

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

**HENRIQUE ALVES COSTA AFONSO**

**CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO NA SALA DE ESPERA  
CONTRA DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
projeto de intervenção na unidade centro de Brumadinho-MG**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS  
2015**

**HENRIQUE ALVES COSTA AFONSO**

**CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO NA SALA DE ESPERA  
CONTRA DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
projeto de intervenção na unidade centro de Brumadinho-MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS  
2015**

**HENRIQUE ALVES COSTA AFONSO**

**CAMPANHA DE CONSCIENTIZAÇÃO NA SALA DE ESPERA  
CONTRA DIABETES *MELLITUS* E HIPERTENSÃO ARTERIAL:  
projeto de intervenção na unidade centro de Brumadinho-MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em 6/01/2015

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus pais Renata e Vinícius, minhas irmãs Paula e Vivian, e minha companheira de vida Maria Clara meu muito obrigado pelo apoio em tudo que faço na minha vida. Agradeço também aos ensinamentos e troca de conhecimentos estimulados pela minha orientadora Maria Rizioneide Negreiros de Araújo.

## RESUMO

O município de Brumadinho-MG, mais especificamente, a Unidade Básica de Saúde Centro da cidade, possui prevalência expressiva de casos de hipertensão (73,4% do total de doenças visualizadas) e diabetes *mellitus* (23,3% do total de doenças visualizadas), principalmente entre pacientes da faixa etária que compreende entre 20 e 39 anos, assim como os que excedem a idade dos 40. Em função disso, e da observação da permanência dos pacientes há um tempo considerável nas filas de espera. Este trabalho teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção que viabilize campanha de conscientização em sala de espera, em relação a diabetes *mellitus* e hipertensão arterial na UBS Centro de Brumadinho-MG. Foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de buscar as evidências já existentes na literatura sobre o problema selecionado. A elaboração do projeto de intervenção seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional onde foram considerados os problemas de maior relevância social e feito a proposta do plano de ação, bem como o planejamento das ações a serem desenvolvidas no curto e médio prazo.

**Descritores:** Hipertensão. Diabetes *Mellitus*. Educação em Saúde. Estratégia Saúde da Família.

## ABSTRACT

The municipality of Brumadinho, Minas Gerais, more specifically, the Basic Health Unit city center, has a significant prevalence of hypertension cases (73,4% of displaying disease) and diabetes mellitus (23.3 % of displaying diseases), especially among patients age between 20 and 39 years, as well as exceeding the age of 40 as a result, and observation of consistent considerable time in patients on waiting lists. This study aimed to develop an intervention project that enables awareness campaign in the waiting room, for diabetes mellitus and hypertension in UBS Brumadinho-MG Center. A literature review with the purpose of searching the existing evidence in the literature on the selected issue was held. The preparation of the intervention project followed the steps of the Situational Strategic Planning where we considered the issues of greatest social importance and made the proposal of the action plan and the planning of actions to be developed in the short and medium term.

**Descriptions:** Hypertension, Diabetes Mellitus, Health Education. Family Health Strategy.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>12</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>13</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>17</b>
2.1 Doenças Crônicas – Magnitude do Diabetes <i>Mellitus</i> e da Hipertensão Arterial .....	19
<b>3 OBJETIVOS.....</b>	<b>21</b>
3.1 Geral .....	21
3.2 Específicos.....	22
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>22</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>23</b>
5.1 Rastreamento .....	24
5.2 Diabetes <i>Mellitus</i> .....	28
5.3 Hipertensão arterial.....	30
5.4 Educação em saúde.....	31
5.5 Estratégia de Saúde da Família.....	32
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>33</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>47</b>

### 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Brumadinho-MG possui 33.973 habitantes em uma área que abrange 639,434 km<sup>2</sup>, sendo 84% urbana e de densidade demográfica de 53,13hab/ km<sup>2</sup>. Ainda segundo o IBGE (2010), o município apresenta o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,70 e seus sub-índices, educação, longevidade e renda de 0,69, 0,77 e 0,63, respectivamente. Seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$5730,51/hab, com ano de referência de 1995, sendo este, sendo superior ao alcançado pelo estado de Minas Gerais, que é de R\$2893,57/hab. Em relação à

intensidade de indigência e pobreza, os índices do município no ano 2000 chegaram aos valores de 24,64% e 34,3%, respectivamente (IBGE, 2010).

A cidade é representada numericamente por 26 (vinte e seis) estabelecimentos públicos e nove estabelecimentos privados (IBGE, 2010). A alocação de profissionais e a prestação de serviços pelo Programa Saúde da Família são realizadas por 13 (treze) equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), 13 (treze) médicos nas equipes, seis cirurgiões dentistas nas equipes, 13 (treze) enfermeiros e 74 (setenta e quatro) agentes de saúde (DATASUS, 2014). Mais especificamente, o número de profissionais disponíveis na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Brumadinho-MG é proporcional à comunidade em atendimento na região zoneada, sendo realizado por um médico, um cirurgião dentista, um enfermeiro, três técnicos de enfermagem, cinco agentes Comunitários de Saúde e um auxiliar de serviços (DATASUS, 2014).

O trabalho realizado pela equipe de saúde no turno matutino restringe-se ao atendimento de demanda espontânea – responsável pelo maior nível de requisição em assistência prestada na UBS – e onde se visualiza a formação de filas de espera para atendimento. Já o vespertino destina-se a realização de atividades planejadas, tais como visita da equipe de saúde da família, exames de pré-natal e puericultura, atestado médico para realização de atividade física, leitura de exames laboratoriais e alocação de população rural para atendimento. As consultas programadas são realizadas a cada 30 minutos e atende plenamente às necessidades da comunidade.

A UBS Centro de Brumadinho-MG indica a prevalência de casos de hipertensão (73,4% do total de doenças visualizadas) e diabetes (23,3% do total de doenças visualizadas) é expressiva, especialmente entre pacientes da faixa etária que compreende entre 20 e 39 anos, assim como os que excedem a idade dos 40 anos (BRASIL, 2014).

Revela-se, portanto, a necessidade de abrangência do trabalho da UBS em relação a essas doenças, através do direcionamento de estudos e melhorias de condições de atendimento e conscientização da comunidade atendida. Assim, dentro da escala



de prioridade para resolução de problemas da referida UBS, o desenvolvimento de campanhas de conscientização em filas de espera revela-se ideal devido sua necessidade de aplicação e capacidade de implementação rápida do método.

Paralelamente, o IBGE (2011) afirma que nos municípios onde as Unidades de Saúde Básica estão bem implantadas, com equipes capacitadas e dispendo de estrutura física e equipamentos adequados implicam em diminuição do número de mortes de crianças por causas evitáveis, o aumento da quantidade de gestantes que chegam saudáveis e bem-informadas ao parto. Além disso, verificam-se a melhora a qualidade de vida dos idosos e de índices de vacinação, o diagnóstico e tratamento de diagnóstico de hipertensos e diabéticos, a identificação e assistência a casos de tuberculose e hanseníase e a diminuição de filas para atendimento nos hospitais da rede pública de saúde (IBGE, 2011).

Em adição, para King, Aubert e Herman (1998) a prevalência de doenças crônicas, em termos de saúde pública - especialmente diabetes *mellitus* e hipertensão arterial -, tem aumentado significativamente e torna-se fator preocupante e incisivo nas constatações de outros quadros clínicos. Tal fato é resultante de transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas desenvolvidas a partir do século XX. Conseqüentemente, esta condição incorre em gastos elevados aos sistemas de saúde pública. Neste cenário, presume-se que até 2020 aproximadamente cerca de 70% da carga de doenças será justificada por doenças crônicas não transmissíveis' em que se sugere a inserção de tratamentos medicamentosos ou não (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON-HILL , 2002).

Pretende-se, portanto, apresentar um projeto de intervenção voltado para campanha de conscientização em sala de espera, mais especificamente ao atendimento de demanda espontânea, contra diabetes e hipertensão na UBS Centro do município de Brumadinho-MG. No município não se verifica o uso de tais programas para conscientização da população. Os índices são representativos e a implementação das ações construirá um cenário com expectativa de melhora em índices locais e de conscientização da população atendida. A aplicação do método pressupõe um aproveitamento do tempo de espera do paciente na UBS para campanhas de esclarecimento de saúde pública.

## **2 JUSTIFICATIVA**

De acordo com o DATASUS (2013), os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) revelam informações sobre as famílias cadastradas. Trata-se de cerca de 59% da população brasileira, ou seja, de 33,1 milhões de famílias brasileiras que representam 114,4 milhões de pessoas – sobre o percentual populacional com diabetes e hipertensão. O cálculo é feito ao dividir o número de casos atuais (de acordo com a condição relatada pela família sem necessariamente precisar da comprovação por diagnóstico), pelo total de pessoas abrangidas pelas famílias cadastradas no SIAB (DATASUS, 2013).

Concluiu-se que em relação aos portadores de diabetes existem 2.136 casos em Minas Gerais e 410.375 no Brasil, representando 2,9% e 2,3% em percentuais, respectivamente. Já para os casos de hipertensão, o Sudeste é a região com maior concentração relativa, representando 12,47% dos casos, dos quais o Estado de Minas Gerais lidera com 13,41% do índice regional (DATASUS, 2013).

Duncan e Schmidt (2004) ressaltam que a grande problemática em saúde no Brasil é determinada justamente pela hipertensão e pelo diabetes. Soma-se a essa condição o fato de que a cada ano duzentas mil pessoas passam a pertencer à faixa etária de sessenta anos anualmente no país – o que demanda maior capacidade do sistema de saúde em absorvê-la e assisti-la.

Paralelamente, em relação ao cenário epidemiológico, as doenças infecciosas correspondiam 46,0% das mortes em 1930, ao passo em que em 2003 foram responsáveis por apenas 5,0% da mortalidade, dando lugar às doenças cardiovasculares, aos cânceres, aos acidentes e à violência (DUNCAN e SCHMIDT, 2004). Ainda segundo esses autores, entre as principais causas da carga de doença no Brasil, em 1998, lideravam a diabetes, a doença isquêmica do coração, a doença cerebrovascular e o transtorno depressivo recorrente. Requisita-se, assim, a adoção de medidas inovadoras que venham a modificar o procedimento atual adotado pelo sistema de serviço de atenção primária em saúde – de modo a priorizar a assistências às condições crônicas (DUNCAN e SCHMIDT, 2004).

Segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), observam-se que, na faixa etária de 30 a 69 anos – população em plena fase produtiva - tais doenças ocasionaram 65% do total dos óbitos, ao passo em que dados do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) revelam que 40% das aposentadorias precoces são decorrentes das mesmas. Conseqüentemente, primar-se pela implementação de ações básicas de diagnóstico e controle, essencialmente no nível primário de atendimento na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se uma condição imprescindível para o controle dos principais fatores de risco – dos quais se destacam a hipertensão e o diabetes *mellitus* como relevantes agravos em cerca de 60 a 80% dos casos tratados na rede básica, com prevalência em aproximadamente 20% da população adulta (BRASIL, 2001).

Quanto aos casos atendidos na UBS Centro de Brumadinho-MG percebe-se que a predominância de casos de hipertensão (73,4% do total de doenças visualizadas) e diabetes (23,3% do total de doenças visualizadas) é relevante, em números e como fatores de risco para doenças mais alarmantes (BRASIL, 2014). Há maior prevalência de pacientes na faixa etária que compreende entre 20 e 39 anos, assim como os que excedem a idade dos 40 anos – vide tabela 1.

Quadro 1 – Faixa etária e sexo dos pacientes atendidos pela UBS Centro em Brumadinho-MG em 2014.

Cadastro de Famílias no ano de 2014											
Unidade Centro do município de Brumadinho-MG											
Sexo	Faixa Etária										
	< 1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	> 60	Total
Masculino	2	37	27	43	91	110	455	180	211	178	1334
Feminino	2	32	21	55	85	105	454	223	195	227	1399
Nº pacientes	4	69	48	98	176	215	909	403	406	405	2733

Fonte: Brasil (2014).

Quadro 2 – Doenças dos pacientes atendidos pela UBS Centro em Brumadinho-MG em 2014.

Faixa Etária	Álcool	D.Chagas	Diabetes	Hipertensão	Hanseníase	Malária
0 a 14 anos	0	0	4	1	0	0
15 anos ou mais	12	5	116	377	0	0

Fonte: Brasil (2014).

## 2.1 Doenças Crônicas – Magnitude do Diabetes *Mellitus* e da Hipertensão Arterial

O diabetes e a hipertensão predominam como fatores relevantes aos problemas de saúde pública em todos os países, independentemente de grau de desenvolvimento

dos mesmos. Trata-se de um resultado de transições demográficas, nutricional e epidemiológicas estabelecidas a partir do século XX que consolidaram as doenças crônicas como fatores preocupantes e incisivos nas constatações dos quadros clínicos (KING; AUBERT, HERMAN, 1998). Projeta-se que até 2020 cerca de 70% da carga de doenças será justificada por doenças crônicas não transmissíveis (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON-HILL, 2002).

Dentro desse contexto, em que a prevalência de casos de hipertensão e diabetes é de 73,4% e 23,3% do total de doenças visualizadas, respectivamente, percebem-se na UBS Centro de Brumadinho-MG condições comportamentais e culturais passíveis de mudança para a melhoria desse quadro. A resistência na mudança de hábitos - como a realização de exercícios físicos e dieta adequada -, bem como o baixo nível informacional quanto ao tratamento das doenças apresentam-se como agravantes e possíveis “nós críticos” a serem solucionados.

Portanto, a campanha de conscientização contra diabetes e hipertensão pode desenvolver ações estratégicas e produtos que agiriam diretamente na problemática - de forma a melhorar a condição de informação e os hábitos de vida da comunidade. Tal enfoque foi selecionado devido às condições de operacionalidade do serviço e pela capacidade efetiva de trabalho junto à população local. Essa preocupação foi identificada quando da realização do diagnóstico situacional da população da área de abrangência da UBS Central do município de Brumadinho, a partir da priorização dos problemas elencados.

### **3 OBJETIVOS**

#### 3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção que viabilize campanha de conscientização em sala de espera, em relação a diabetes *mellitus* e hipertensão arterial na UBS Centro de Brumadinho-MG.

### 3.2 Específicos

Levantar os recursos disponíveis, as ações estratégicas necessárias e o prazo de execução de modo a resultar em produtos projetados pela intervenção.

Promover ações persuasivas de conscientização aos pacientes que buscam atendimento por meio da demanda espontânea contra diabetes e hipertensão.

Levantar as possibilidades de ampliação da campanha de conscientização à outras doenças que acometem a população local.

## 4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram realizadas as seguintes etapas:

- Utilização dos dados pertinentes ao diagnóstico situacional realizado no território da Unidade onde foram elaborados os passos para a elaboração do plano de ação, de modo a se vincular projeções e planos, bem como os meios para sua execução e avaliação em saúde.
- Revisão bibliográfica para levantamento das evidências já existentes sobre objeto deste trabalho. A busca ocorreu nas revistas científicas de renome e destaque na área, nos manuais do Ministério da Saúde, bem como na análise documental de organizações de sala de espera.

Para a definição do presente trabalho, a busca de informações se deu através dos seguintes descritores:

Hipertensão.

Diabetes *Mellitus*.

Educação em Saúde.

Estratégia Saúde da Família.

## **5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**



De acordo com King, Aubert e Herman (1998), o diabetes *mellitus* é caracterizado como uma disfunção metabólica de natureza hiperglicêmica crônica decorrente da insuficiência de secreção de insulina, atividade da insulina ou em função de ambas as condições. Estudos revelam que o índice registrado em 1995 de pacientes com diabetes *mellitus* era de 4%, possuindo projeção de 5,4% da população adulta mundial para 2025, concentrando-se em países em desenvolvimento e na faixa etária compreendida entre os 45 e 64 anos (KING; AUBERT; HERMAN, 1998). Essa perspectiva, segundo Narayan *et al.* (2000), é justificada pela mudança dos estilos de vida mundiais – que decorrem em obesidade, sedentarismo e dieta rica em gorduras -, além de fatores comuns como história familiar que representam maiores riscos de desenvolvimento de diabetes ou tolerância diminuída à glicose.

Paralelamente, a World Health Organization (WHO, 2002) corrobora suas conclusões com as já obtidas em outros países, as quais demonstram que 46% dos diabéticos não conheciam o diagnóstico antes de serem testados. Além de incorrem em gastos elevados aos sistemas de saúde – que variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, já os diabéticos necessitam de no mínimo de 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não diabéticos -, é tratado como principal causa de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular em todo o mundo, incluindo doenças coronarianas, acidentes vasculares encefálicos além das complicações micro e macrovasculares (HAFFNER *et al.*, 1998; MORRISH *et al.*, 2001).

Além do diabetes *mellitus*, destaca-se como um problema comum a rede de saúde a hipertensão arterial, caracterizada alta prevalência em faixas etárias superiores - 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos, a partir da medida casual da pressão (FUCHS *et al.*, 1994). Apesar de não apresentar sintomas é tratada como um fator complicador a doenças cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (WHO, 2002).

## **5.1 Rastreamento**

De um modo geral, a promoção de saúde, a redução de risco e a detecção precoce de rastreamento de doenças dependem do cuidado integral ofertado na Atenção

Primária à Saúde (APS) mediante da Estratégia Saúde da Família. Os rastreamentos oportunos, mesmo diante da complexidade e do ambiente de atuação incerto, ocorrem através do cuidado clínico cotidiano – solicitado ou pelo paciente, ou pelo profissional ou pela demanda local. Cabe, portanto, o conhecimento do contexto de vida e sociocultural para uma abordagem efetiva em saúde.

Dessa forma, o rastreamento e a detecção precoce de doenças possuem papéis importantes nos cotidianos das equipes de saúde da família, especialmente na capacidade de se antecipar aos problemas locais e na previsibilidade de atendimento aos pacientes da comunidade em atendimento. Tesser (2006) e Starfield (2000) afirmam que ação preventiva possibilita um intenso processo de medicalização social capaz de gerar intervenções diagnósticas e terapêuticas excessivas que por muitas vezes são danosas. As práticas de intervenção, portanto, diminui as consequências do excessivo intervencionismo médico (GÉRVAS; STARFIELD; HEATH, 2008).

As práticas de rastreamento – exames ou testes - são efetuadas em pessoas saudas, o e garantem relevantes benefícios frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Os métodos de rastreamento são diversos e contemplam questionários, aparelhos portáteis para medir marcadores sanguíneos, exames de laboratório; estes são muito importantes para designar o estado de saúde da população com acesso ao sistema (ENGELGAU; NARAYAN; HERMAN, 2000). Ainda de acordo com Engelgau, Narayan e Herman (2000), no processo de rastreamento um exame positivo não é responsável por um resultado conclusivo; ele apenas seleciona pessoas com maiores predisposições de desenvolvimento de doenças específicas e as designam a testes confirmatórios.

O processo de rastreamento, de acordo com Engelgau, Narayan e Herman (2000) segue sete critérios:

1. Representatividade da doença em termos de saúde pública e prevalência local, considerando-se condições como magnitude, transcendência e vulnerabilidade;
2. O histórico natural ou o amplo conhecimento acerca do problema clínico;

3. Definição da existência do estágio pré-clínico (assintomático) a qual a doença possa ser bem diagnosticada;
4. A detecção e o tratamento precoce através de práticas de rastreamento são superiores aos métodos tradicionais de detecção;
5. A detecção clínica no estágio assintomático deve ser feita por exames disponíveis, aceitáveis e confiáveis;
6. Deve haver compatibilidade entre os custos de rastreamento e tratamento com o orçamento destinado ao sistema de saúde como um todo;
7. O processo de rastreamento deve ser contínuo e sistemático.

De acordo com Duncan; Schmidt; Giugliani (2004) as recomendações para ações em rastreamento com adultos são consolidadas pelo exame físico - àqueles com 18 anos ou mais - e exames complementares - como colesterol total, glicemia de jejum, mamografia, pesquisa de sangue nas fezes, HIV, enema baritado, colonoscopia, exames de próstata e Papanicolau.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Brumadinho-MG empreende o rastreamento mensal, juntamente com sua equipe de saúde da família, acompanhando a evolução dos quadros da comunidade. A ação é realizada de maneira agendada, organizada e sistematizada e compreende uma das assistências realizadas pela unidade. Isso possibilita a administração de medidas de monitoramento em relação aos aspectos comportamentais e à aderência aos tratamentos receitados.

A ação de rastreamento desenvolvida pela equipe de saúde aproxima-se das recomendações do manual do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), e tem apresentado resultados importantes na referida UBS, ao desenvolver ações moldadas às necessidades assentidas. No entanto, devido à prevalência de casos de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial entre os pacientes assistidos pela Unidade, visualiza-se que o atual programa desenvolvido pela equipe de saúde da família deve adequar-se a essas deficiências.

O rastreamento de diabetes é recomendado em adultos assintomáticos com pressão arterial maior que 135/80 mmHg. Não se enquadram no grupo critérios como

obesidade, história familiar nem faixa etária. Isso por que a prevalência da diabetes do tipo II está aumentando e representa uma faixa de 7% da população; a doença é responsável por causas de cegueira, doença renal e amputação, além de expor a uma elevação de índices de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares (BRASIL, 2010).

A partir de práticas de rastreamento, pode diminuir os indicadores de mortalidade e dos eventos cardiovasculares. Estudos evidenciam também que os danos de curto prazo devido ao rastreamento da diabetes são pequenos. Já para os efeitos de longo prazo, o rastreamento traduz em melhoras significativas no acompanhamento de saúde, além de condicionar em demandas programadas por exames e pelos serviços de saúde (STARFIELD *et al.*, 2008).

O exame é realizado através de glicemia de jejum de oito horas, e o seu resultado é interpretado através do nível glicêmico superior a 126 mg/dl. Em caso de repetição do exame e manutenção de resultados, as pessoas são diagnosticadas com diabetes *mellitus*. De um modo geral tem-se como meta para pessoas diabéticas o índice de hemoglobina glicosilada em torno de 7% - usualmente corresponde a uma glicemia de jejum menor que 140 mg/dL (BRASIL, 2010).

O processo de rastreamento é recomendado em adultos (acima de 18 anos) sem que necessariamente sejam hipertensos. O rastreamento se faz importante, pois a prevalência da doença influi em efeitos adversos na saúde, tais como mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. O intervalo de rastreamento recomendável é a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg (BRASIL, 2010).

Para a aferição ambulatorial, utiliza-se amplamente o esfigmomanômetro. A classificação de pressão arterial depende de níveis específicos de pressão sistólica e diastólica, assim como se encontra estratificado nos quadros 3 e 4, e vincula-se uma orientação quanto às reavaliações sistemáticas de acordo com essas aferições (BRASIL, 2010).

Quadro 3 – Estratificação dos níveis pressóricos.

<b>Classificação de PA</b>	<b>Pressão Sistólica mmHg</b>	<b>Pressão Diastólica mmHg</b>
Normal	< 120	e < 80
Pré-hipertensão	120-139	ou 80-89
HAS Estágio 1	140-159	ou 90-99
HAS Estágio 2	> 160	ou > 100

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

Quadro 4 – Recomendação de acompanhamento com base na aferição da pressão arterial inicial.

<b>Normal</b>	<b>Reavaliar em dois anos</b>
Pré-hipertensão	Reavaliar em um ano
HAS Estágio 1	Confirmar em dois meses
HAS Estágio 2	Avalie e/ou refira para um serviço de cuidados dentro de um mês. Para aqueles com pressão muito alta (i.e. > 180/110 mmHg), avalie e trate imediatamente ou dentro de uma semana, dependendo da situação clínica e complicações.

**Fonte:** Elaborado pelo autor.

## 5.2 Diabetes *Mellitus*

A prevalência de doenças crônicas, em termos de saúde pública - especialmente diabetes *mellitus* - tem aumentado significativamente, o que onera o sistema de saúde, e torna-se fator preocupante e incisivo nas constatações de outros quadros clínicos. Tal fato é resultante de transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas desenvolvidas a partir do século XX (KING; AUBERT; HERMAN, 1998). Conseqüentemente, esta condição incorre em gastos elevados aos sistemas de saúde pública. Neste cenário, presume-se que até 2020 aproximadamente cerca de 70% da carga de doenças será justificada por doenças crônicas não-transmissíveis (CHOPRA; GALBRAITH; DARNTON-HILL, 2002). Para a intervenção desses casos, sugere-se a inserção de tratamentos medicamentosos ou não. Em relação a este último, sugere-se mudança comportamental dos pacientes a fim de que melhoria da qualidade de vida e o combate à doença se deem através da adoção de novas práticas - em busca de alimentação saudável e combate ao sedentarismo, incorrendo em diminuição de gastos públicos e alcance de resultados satisfatórios nos quadros clínicos.

O diabetes *mellitus* é caracterizado como uma disfunção metabólica de natureza hiperglicêmica crônica decorrente da insuficiência de secreção de insulina, atividade da insulina ou em função de ambas as condições (KING; AUBERT; HERMAN, 1998). Estudos revelam que o índice registrado em 1995 de pacientes com diabetes *mellitus* era de 4%, possuindo projeção de 5,4% da população adulta mundial para 2025, concentrando-se em países em desenvolvimento e na faixa etária compreendida entre os 45 e 64 anos (KING; AUBERT; HERMAN, 1998). Essa perspectiva é justificada pela mudança dos estilos de vida mundiais – que decorrem em obesidade, sedentarismo e dieta rica em gorduras -, além de fatores comuns como história familiar que representam maiores riscos de desenvolvimento de diabetes ou tolerância diminuída à glicose (NARAYAN *et al.*, 2000).

Portanto, o quadro de alta prevalência da diabetes *mellitus* em escala mundial ganha destaque devido à capacidade de resultar e impactar em outras doenças, como as cerebrovasculares e neuropatias. Associado a isso, uma grande parcela de diabéticos apresenta excesso de peso ou quadro de hipertensão, apresentando dificuldades de manter índices de normoglicemia isentos de adoção de tratamento farmacológico ou não. E é nessa realidade que a atividade em questão se transcorre, visualizando-se as recomendações do Caderno de Atenção Básica em Saúde n.16 (BRASIL, 2006) e as práticas realizadas na UBS Centro de Brumadinho-MG.

**a) Requisitos do Caderno de Atenção Básica nº16 ao acompanhamento de diabéticos**

O caderno de atenção básica de saúde n.16 condiciona diretrizes básicas para o tratamento de diabetes (BRASIL, 2006). Dada a alta carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é dada como uma prioridade de saúde pública. O cuidado integral ao paciente diabético é tido como um desafio tanto para a equipe de saúde da família, quanto para as UBS municipais e para a própria família, responsável pela adoção de novas práticas de vida (alimentares, esportiva e de combate ao tabagismo).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) revela a necessidade de identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da identificação de casos não diagnosticados de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

Ao incorporar os diferentes estágios de desenvolvimento do diabetes e as diferentes formas de cuidado, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) destaca a necessidade de rastreamento e prevenção a fim de que haja o diagnóstico frente a identificação dos principais sintomas, da confirmação laboratorial e dos critérios de diagnóstico envolvidos. Recomenda o tratamento por medicamentos a base de Metformina, Sulfoniluréias e Insulinoterapia para pacientes com sintomas recorrentes e agudos. Para este último, requisita o encaminhamento dos pacientes a profissionais especialistas a fim de que os exames sejam plenamente realizáveis e esclarecedores quanto ao estado clínico do indivíduo. Isso frente à possibilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, de hipertensão, retinopatia, nefropatia, neuropatia e do pé diabético (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) preconiza o modo a planejar o atendimento ao diabetes em um serviço de atenção básica de maneira que se estabeleça o grau de complexidade em que se dará o controle glicêmico. Para isso, depende-se do nível de treinamento da equipe e os recursos necessários no serviço aumentam com a complexidade do manejo. Os membros da equipe de estratégia de saúde da família são responsáveis por ações de saúde, individual e coletivamente, falando de forma promover a proteção da saúde mediante a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, organizando-se a atenção básica em saúde. O atendimento deve ser prestado pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios, cada qual com sob-responsabilidades diferentes.

### **5.3 Hipertensão arterial**

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) deve ser tratada como uma condição clínica multifatorial motivada por índices elevados e sustentados da pressão arterial – PA (PA  $\geq$ 140 x 90mmHg). Sua condição define mudanças funcionais e estruturais de órgãos afetados, assim como altera o metabolismo e propicia eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) confere estratégias de combate à prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS), de modo que são apresentados o panorama e a organização da linha de cuidado e o rastreamento e o diagnóstico da hipertensão arterial sistêmica da atenção básica. Além disso, são condicionados o tratamento e o acompanhamento das pessoas com HAS na atenção básica, além das recomendações nutricionais para prevenção e o manejo da HAS na atenção básica e da necessidade de atividade física.

Considera-se que a HAS é um problema de alta prevalência e gravidade na saúde pública brasileira, por acometer uma média de 32% dos adultos, além de afetar taxas superiores a indivíduos de faixa etária entre 60 a 69 anos e 75% com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Em relação às múltiplas consequências acarretadas pela doença, mesmo com os avanços conquistados na área de educação sobre HAS, há muitos avanços a serem alcançados, especialmente no que diz sobre o controle e a promoção da saúde de pessoas com HAS; ressalta-se que um terço da população mantém a sua hipertensão não controlada ou ainda, não diagnosticada (CAMPBELL *et al.*, 2003; MCALISTER, 2006; ONYSKO *et al.*, 2006).

#### **5.4 Educação em saúde**

A consolidação da educação em saúde depende da operacionalidade da teoria em prática, de modo que assimile o conhecimento a partir de identidade social e cultural (MEYER *et al.*, 2006). Nas práticas de saúde há uma diversidade de modelos que se assemelham perante a capacidade de abordagem. Destacam-se o modelo tradicional e o radical (OLIVEIRA, 2005).



O tradicional sustenta-se no conceito de saúde como ausência de doenças, em que as práticas de educação em saúde seriam de caráter persuasivo diante da tentativa de identificação de comportamentos comuns; as escolhas saudáveis são as únicas possíveis (OLIVEIRA, 2005; GASTALDO, 1997; SOUZA; COLOMÉ; COSTA; OLIVEIRA, 2005). Já o radical assimila o fato de que saúde possui conceito ampliado, como algo relacionado à insuficiência biológica, médica e individual de resposta a procedimentos de saúde e não saúde; esse modelo busca promover a autonomia dos sujeitos perante suas escolhas pessoais (MARCONDES, 2004; CHIESA e VERÍSSIMO, 2001).

Deve haver conformidade com a condição de integralidade, de modo que a atividade profissional de saúde não se restrinja a ação curativa, mas sim preventiva e preditiva; a educação em saúde, dessa maneira, possui um papel indispensável na promoção de vida saudável nas ações de prevenção, recuperação e tratamento (BRANDÃO, 2001; ALVES, 2005). Objetiva-se através da educação em saúde não a mera transmissão de informações, mas sim a construção de saberes, a fim de que o indivíduo seja capaz de promover cuidado com a saúde, tornando suas práticas emancipatórias (ALVES, 2005)

O Programa de Saúde da Família iniciou-se da década de 1990 e influenciou a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Promove ambiente propício às práticas educativas em saúde, sendo preventivas e promocionais (BRASIL, 1997; L'ABBATE, 1994; ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

### **5.5 Estratégia de Saúde da Família**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é responsável pela concretização das diretrizes a ações a serem desenvolvidas pela atenção básica; busca-se promover a adesão da população a ser acompanhada e assistida, bem como reorganiza procedimentos de trabalho e ações de promoção para que uma estratégia central seja atendida (MONKEN e BARCELLOS, 2005; SCHIMITH e LIMA, 2004). Possibilita-se, assim, o conhecimento das ações de trabalho dos gestores, profissionais e comunidade usuária acerca da dinâmica do SUS, de modo que sejam atendidos interesses coletivos (GONDIM; MONKEN, 2012).

As ações da atenção básica constituem a principal fase de absorção de usuários ao SUS, estruturando o acolhimento, a escuta e o oferecimento de propostas e respostas resolutivas à maioria dos problemas da comunidade assistida, assegurando integralidade e acesso a rede (BRASIL, 2011; PEDUZZI, 1998). A construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional estabelece condicionantes para a superação de problemas cotidianos e para a implementação de procedimentos inovadores aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As transformações no sistema de saúde ocorrem através da atribuição de responsabilidade aos profissionais do SUS, e da implementação das práticas de educação em saúde; o conhecimento assimilado possibilita o exercício de atividades de maneira resolutiva (CECCIM, 2005). Trata-se de uma cultura de avaliação, análise e melhoria contínua que efetive a qualidade no processo de gestão e no cuidado da equipe com a comunidade atendida (CECCIM, 2005).

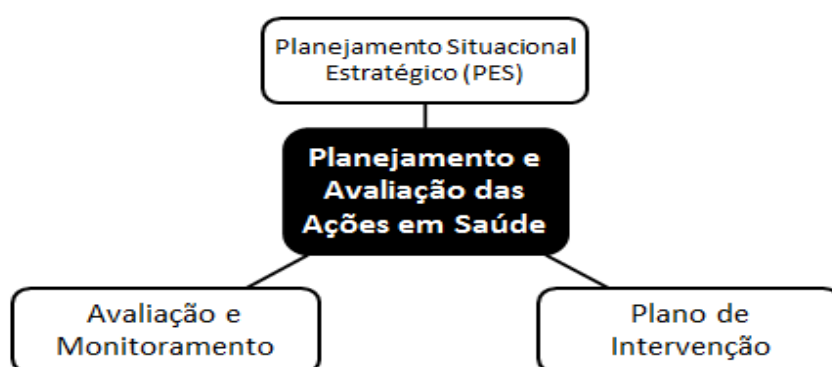
## **6 PROJETO DE INTERVENÇÃO**

Foram contemplados os passos necessários à formulação do Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde que venham a atender as etapas, os recursos e os

prazos associados para o enfrentamento dos problemas da comunidade local. Esses passos são indispensáveis à elaboração do plano de Intervenção a partir do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme mencionados por Campos, Faria e Santos (2010), trata-se do modo a se vincular projeções e planos, bem como os meios para sua execução e avaliação em saúde. Assim, pretende-se configurar a campanha de conscientização diabetes quanto ao tratamento da doença, de maneira ativa e focalizada na população assistida pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Brumadinho-MG.

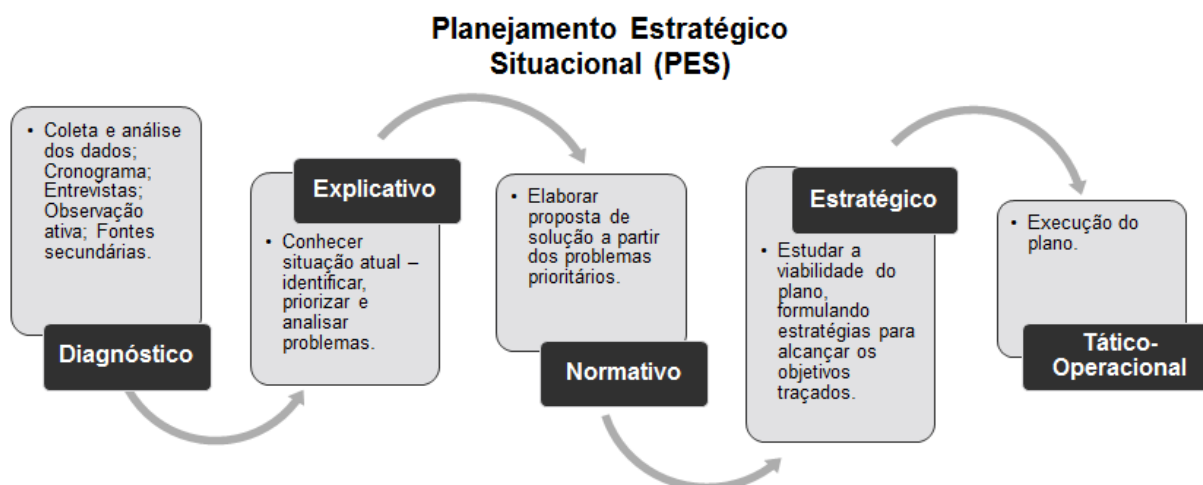
O Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), expresso na Figura 1, perpassa pelo Planejamento Situacional Estratégico (PES), pela formulação do Plano de Intervenção e pela fase de Avaliação e Monitoramento. O PES, conforme se pode verificar na Figura 2, é composto pela fase de diagnóstico – a qual se empreende a coleta de dados e informações para a delimitação do problema -, explicativa – em que a partir dos problemas identificados, os mesmos são devidamente priorizados e descritos -, a normativa – em que soluções são elaboradas -, a estratégica - onde as estratégias e os objetivos são designados para resolução dos problemas – e, por fim, a tático-operacional – em que se configura a execução do planejamento formulado.

Figura 1 – Etapas que compreendem o Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor.

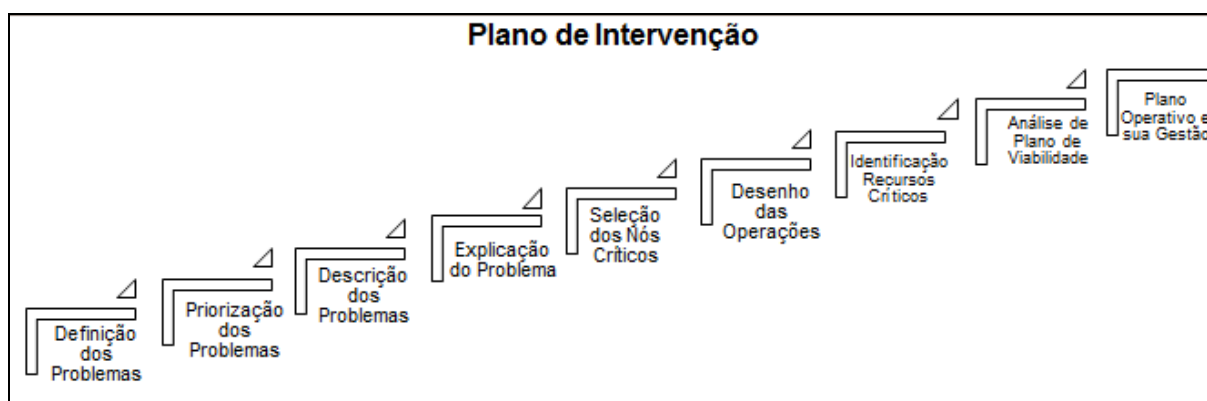
Figura 2 – Fases intrínsecas ao Planejamento Situacional Estratégico (PES)



Fonte: Elaborado pelo autor.

O plano de intervenção, figura 3 -, paralelo ao PES, confere condições para a delimitação dos problemas, explicação, priorização e seleção de nós críticos para que os planos de ação elaborados sejam devidamente implementados. De maneira a acompanhar e registrar os resultados alcançados com a execução das propostas, comparando as metas e objetivos projetados com os conquistados na realidade, permite-se a implementação de ações corretivas, preventivas e preditivas de maneira que o resultado alcançado seja coerente com o planejado, figura 4.

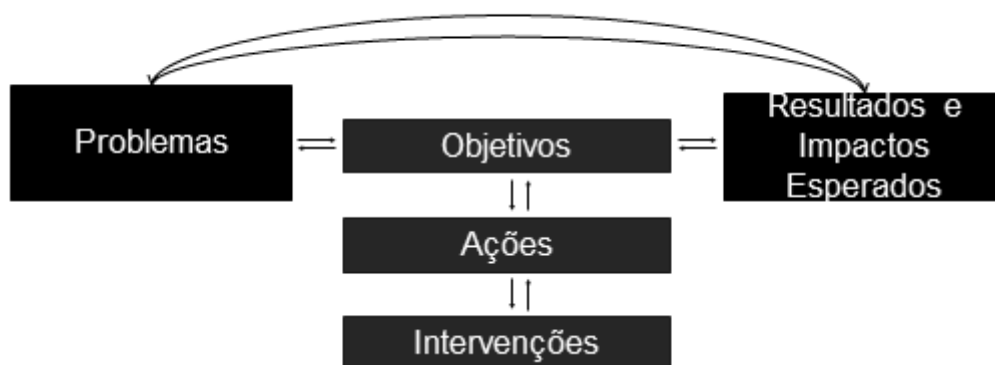
Figura 3 – Procedimentos que designam o Plano de Intervenção.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 4 – Etapas empreendidas pela Avaliação e Monitoramento.

## Avaliação e Monitoramento



Fonte: Elaborado pelo autor.

### a) Proposta de processo de rastreamento para a UBS Centro de Brumadinho-MG

Em função da prevalência de diabetes *mellitus* e hipertensão arterial conclui-se que as mesmas devem ser acompanhadas de maneira efetiva. Assim, faz-se necessária o aumento da abrangência da assistência da ESF junto aos pacientes locais. Atualmente, não há um programa com tal especificidade – tanto de acompanhamento de índices, como de inclusão de práticas e atividade físicas, melhoria de alimentação e campanhas de conscientização ativas. As famílias são orientadas com o que é receitado no âmbito medicamentoso, mas a ESF não acompanha a condição não medicamentosa do tratamento.

O atendimento programado das famílias é efetuado dentro do que se estipula no cronograma designado pelos profissionais da UBS Centro Brumadinho-MG. Além disso, as análises laboratoriais são efetuadas pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município e por hospitais particulares, em que a priorização de agilidade de realização se dá pela gravidade de saúde observada.

Assim, ao analisar criticamente a área de abrangência de serviço da UBS Centro de Brumadinho-MG, visualiza-se que a mesma não possui atividades de rastreamento consolidadas junto à comunidade atendida. A importância da ação se dá pela capacidade de assistir aos pacientes de maneira ativa, motivando-os pela mudança de hábitos, comportamentos e estilos de vida através do monitoramento constante

dos índices alcançados, melhorias nas condições de saúde e acompanhamento in loco da família. O trabalho contará com a atuação de quatro assistentes de saúde que designam as visitas às famílias diariamente, de forma que cada família seja assistida mensalmente.

- b) Comparação entre o programa de rastreamento de diabetes mellitus e hipertensão a ser desenvolvido na UBS Centro de Brumadinho-MG e os parâmetros estabelecidos pelas recomendações do Caderno de Atenção primária n.29 do Ministério da Saúde

Dessa maneira, serão analisados os seguintes itens como forma de verificar a validade do programa: por que é importante realizar o rastreamento; quando é importante rastrear; como realizar o rastreamento; como interpretar o resultado; recomendação de acompanhamento com base nos resultados. Trata-se da atividade de rastreamento processual realizada pela UBS Centro de Brumadinho-MG. Assim, pode-se determinar através do quadro 5.

Quadro 5 – Comparação entre as atividades de rastreamento realizadas pela UBS Centro de Brumadinho-MG e o que se estipula no Caderno nº 29.

	<b>Condutas recomendadas no Caderno nº 29</b>	<b>Condutas realizadas pela equipe</b>
<b>Por que é importante realizar o rastreamento</b>	Os exames de detecção precoce não fazem seu diagnóstico, mas aumentam a probabilidade de antecipá-los e acompanhá-los eficientemente.	O rastreamento é fundamental para que se acompanhe com proximidade a evolução dos quadros sociais e comportamentais dos indivíduos assistidos pelo programa implementado. Assim, consegue atestar prontamente as atividades a serem designadas de acordo com o que se observa na realidade e se acompanha ao comparar resultados e índices projetados com o que se visualiza na realidade.

<b>Quando importante rastrear</b>	Quando se identifica que o problema da comunidade é recorrente e há disponibilidade de métodos de tratamento aceitáveis.	A equipe realiza o agendamento de consultas e as faz dentro do cronograma e do plano de ação planejado para tal. A atividade é ordeira, frequente, humanizada e realizada por princípios de integralidade, respeitando-se as peculiaridades dos pacientes assistidos e suas realidades sociais. Consegue-se, assim, consolidar um programa preventivo, aumentando o conhecimento acerca do usuário do sistema básico de saúde e a adequação das ações empreendidas, diminuindo as taxas de atendimento espontâneo e buscando resoluções prontas aos problemas de saúde identificados.
<b>Como realizar o rastreamento</b>	O teste de rastreamento deve possuir sensibilidade e especificidade condizentes ao problema atestado. Os custos associados a essa ação devem ser devidamente sustentados pelos recursos disponibilizados pela Secretaria de Saúde para a UBS.	O rastreamento é consolidado a partir de entrevistas semi-estruturadas para atestar o que ocorre na realidade do indivíduo assistido pelo sistema básico de saúde, juntamente com exames clínicos básicos de acompanhamento e aferição de índices vitais - incluindo-se, assim, histórico completo, exames físicos e anamneses minuciosas.
<b>Como interpretar o resultado</b>	Os resultados devem ser comparados com métricas previamente projetadas de maneira a perceber a realidade local visualizada e buscar a solução dos problemas através de ações e estratégias alinhadas às condições da comunidade.	A equipe registra os índices em acompanhamento aferidos de maneira a confrontar com os resultados coletados anteriormente e avaliar a evolução dos pacientes e famílias assistidas pelo programa - mensalmente.
<b>Recomendação de acompanhamento com base nos resultados</b>	Ao realizar a análise de resultados periodicamente, deve-se planejar as ações corretivas e assertivas a partir do que se atestou a partir das práticas de monitoramento e avaliação.	De acordo com a análise dos resultados mensais, são projetadas as ações corretivas - sejam elas econômicas, sociais e comportamentais - afim de que se atinja uma adequação das ações e os objetivos de tratamento e acompanhamento do quadro clínico dos pacientes esteja conciso com o planejado a cada um deles e ao seu contexto familiar.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Por meio da análise dos processos de trabalho realizados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Brumadinho-MG identificou-se programas a serem

implementados tais como o desenvolvimento de campanha de conscientização em filas de espera, a constatação de elevados índices de diabetes e hipertensão na comunidade local, reestruturação de rotina de trabalho e *feedbacks* e necessidade de informatização dos dados – os quais podem ser classificados pela escala de prioridade que consta no quadro 6. A escala de prioridade designada se deu devido à necessidade e capacidade de implementação rápida do método.

Quadro 6 – Classificação de prioridades para os problemas identificados na UBS Centro de Brumadinho-MG.

<b>Classificação de prioridades para os problemas identificados - UBS Centro de Brumadinho-MG</b>				
<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Índice elevado de diabetes e hipertensão arterial na comunidade local	Alta	10	Parcial	1
Campanha de conscientização em filas de espera	Alta	10	Total	2
Reestruturação de rotina de trabalho e <i>feedbacks</i>	Alta	5	Total	3
Informatização dos dados	Alta	5	Parcial	4

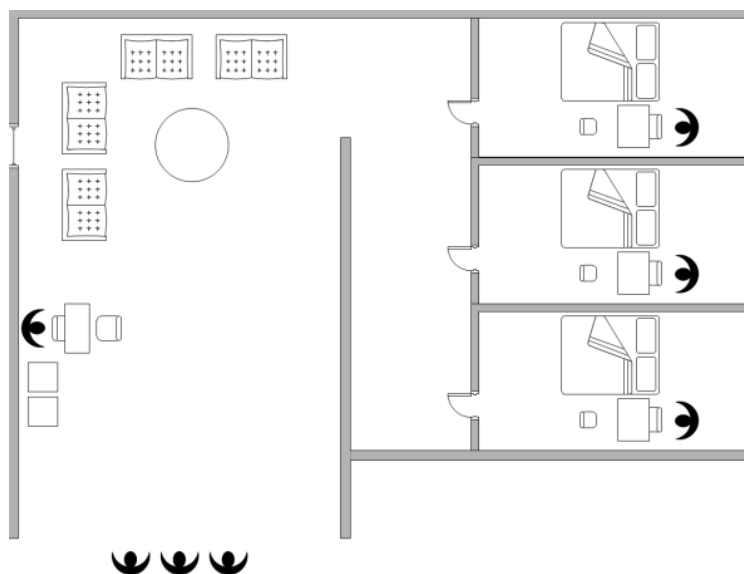
\* Distribuição de 30 pontos  
Fonte: Elaborado pelo autor.

Optou-se como objeto de estudo a implementação de campanha de conscientização em fila de espera, de maneira que se realizem atividades de educação permanente e a conscientização dos pacientes que têm acesso a UBS Centro de Brumadinho-MG, especialmente aqueles que são acometidos pelo diabetes e pela hipertensão arterial.

A UBS Centro de Brumadinho-MG, na área que excetua a saúde odontológica, conta com a sala de recepção, a sala de espera, além da sala de curativos gerais, a enfermaria e o consultório médico – figura 5. O trabalho realizado pela equipe no turno matutino restringe-se ao atendimento de demanda espontânea – responsável pelo maior nível de requisição em assistência prestada pela UBS. Já o vespertino destina-se a realização de atividades planejadas, tais como visita das equipes de saúde da família, exames de pré-natal e puericultura atestado médico, mostragem de exames e alocação de população rural. As consultas programadas são realizadas a cada 30 minutos e atende plenamente às necessidades da comunidades.



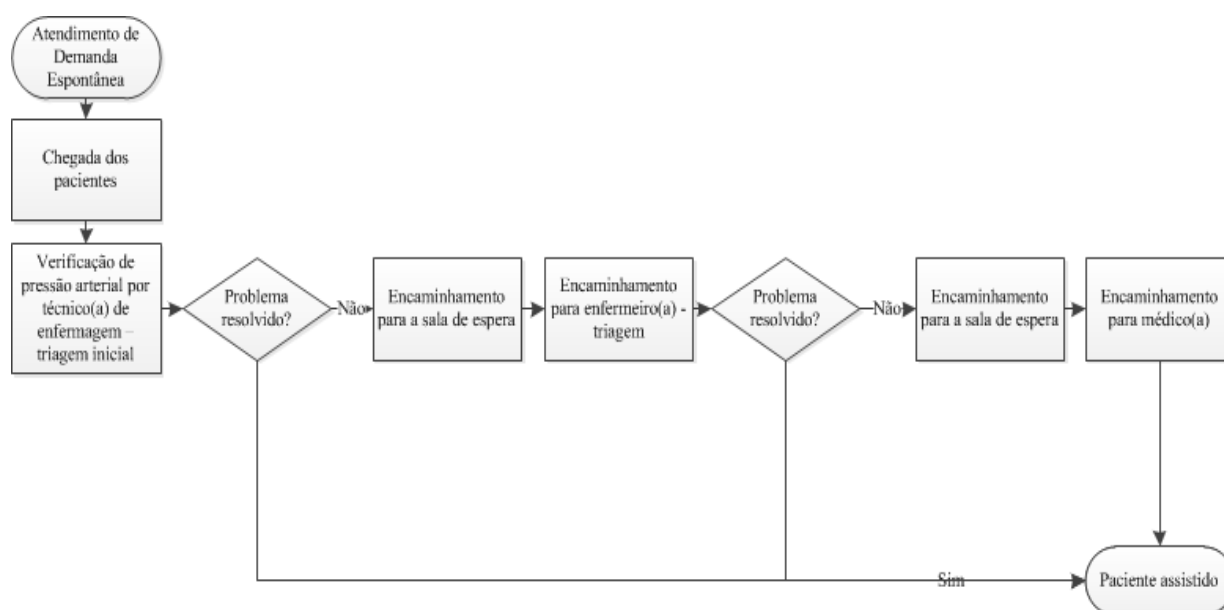
Figura 5 – Estrutura Física do UBS Centro de Brumadinho-MG.



Fonte: Elaborado pelo autor.

O processo para o atendimento de demanda espontânea é descrito pela figura 6. Nele, percebe-se a tendência de permanência do paciente em sala de espera, tempo hábil para a realização de educação continuada e desenvolvimento de programas de conscientização. Além disso, essa configuração de atendimento de pacientes torna a assistência facilitada e otimizada.

Figura 6 – Processo padrão de atendimento de demanda espontânea na UBS Centro de Brumadinho-MG.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Quanto os recursos humanos, o número de profissionais disponíveis na unidade centro é proporcional à comunidade em atendimento na região zoneada – Quadro 7. Assim, para o planejamento de atribuição de cargos e designação de atividades, torna-se um passo fundamental.

Quadro 7 – Profissionais disponíveis na UBS Centro de Brumadinho-MG.

<b>Profissionais Disponíveis</b>	
Médico(a)	1
Cirurgião dentista	1
Enfermeiro(a)	1
Técnico(a) de Enfermagem	3
Auxiliar de saúde bucal	1

Fonte: Elaborado pelo autor.

Dessa maneira, consegue-se dimensionar os limítrofes para o planejamento, assim como o desenho das operações para os “nós críticos”. No quadro 8 apresenta-se o desenho operacional para os “nós críticos”, assim como os resultados se produtos esperados e os recursos necessários. Foram identificados como “nós críticos” os hábitos de vida inadequados e o nível de informação.

Quadro 8 – Desenho de operações para os “nós críticos”, UBS Centro de Brumadinho-MG.

Desenho de operações para os nós críticos				
Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos necessários
1.Hábitos e estilos de vida inadequados	<b>Mais conscientização</b>	Informação da população, diminuição de índices de doentes e controle de níveis e profilaxias associadas às doenças.	Educação continuada com materiais audiovisuais - panfletos, folderes, cartazes e campanhas televisivas internas na UBS.	Organizacional => organização de atividades físicas.
	Necessidade de mudança de estilo e qualidade de vida.		Realização de palestras periódicas.	Cognitivo => fornecimento de informações de maneira persuasiva para conscientização.
			Organização de atividades físicas.	Político e Financeiro => necessidade de recursos financeiros para o desenvolvimento dos objetos de publicidade e para, se possível, contratação de profissional apto para a atividade com exclusividade.
2.Nível de Informação	<b>Saber mais sobre saúde</b>		Avaliar nível de informação e conscientização da população sobre diabetes e hipertensão.	Cognitivos => informação sobre o tema e desenvolvimento de práticas persuasivas para conscientização.
	Elevação de nível de informação da comunidade sobre diabetes e hipertensão.	Aumento de informação à população sobre diabetes e hipertensão.	Desenvolver comparativos antes e depois da realização da campanha educativa que efetivam a qualidade de vida e o nível de informação.	Organizacional => maior planejamento de agenda e adoção de critérios de prioridade em relação aos problemas visualizados na comunidade.
			Programa de Saúde Escolar.	Político => interdisciplinaridades de setores de saúde e educação, além da mobilização da comunidade local.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Além disso, pode-se designar, conforme quadros 9 e 10, os recursos críticos para a operacionalização do projeto. Assim como a análise de viabilidade das ações estratégicas, de maneira que se efetive o planejamento e a capacidade de implementação estratégica do plano.

Quadro 9 – Recursos críticos das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”, UBS Centro de Brumadinho-MG.

<b>Recursos Críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos</b>	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
<b>1. Mais conscientização</b>	Político e Financeiro => mobilização de pessoas e estruturas influentes no processo de conscientização e recursos financeiros que viabilizem e efetivem programas.
<b>2. Saber mais sobre saúde</b>	Político e Social => Articulação de setores de saúde e educação local, além da própria adesão da população à campanha e hábitos de vida.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 10 – Análise de Viabilidade de Ações Estratégicas - UBS Centro de Brumadinho-MG.

<b>Análise de Viabilidade de Ações Estratégicas</b>				
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ações Estratégicas</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>1. Mais conscientização</b>	Político e Financeiro => mobilização de pessoas e estruturas influentes no processo de conscientização e recursos financeiros que viabilizem e efetivem programas.	Setor de comunicação social e Secretaria de Saúde.	Favoráveis	Apresentação de projeto.
<b>2. Saber mais sobre saúde</b>	Político e Social => Articulação de setores de saúde e educação local, além da própria adesão da população à campanha e hábitos de vida.	Secretaria de Saúde, Secretaria de Planejamento, Secretaria de Educação e Associações dos Bairros.	Favoráveis.	Apresentar o projeto e realização de apoio às associações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conseqüentemente configura-se plano operativo, que reúne as a operações, os resultados, os produtos, as ações estratégicas, os responsáveis e o prazos de execução dos mesmos, conforme se pode visualizar no quadro 11.

Quadro 11 – Plano Operativo - UBS Centro de Brumadinho-MG.

Plano Operativo					
Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>1. Mais conscientização</b>	Informação da população, diminuição de índices de doentes e controle de níveis e profilaxias associadas às doenças.	Educação continuada com materiais audiovisuais - panfletos, folderes, cartazes e campanhas televisivas. Realização de palestras periódicas. Organização de atividades físicas.	Apresentar o projeto.	1 Técnico de enfermagem, 1 médico e 1 enfermeira.	Apresentar o projeto em 3 meses. Depois de aprovado, 6 meses para implementação, coleta de dados e análise de resultados comparativos.
<b>2. Saber mais sobre saúde</b>	Aumento de informação à população sobre diabetes e hipertensão.	Avaliar nível de informação e conscientização da população sobre diabetes e hipertensão. Desenvolver comparativos antes e depois da realização da campanha educativa que efetivam a qualidade de vida e o nível de informação. Programa de Saúde Escolar.	Apresentar o projeto e realização de apoio às associações.	2 Técnicos de enfermagem, 1 médico e 1 enfermeira e equipe de saúde da família.	Apresentar o projeto em 3 meses. Depois de aprovado, 6 meses para implementação, coleta de dados e análise de resultados comparativos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento e formulação do projeto de intervenção perpassaram a identificação das necessidades da comunidade assistida e acompanhada pela UBS Centro de Brumadinho-MG. Para tal, visualizaram-se as condições de funcionamento da referida UBS, bem como o atendimento prestado junto aos pacientes.

Frente à prevalência de doenças registradas – principalmente diabetes *mellitus* e hipertensão arterial - e as ações vigoradas, pensou-se em estratégias de conscientização, a fim de que os pacientes desenvolvessem maiores conhecimentos acerca das temáticas. Em função disso, optou-se pela campanha de conscientização nas filas de espera, de maneira que se ocupasse o tempo ocioso dos pacientes e, através de métodos persuasivos e motivacionais, prendesse a atenção da comunidade em relação às temáticas.

Percebeu-se que a capacidade de assimilação da comunidade acerca da diabetes *mellitus* e hipertensão foi expressiva, de maneira que se estimulou o conhecimento dos pacientes quanto às temáticas. No entanto, o acompanhamento dos resultados foi feito no curto prazo, justificando as proposições de médio prazo apontadas na identificação dos nós críticos e na continuidade das ações apontadas no plano operativo.

O presente trabalho demonstra, portanto, a importância de atividades similares em outras unidades básicas de saúde do país, haja vista que a prevalência de doenças crônicas – como a diabetes *mellitus* e hipertensão – encontra-se em tendência de crescimento na sociedade atual. Os resultados obtidos demonstram o engajamento dos pacientes aos projetos e a capacidade de perpetuação do conhecimento entre a comunidade.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE P.C.; STOTZ, E.N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interf. Comun. Saúde, Educ.** v. 8, n.15, p. 259-74, 2004.

ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interf. Comun. Saúde, Educ.** v.9, n. 16, p.39-52, 2005.

BRANDÃO, C.R. A educação popular na área da Saúde. **Interf. Comun. Saúde, Educ.** v.5, n. 8, p.127-31, 2001.

BRASIL. **Cadastro de Famílias no ano de 2014 da UBS Centro de Brumadinho-MG.** Brumadinho: Secretaria Municipal de Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out.2011.Seção 1, pt1

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial sistêmica e diabetes de mellitus – Protocolo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Caderno da Atenção Básica nº 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília; 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Caderno de Atenção Primária. Série A. **Normas e Manuais Técnicos Rastreamento.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Básica; n. 29)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Série A. Normas e Manuais Técnicos. (Cadernos de Atenção Básica; n. 37).



CAMPBELL, N. R. C. *et al.* Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. **J. Hypertension**, USA. v. 21, n. 8, p. 1591-1597, aug. 2003.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

CECCIM, R.B. Réplica. **Interface**, Botucatu, v.9, n.16, p.175-177, fev.2005.

CHIESA A.M.; VERÍSSIMO M.D.L.O. **A educação em saúde na prática do PSF**. Manual de enfermagem [online]. Brasília: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; 2001.

CHOPRA, M.; GALBRAITH, S.; DARNTON-HILL, I. A global response to a global problem: the epidemic of over nutrition. **Bulletin of the World Health Organization**, 2002. 80(12):p. 952-958.

DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Cadastramento Familiar**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>. Acesso em 20 de jun. de 2014.

DATASUS. **Informações de Saúde de 2014**. Disponível em [http://cnes.datasus.gov.br/Cabecalho\\_Reduzido\\_Competencia.asp?VCod\\_Unidade=3109002124203](http://cnes.datasus.gov.br/Cabecalho_Reduzido_Competencia.asp?VCod_Unidade=3109002124203), acesso em 24 mai. 2014.

DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica: Cadastramento Familiar**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFbr.def>. Acesso em 20 de jun. de 2014.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. **Medicina baseada em evidências**. In: Duncan B. B *et al.* Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 3. ed., 2004, p. 31-40.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. . **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

ENGELGAU, M.; NARAYAN, K.; HERMAN, W. Screening for type 2 diabetes. **Diabetes Care**, United States, v. 23, n. 10, p. 1563-1580, Oct. 2000.

FUCHS, F.D.; MOREIRA, L.B.; MORAES, R.S.; BREDEMEIER, M.; CARDOZO, S.C. Prevalence of systemic arterial hypertension and associated risk factors in the Porto Alegre metropolitan area. Populational-based study. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, n. 63, p. 473-479, 2004.

GASTALDO, D. É a educação em saúde saudável? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. **Rev Educação Realidade**. v. 22, n. 1, p. 147 –68, 1997.

GÉRVAS, J; STARFIELD, B; HEATH, I. Is clinical prevention better than cure? **The Lancet, England**, v. 372, n. 9654, p. 1997-1999, 2008.

GONDIM, G.M.M.; MONKEN, M. **Territorialização em Saúde**. Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, 2012. p.32.

HAFFNER SM, LEHTO S, RONNEMA T, PYORALA K, LAAKSO M: Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. **New England Journal of Medicine** 1998; 339: 229-234.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censos Demográficos**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Informações Básicas Municipais – 2011**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. **Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections**. *Diabetes Care*. 21. ed. p.1414-1431, 1998.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Pública**. v.10, n.4, p. 481-90, 1994.

MARCONDES, W.B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde Soc.** v. 13, n.2, p. 5-13, 2004.

MCALISTER, F. A. The Canadian Hypertension Education Program--a unique Canadian initiative. **Canadian Journal of Cardiology**, 22, 559-564, 2006.

MEYER, D.E.E. et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre a educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.1335-42, 2006.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.898-906, mai./jun.2005.

MORRISH, N. J.; WANG, S. L.; STEVENS, L. K.; FULLER, J. H.; Mortality and causes of death. In: WHO. Multinational study of vascular disease in diabetes. **Diabetologia**, 2001.

NARAYAN, K. M.; GREGG, E. W.; FAGOT-CAMPAGNA, A.; ENGELGAU, M. M.; VINICOR, F. Diabetes – a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes Research and Clinical Practice**, 2000.

OLIVEIRA, D. L. L. C. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev Latino-am Enferm.** v. 13, n.3, p. 423- 31, mai-jun., 2005.

ONYSKO, J. *et al.* Large Increase in Hypertension Diagnosis and Treatment in Canada after a healthcare professional education program. **Hypertension**. USA, v. 48, n. 5, p. 853-860, set. 2006.

PEDUZZI, M. Trabalho e equipe. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, p.271-276, 1998.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n.6, p.1487-1494, nov./dez., 2004.

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

SOUZA, A.C.; COLOMÉ, I.C.S.; COSTA, L.E.D.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** v. 26, n.2, p.147-53, 2005.

STARFIELD, B.; HYDE, J.; GÉRVAS, J.; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? **J Epidemiol Community Health.** England, v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** [S.l.], v. 10, n. 20, p.347-62, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The World Health Report, 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002.