hábitos de vida individuais em uma comunidade é uma tarefa árdua, consiste em reprogramar velhos hábitos em práticas saudáveis. Mediante o atual estudo, observa-se que o combate à HAS e DM dependem de ações organizadas e estruturadas. A promoção à saúde é evidentemente a chave naquilo que se entende por prevenção.

Com base no trabalho proposto, concluiu-se que:

- A HAS e A DM têm elevada incidência na área de cobertura da equipe no município;
- Para reduzir o agravo da situação é necessário levar conhecimento e educação aos pacientes e suas famílias;
- Será necessário enorme envolvimento e dedicação da equipe do PSF no sentido de mobilizar a comunidade, dando início ao movimento em a favor da mudança de hábitos;
- A divulgação das propostas e atividades é de extrema importância para o projeto;
- É necessária a articulação de diferentes setores sociais, com diferentes estratégias de manejo governamentais e não governamentais para a implementação das ações conjuntas;
- É importante o registro dos dados referentes à evolução clínica dos pacientes no prontuário como ferramenta de controle;

- A assistência continuada e constante é fundamental para o sucesso da proposta de intervenção;
- O apoio de líderes políticos é fundamental para as atividades da equipe.

Enfim, esta proposta de intervenção, prevê medidas simples, voltadas para a melhoria de ações ofertadas e considera que o envolvimento e o compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis por essa prática, principalmente a equipe multiprofissional do ESF Marambainha, diretamente envolvida, no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento de qualidade para esse público.

## REFERÊNCIAS

ALOYRA, G. G. Hipertensão do avental branco e sua importância de diagnóstico. **Rev Bras Hipertens**, v.15, n.1, p.46-50, 2008.

ANDRADE L. M. *et al.* Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 783-836.

ARAÚJO, I. M. de; PAES, N. A.. Qualidade dos dados antropométricos dos usuários hipertensos atendidos no Programa de Saúde da Família e sua associação com fatores de risco. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 22,n. 4,p. 1030-1040, Dec. 2013

BARBOSA, R. B. Adesão ao Tratamento e Controle da Pressão Arterial em Idosos com Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**. v.99, n.1, p. 636-641,2012

BEDELL, S. E. *et al.* Discrepancies in the use of medications: their extent and predictors in an outpatient practice. **Arch Intern Med**. v.160, p. 2129–34, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas de promoção à saúde**. Brasília: Ministério; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília (DF): MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CAMPBELL, W. I. Metformin and The United Kingdom Prospective Diabetes Study: A Commentary. **Arq Bras Endocrinol Metab** v. 44,n. 2,p. 121-124, Apr. 2000.

CARAÍ. Prefeitura Municipal de Caraí. Acesso em 14/05/2019. Disponível em: <https://carai.mg.gov.br>.

CONASS. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília; 2011.

CUNHA, R.M. *et al.* Nível de atividade física e índices antropométricos de hipertensos e/ou diabéticos de uma cidade do Brasil. **Rev. salud pública**. v.14, n.3, p. 429-437, 2012.

ERIKSSON, M. A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. **Health Promotion International**, v. 23, Issue 2, p. 190–199, June 2008

ESCOREL, S *et al.* **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Atenção Básica de Saúde; 2002.

FÁBIO L. M. Atividade física: impacto sobre a pressão arterial. **Rev Bras Hipertens** v.17 n.2, p., 103-106, 2010.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>.

FERREIRA, S. G. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Cienc. Cult.** São Paulo v. 62,n. 4,p. 31-33,Oct. 2010

GIOVANNELA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública** v.34, n.8, p. e00029818, 2018

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios para os sistemas de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde, 2011.

GUSMAO, L. J. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev Bras Hipertens** v.16,n. 1, p. 38-43, 2009.

GUYTON, *et al.* **Tratado de fisiologia médica**.13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

HAJIRA, B. Effect of dietary counselling on the nutritional status of end-stage renal disease patients. **J Pak Med Assoc.** v.67, n. 9, p.1327-1330, Sep, 2017

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Brasília, [online], 2018 Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

LEE, S. Y. Assessment methods in human body composition. **Curr Opin Clin Nutr Metab Care.** v.11, n. 5, p. 566–572, 2008

LESSA, I. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev Bras Hipertens** v.8, p. 383-92, 2001.

LIBERATORE JR, R.D. R.; DAMIANI, D. Bomba de infusão de insulina em diabetes melito tipo 1. **J. Pediatr.** (Rio J.) v. 82,n. 4,p. 249-254, 2006.

LUMA, A. Relationships between Obesity and Cardiovascular Diseases in Four Southern States and Colorado. **J Health Care Poor Underserved.** v.22, n.(4 Suppl), p. 61–72, 2011 ;



MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, v.3, n.2, p. 371-396, 2005.

McKAY, D. W. *et al.* Masked hypertension: a common but insidious presentation of hypertension. **Can J Cardiol.** v.22, n. 7, p. 617-20, 2006

MRPA. III Diretrizes Brasileiras de Monitorização Residencial da Pressão Arterial. **Rev Bras Hipertens**, v.18, n.1, p.18-25, 2011.

MUNARETTI, D. B. *et al.* Hipertensão arterial referida e indicadores antropométricos de gordura em idosos. **Rev Assoc. Med. Bras.** São Paulo , v. 57,n. 1,p. 25-30, Feb. 2011

NEDER, M.M.; BORGES, A. A. N. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: o que avançamos no conhecimento de sua epidemiologia? **Rev Bras Hipertens.** v.13, n. 2, p.126-133, 2006.

OCHOA-VIGO, Kattia; PACE, Ana Emilia. Pé diabético: estratégias para prevenção. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 18,n. 1,p. 100-109, Mar. 2005.

OLIVEIRA, M.C. PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília,v. 66,n. spe,p. 158-164, Sept.2013

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23,n. 6,p. 1903-1914, June 2018

RIBEIRO, A.G. COTTA, R.M. RIBEIRO, S.R. A promoção da saúde e a prevenção integrada dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Ciênc. saúde coletiva** vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2012.

RICHARDS, S. H.; COAST, J.; PETERS, T. J. Patient-reported use of health service resources compared with information from health providers. **Health Soc Care Community.** v.11, n. 6, p. 510-8, 2003

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de Massa Corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev Saúde Pública.** v. 39,n. 2,p. 163-168, Apr. 2005

SARTORELLI, D. S. *et al.* Intervenções nutricionais para prevenção do diabetes tipo 2 em adultos com sobrepeso: Dados preliminares. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.45, p.560, 2001.

SHIN, H. Y. Targeting Super-Enhancers for Disease Treatment and Diagnosis. **Mol Cells.**v.41, n.6, p. 506-514. Jun 2018

SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Publica** Rio de Janeiro , v. 21,n. 6,p. 1821-1828, 2005

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

WAJNGARTEN, M. O Coração no Idoso. **Jornal Diagnósticos em Cardiologia** Ano 13, n. 43, p.1-9, 2010.

YOUNG, M. J. ADLER, G.K. Aldosterone, the Mineralocorticoid Receptor and Mechanisms of Cardiovascular Disease. **Vitamins and Hormones**. v. 109, p. 361-385, 2019.