

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

**GUILHERME GOMES RIBEIRO**

**REDUÇÃO DE NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS  
PERSISTENTEMENTE ELEVADOS NA UNIDADE DE SAÚDE PACS  
SÃO PAULO EM GOVERNADOR VALADARES - MG: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO**

Governador Valadares – Minas Gerais

2015

**GUILHERME GOMES RIBEIRO**

**REDUÇÃO DE NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS  
PERSISTENTEMENTE ELEVADOS NA UNIDADE DE SAÚDE PACS  
SÃO PAULO EM GOVERNADOR VALADARES - MG: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Governador Valadares – Minas Gerais

2015

**GUILHERME GOMES RIBEIRO**

**REDUÇÃO DE NÍVEIS PRESSÓRICOS E GLICÊMICOS  
PERSISTENTEMENTE ELEVADOS NA UNIDADE DE SAÚDE PACS  
SÃO PAULO EM GOVERNADOR VALADARES - MG: PROJETO DE  
INTERVENÇÃO**

**Banca examinadora**

Prof.<sup>a</sup> Isabel Aparecida Porcatti de Walsh - Orientadora

Prof.<sup>a</sup> Zilda Cristina dos Santos – Examinadora - Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em Uberaba, em 30/01/2015.

## RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são doenças crônicas não transmissíveis, que se não controladas adequadamente associam-se com o aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. São consideradas como sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, devido à grande prevalência e incidência na sociedade moderna, associadas a altos índices de morbimortalidade e a grandes impactos econômicos para o sistema de saúde, para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral. Sabe-se que a abordagem terapêutica, a educação em saúde e o diagnóstico precoce são pilares para que se possa alcançar o controle rigoroso e efetivo dessas condições. Após o diagnóstico situacional na área de abrangência da unidade de saúde PACS São Paulo no município de Governador Valadares, foram identificados os principais problemas na população local, e dentre eles foi considerado prioritário a questão dos níveis pressóricos e glicêmicos persistentemente elevados em hipertensos e diabéticos já em tratamento. O controle dessas condições depende de medidas farmacológicas e não farmacológicas, associado a hábitos de vida saudáveis. Foram detectados como nós críticos do problema a baixa aderência ao tratamento proposto, o estilo de vida e o pouco conhecimento dos pacientes sobre essas doenças. Este estudo teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, seguindo os conceitos do método de Planejamento Estratégico Situacional, para implantar um plano de ações que favoreçam a adesão ao tratamento, a gestão do autocuidado pelos pacientes para que assim se alcance o controle dessas condições no território de atuação da unidade de saúde do bairro São Paulo, no município de Governador Valadares.

Palavras chave: Hipertensão, diabetes mellitus, tratamento, estratégia saúde da família, atenção primária à saúde, educação em saúde.

## ABSTRACT

The systemic arterial hypertension and diabetes mellitus are chronic diseases, not transmissible, which if not controlled properly are associated with increased risk of fatal and nonfatal cardiovascular events. Are considered serious public health problem in Brazil and in the world, due to the high prevalence and incidence in modern society, associated with high rates of morbidity and mortality and major economic impacts to the health system, for families, communities and society in general. Are progressive and affect the life quality of their patients. It is known that the therapeutic approach, health education and early diagnosis are the pillars for achieving it the strict and effective control of these conditions. After the situation diagnoses in the area covered by the health unit PACS São Paulo in the city of Governador Valadares, the main problems were identified in the local population, and among them was considered a priority the issue of blood pressure and glucose levels persistently high in hypertension and diabetes already in treatment. The control of these conditions depends on pharmacological and non-pharmacological measures, with the acquisition of healthy lifestyle habits. Were detected as critical nodes of the problem the poor adherence to the proposed treatment, the lifestyle and the lack of knowledge of the patients about these diseases. This study aimed to develop an intervention project, following the concepts of the method of Situational Strategic Planning, to implement an action plan to encourage adherence to treatment, management of self-care by patients so that the achievement the control of these conditions in the territory of operation of the health unit of the São Paulo district of Governador Valadares city.

Keywords: Hypertension, Diabetes Mellitus, treatment, family health strategy, primary health care, health education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	American Diabetes Association
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Estratégia Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MEV	Mudanças no Estilo de Vida
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
1.1 O Município de Governador Valadares.....	8
1.2 Aspecto da atenção à saúde de Governador Valadares.....	8
1.3 Principais problemas que afetam a saúde da população da Unidade de Saúde PACS São Paulo de Governador Valadares.....	10
1.4 Agravos da HAS e DM.....	12
2. JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: conceitos gerais.....	18
5.2 Diabetes Mellitus: conceitos gerais.....	22
5.3 Medidas para aumentar a adesão terapêutica, reforçar as mudanças no estilo de vida e incentivar o autocuidado.....	25
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	35
REFERÊNCIAS.....	37

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 O Município de Governador Valadares**

Governador Valadares é um município situado no interior do Estado de Minas Gerais, distando cerca de 320 quilômetros da capital Belo Horizonte. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 2010 sua população era de 263.689 habitantes. O município conta com uma área de 2.342.319 Km<sup>2</sup>, com alta taxa de urbanização, 96,1%, com grande cobertura de serviços de saneamento básico, sendo que 91,3% dos domicílios particulares permanentes possuem cobertura adequada (IBGE, 2010).

Dentre as principais atividades econômicas o setor terciário atualmente é a principal fonte geradora do PIB Valadarense, com grande destaque para o comércio e prestação de serviços. O setor secundário, segundo principal contribuinte do PIB, vem do Distrito Industrial, com indústrias de pequeno e médio porte. O município não possui nenhuma indústria de grande porte implantada. O setor primário, conta com o destaque das culturas de arroz, feijão, milho, mandioca, batata-doce, banana, coco-da-baía, laranja, maracujá e a cana-de-açúcar. A pecuária apresenta rebanhos de bovinos, suínos, equinos, ovinos e aves, além de produzir grandes quantidades de leite e ovos. Outra fonte muito explorada é a silvicultura, com grande extração de madeira em tora e em lenha, e também possui tradição em extração de minerais raros (IBGE, 2010).

### **1.2 Aspectos da atenção à saúde de Governador Valadares**

O sistema de saúde local, segundo dados da Nota técnica do Departamento de Atenção Básica - de junho de 2014 (BRASIL, 2014), apresenta cobertura da Atenção Básica de 63,36%, sendo a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) de 53%, com 41 equipes de ESF implantadas. Quanto às redes de média e alta complexidade o município conta com rede de atenção à saúde composta por centros de referência, como a policlínica central, o Centro de Especialidades



Odontológicas, o Centro de Referência em Saúde Mental, o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a Gerência de Epidemiologia, o Centro de Controle de Zoonoses, o Núcleo de Prevenção de Violência e Promoção da Cultura da Paz, a Gerência de Vigilância Sanitária, o Hospital Municipal entre outros.

O bairro São Paulo, conta com uma população estimada em aproximadamente 7.000 habitantes. É um bairro de grandes dimensões, grande população e localiza-se próximo ao centro da cidade. É um local urbanizado, com construções e moradias de alvenaria, ruas asfaltadas, grande quantidade de estabelecimentos comerciais e intenso fluxo de veículos, pessoas e cargas, possuindo serviços de luz elétrica, fornecimento de água e telefonia. Apresenta grande desenvolvimento no setor terciário, com variadas opções de prestação de serviços e comércio, sendo que a população local, em sua quase totalidade, trabalha nesse setor do município.

O perfil socioeconômico do território é de regular a baixo, com vários casos de criminalidade e pontos de venda de drogas ilícitas. O bairro é atravessado por uma grande rodovia nacional (BR 116) e está as margens do Rio Doce. Assim, durante épocas de chuvas intensas, o território sofre muito com enchentes e alagamentos, principalmente em uma área com relevo mais baixo, justamente onde vivem as pessoas em maior situação de vulnerabilidade, com piores condições de moradia e higiene.

A unidade básica de saúde funciona como unidade tradicional (PACS), está situada em uma das principais ruas do bairro, que praticamente atravessa a comunidade de uma extremidade à outra. Localiza-se em uma área mais alta, em um dos extremos do bairro, pois quando se localizava na região baixa sofria com as enchentes no período de chuvas, o que ocasionava perda de materiais, prontuários, danos ao patrimônio e estrutura da unidade. A desvantagem está na dificuldade de acesso dos moradores do extremo oposto e principalmente dos idosos, devido à distância e ao esforço que tem que ser feito por causa do relevo levemente elevado. Está localizada em uma casa alugada, adaptada para ser uma unidade de saúde. A casa é antiga, porém bem conservada. Sua área é grande, com dois pavimentos, possuindo entrada ampla, constituída de garagem e varanda cobertas, utilizadas

como área de espera pelos pacientes, comportando todos de maneira adequada e com bancos de assento suficientes para todos, mesmo em horários de grande movimento. O primeiro pavimento possui dois banheiros, recepção, sala de curativos, farmácia, consultório, sala da enfermeira e sala de triagem (também usada como consultório). O segundo pavimento também possui dois banheiros, uma cozinha, uma sala de espera para os pacientes, sala de imunizações, consultório e sala dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), também usada para reunião de equipe. O horário de funcionamento da unidade é de 7 às 17 horas, contando com 16 funcionários, sendo quatro médicos (três clínicos e um pediatra), uma enfermeira, uma auxiliar de serviços gerais, quatro técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

### **1.3 Principais problemas que afetam a saúde da população da Unidade de Saúde PACS São Paulo de Governador Valadares**

Com base nos dados levantados sobre a área de atuação da equipe de saúde no bairro São Paulo, que utilizou como base para coleta de dados os registros escritos em fontes secundárias e a observação ativa do território, foi possível detectar os principais problemas que afetam a saúde da população e obter um melhor conhecimento da situação local, o que permite a elaboração de uma estratégia para enfrentamento e mudança da realidade, visando atingir o objetivo principal que é a melhora dos níveis de saúde e a qualidade de vida dos habitantes.

Após análise do diagnóstico situacional, percebeu-se que as principais causas de morbimortalidade detectadas na população local, seguindo uma ordem de prioridade, estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), dislipidemias e obesidade, com altas taxas de pacientes em tratamento e sem obtenção do controle adequado dessas condições. Também foi observado grande número de tabagistas, transtornos de ansiedade e humor (especialmente depressão), uso exagerado e inadequado de antidepressivos e benzodiazepínicos, quadros algícos relacionados a patologias reumatológicas e ortopédicas

(orteoartrose, fibromialgia, lombalgia crônica e condições associadas às ocupações profissionais), idosos frágeis, debilitados e sem o devido cuidado por parte dos familiares, patologias de base alérgica como rinite e dermatites e por fim doenças gastrointestinais como refluxo gastroesofágico, dispepsia e constipação intestinal.

Dentre os principais problemas, o considerado prioritário é a questão do descontrole dos níveis pressóricos e glicêmicos em hipertensos e diabéticos em tratamento, devido à grande prevalência local, as comorbidades associadas e desencadeadas pelos mesmos, a potencial gravidade, com grande impacto na morbimortalidade, na qualidade de vida dos portadores e no sistema de saúde, devido os elevados custos que acarretam.

O grande número de pacientes não controlados está associado aos hábitos de vida inadequados, como sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo, etilismo e a baixa aderência ao tratamento proposto. Dentre os possíveis fatores determinantes para esta situação, estão a deficiência no acesso à educação (com pouco conhecimento sobre essas patologias, seu tratamento, seus riscos e agravos), aos serviços de saúde (com participação irregular em grupos operativos e consultas médicas agendadas), a insatisfação com a realidade social (violência, condições de moradia, transporte, emprego com baixa remuneração, desgastante e com pouco tempo disponível para o cuidado com a saúde), com problemas econômicos, com a baixa qualidade de vida e o próprio indivíduo com suas escolhas, o que influencia em seus comportamentos.

Júnior *et. al.* (2006) e Pierin (2011) afirmam que a adesão terapêutica significa relação colaborativa entre o paciente e os profissionais de saúde, podendo ser caracterizada pelo grau de coincidência entre prescrição médica e o comportamento do paciente, enquanto que a não adesão ao tratamento é um problema multifatorial, influenciado por aspectos relacionados à idade, ao sexo, ao paciente (esquecimento, diminuição sensorial e problemas econômicos), a fatores relacionados ao próprio medicamento (custo, efeitos adversos, horário de uso), além de aspectos institucionais (acesso ao serviço de saúde) ou à equipe de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

Assim, todos esses fatores, em conjunto, atuam como causas para a baixa aderência ao tratamento proposto, o baixo interesse ou não entendimento do mesmo, e a pouca gestão do autocuidado, dificultando o tratamento.

#### **1.4 Agravos da HAS e DM**

A HAS e o DM são agravos de etiologia multifatorial, consideradas como sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É grande o número de pessoas atingidas por essas doenças, com estimativas de números ainda maiores e crescentes, em virtude dos hábitos de alimentação associados ao sedentarismo e a falta de conhecimento de muitas pessoas sobre as doenças e seus sintomas. Constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, sendo diretamente responsáveis pela elevada incidência de complicações cardiovasculares em diversos órgãos e sistemas . Representam agravos de saúde pública que, na maioria dos casos, podem ser tratados na atenção primária (BRASIL, 2002).

A história natural de níveis pressóricos elevados e a hiperglicemia crônica, estão associados com danos em longo prazo, tais como alterações estruturais e funcionais de órgãos-alvo. São condições comumente associadas, mais a concomitância com outros fatores de risco cardiovascular, como hipertrigliceridemia, baixa de HDL, obesidade central, sedentarismo e tabagismo, potencializam o dano micro e macrovascular, o que proporciona expressivo aumento na incidência de complicações cardiovasculares graves como infarto agudo do miocárdio , acidente vascular encefálico, insuficiência renal dialítica , disfunção e insuficiência de órgãos (BRASIL, 2001a).

Este tem sido considerado um importante e crescente problema de saúde pública mundial, relacionado tanto ao elevado número de pessoas afetadas, quanto pela elevada morbimortalidade que acarretam. Ambas as condições geram grandes prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo, incapacitações, mortalidade prematura, além dos custos envolvidos no controle e tratamento. Por fim, causam grandes impactos econômicos para o sistema de

saúde, para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral (SBD, 2005; BRASIL, 2011).

As complicações em longo prazo como a ocorrência de AVE e insuficiência renal crônica levam também à sobrecarga dos serviços de urgência , além de implicar em expressivo aumento dos custos com o tratamento, o que polariza grande parte dos limitados recursos destinados à saúde e para a medicina curativa e terciária em detrimento das ações preventivas e da continuidade do cuidado . É sabido que o gasto com prevenção é habitualmente bem menor quando comparado aos gastos com a reabilitação do paciente (BARROSO; ABREU; FRANCISCHETTI, 2002).

Dessa forma, podemos observar que, no Brasil, é imprescindível se identificar melhor os grupos de risco e otimizar o controle dos pacientes, podendo, assim, influenciar positivamente os indicadores de morbimortalidade e minimizar as disparidades encontradas nos sistemas e serviços de saúde como a sobrecarga de hospitais e excesso de procedimentos de alta complexidade.

Sabe-se que o diagnóstico precoce , a abordagem terapêutica adequada e a educação em saúde são objetivos que devem ser alcançados para que se possa realizar um controle rigoroso e prevenir as possíveis complicações. Para isso, pensa-se em ações efetivas em saúde de maneira integral e contínua.

No contexto das ações preventivas e dos cuidados prolongados , a estratégia de saúde da família (ESF) tem se mostrado eficaz e ampliadora do acesso da população aos serviços de atenção básica , sobretudo no controle de condições crônicas como HAS e diabetes mellitus.

Destaca-se que em fevereiro de 2000, a Secretaria de Políticas da Saúde (SPS) deu início à elaboração do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o intuito de intensificar ações voltadas à prevenção primária , ou seja, reduzir e controlar os fatores de risco a partir de diagnóstico precoce e tratamento de portadores dessas doenças na rede básica de saúde (BRASIL, 2001b). A implementação desse Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM é um desafio para o Sistema Único de Saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), ainda é grande a existência de dificuldades na realização do diagnóstico precoce , do tratamento e do controle dos níveis pressóricos dos usuários.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - SES/MG (2006) é fundamental a promoção da saúde e a prevenção de complicações da HAS e do DM baseadas na abordagem dos fatores de risco modificáveis, tais como sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de sal e açúcar, uso abusivo de bebidas alcoólicas, obesidade e estresse. É essencial a modificação do estilo de vida.

Silva *et. al.* (2006, p.298), afirmam que “a doença não tem cura, mas que pode ser controlada, desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos, enfim, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações”.

## 2 JUSTIFICATIVA

A adesão ao tratamento medicamentoso e hábitos de vida adequados são extremamente importantes para o controle da HAS e DM, sendo potenciais influenciadores de seu prognóstico.

Assim, os “nós críticos” que serão foco da atuação da equipe de saúde são: a baixa aderência ao tratamento proposto e os inadequados hábitos de vida (sedentarismo, alimentação inadequada, etilismo, tabagismo, obesidade), que estão diretamente relacionados ao pouco conhecimento que os pacientes possuem sobre essas patologias e a importância do autocuidado para o controle das mesmas, que vai além da simples medicalização.

Estas informações poderiam orientar o manejo ativo dos casos na comunidade com envolvimento direcionado de toda a equipe . Poderiam, ainda, direcionar ações estratégicas com o intuito de efetivo acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas e busca de autocuidado e, com isso, melhor qualidade de vida para elas.

Assim, a equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para fazer um Projeto de Intervenção, considerando a proposta viável, o que ratifica a realização do trabalho.

Com isso, espera-se que após a implantação desse projeto de intervenção elaborado se conquiste a mudança do estilo de vida da população doente e se alcance o controle adequado dessas doenças, prevenindo problemas maiores no futuro.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um Projeto de Intervenção com vistas à redução da prevalência de hipertensos e diabéticos com níveis pressóricos e glicêmicos persistentemente elevados após já iniciado o tratamento, buscando o adequado controle dessas condições na Unidade de Saúde PACS São Paulo do município de Governador Valadares.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Propor medidas para melhorar a adesão ao tratamento proposto; o nível de conhecimento para o cuidado com a saúde; reduzir os níveis pressóricos e índices glicêmicos; maior adesão à alimentação saudável, prática de exercícios físicos e mudanças de estilo de vida em geral.



## 4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), descrito por Campos *et. al.* (2010). Primeiramente, foi realizado um diagnóstico de saúde no território de abrangência da unidade, tendo como referência o método citado anteriormente. Para o levantamento de dados e informações da área, visando identificar os problemas e a situação local, foi utilizado o Método da Estimativa Rápida, que, segundo os autores, constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e os recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos (CAMPOS *et. al.*, 2010). Os dados foram levantados por meio da observação ativa do território e a pesquisa em registros escritos secundários, sendo que foram utilizados registros do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Em seguida, foram definidos os problemas e priorizado o descontrole dos níveis pressóricos em hipertensos e dos níveis glicêmicos em diabéticos já em tratamento, para ser alvo do plano de ação.

Para a revisão narrativa da literatura sobre o tema, foram utilizadas publicações nacionais e internacionais, cujas fontes de busca foram livros, textos, periódicos e artigos eletrônicos expostos em bancos de dados com acesso livre, como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SCIELO, Pubmed, LILACS e Biblioteca Virtual do NESCON. Foram consideradas para desenvolvimento do trabalho as referências que tiveram publicação no período de 2001 a 2014, utilizando-se os descritores: Hipertensão, diabetes mellitus, tratamento, estratégia saúde da família, atenção primária à saúde, educação em saúde.

Para apoio metodológico foi utilizado o módulo Iniciação à metodologia: textos científicos (CORRÊA *et.al.*, 2013).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica: conceitos gerais

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA-SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO-SBH, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA-SBN, 2010).

Após o diagnóstico, a hipertensão arterial é classificada em dois tipos: primária, também conhecida como hipertensão essencial (95% dos pacientes), com causa desconhecida, ou secundária, com causa orgânica desencadeadora da elevação dos valores pressóricos, geralmente doenças renais e endócrinas como principais causas (FERREIRA, 2010).

A HAS normalmente associa-se às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SBC, SBH, SBN, 2010).

Esta é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal (BRASIL, 2006b).

Eventualmente os pacientes podem apresentar-se com quadro de elevação aguda e acentuada dos níveis pressóricos referidos como crise hipertensiva, podendo esta ser dividida em urgência hipertensiva, quando ocorre sem lesão de órgãos alvo e emergência hipertensiva quando envolve lesão de órgão alvo. Este quadro exige intervenção médica imediata devido à iminência de disfunção orgânica aguda (FERREIRA FILHO, 2009).

O surgimento da HAS além de estar relacionado a fatores de risco constitucionais, tais como idade, sexo, antecedentes familiares e raça/cor; relaciona-se também aos ambientais: sobrepeso/obesidade, estresse, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, uso de anticoncepcionais, alimentação rica em sódio e gordura, diabetes, dentre outros (SILVA *et. al.*, 2011).

Além disso, há condições associadas à HAS que elevam o risco de ocorrências de eventos cardiovasculares, dentre eles a dislipidemia, o diabetes, o tabagismo e o etilismo.

A HAS tem prevalência variável de acordo com diversas populações, etnias, raças e espaços geográficos. A raça negra é mais afetada e tende a desenvolver padrões mais graves em comparação com a raça branca. No Brasil, a sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos (35% em média), com aumento proporcional à idade, chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e atingindo aproximadamente 75% da população acima de 70 anos (SBC, SBH, SBN, 2010), sendo cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial (35% da população de 40 anos e mais) e esse número é crescente. Seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras, relacionados diretamente com índices elevados de obesidade infantil e alterações de hábitos de vida. A carga de doenças é muito alta e, por tudo isso, a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo (BRASIL, 2006b).

Trata-se de uma doença também conhecida como “assassina silenciosa”, pois, na maioria das vezes, não apresenta sintomas, o que dificulta seu diagnóstico e a adesão ao tratamento. Assim as pessoas com HAS podem desenvolver complicações associadas à hipertensão, sendo muitas vezes diagnosticado já na ocorrência de um infarto, AVE ou insuficiência renal, momento em que estas pessoas procuram o cuidado médico (SILVA, 2011).

Estes dados são considerados importantes, uma vez que a maioria dos pacientes já está sofrendo efeito das alterações vasculares. Além disso, as lesões de órgão alvo tendem a gerar expressão clínica após longo período assintomático de doença, o que sugere que os pacientes podem ter desenvolvido a doença em idades precoces ou que passaram grande período com doença livre de tratamento.

Segundo Junior *et. al.* (2006), existem duas formas de terapêutica, através de tratamentos medicamentosos e não medicamentosos.

O tratamento não medicamentoso da HAS tem como principal objetivo , diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares por meio de modificações do estilo de vida que favoreçam a redução da pressão arterial e consiste em estratégias que visam mudar o estilo de vida e que podem levar à diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo à sua dispensa (OLIVEIRA, 2011).

Está indicada a todos os hipertensos e aos indivíduos mesmo que normotensos, mas de alto risco cardiovascular. Dentre essas modificações, as que comprovadamente reduzem a pressão arterial são : redução do peso corporal , da ingestão do sal e do consumo de bebidas alcoólicas , prática de exercícios físicos com regularidade, e a não utilização de drogas que elevam a pressão arterial (MIO, 2002).

As mudanças de hábitos envolvem ainda o abandono do tabagismo , dieta equilibrada com padrão alimentar que inclui a suplementação de cálcio, magnésio e potássio, o aumento na ingestão de fibras, a redução no consumo de gorduras, além do controle do estresse psicoemocional (JUNIOR *et. al.*, 2006).

O tratamento não medicamentoso é parte fundamental para o sucesso terapêutico, no controle da HAS e de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV), como obesidade e dislipidemia . Esse tratamento envolve mudanças no estilo de vida (MEV) que acompanham o tratamento do paciente por toda a sua vida (BRASIL, 2013b).

Caso o controle pressórico seja satisfatório , esta pode ser a única medida a ser tomada para o controle da PA . Entretanto, se essa medida for insatisfatória segue-se para associação medicamentosa.

O tratamento medicamentoso tem como objetivo primordial a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares . São os anti -hipertensivos juntamente como os diuréticos (JUNIOR *et. al.*, 2006). O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial respeitando -se as características peculiares e a qualidade de vida dos pacientes , o que favorece também a diminuição dos efeitos colaterais dos fármacos (OLIVEIRA, 2011).

O tratamento medicamentoso lança mão de diversas classes de fármacos que são indicados levando -se em consideração a necessidade de cada pessoa , a avaliação da presença de comorbidades , a ocorrência de lesão em órgãos -alvo, a história familiar, a idade e gravidez (BRASIL, 2010).

Aproximadamente 90% dos pacientes utilizam medicamentos para o controle pressórico e destes 73% utilizam associação de medicamentos , o que ressalta a natureza etiológica multifatorial da doença, considerando-se os distúrbios endócrino-vasculares subjacentes (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Conforme orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), o médico fará o seguimento dos pacientes com hipertensão, solicitando o apoio de outros profissionais de saúde , de acordo com as necessidades de cada caso e recursos disponíveis. “Uma vez controlados os níveis pressóricos , deveremos acompanhar o paciente conforme suas necessidades individuais e o seu risco cardiovascular” . Sugere-se que as consultas sejam mensais , até atingir o nível pressórico desejado (BRASIL, 2013b, p.74).

Sabe-se que a natureza assintomática da doença, a baixa adesão terapêutica e utilização irregular das medicações constituem-se nas principais causas do controle insatisfatório, observado em grande parte dos pacientes (SBC, SBH, SBN, 2010).

Uma das maneiras mais eficientes para estimular a adesão ao tratamento da hipertensão arterial é a Educação em Saúde . Nesse sentido, a abordagem multiprofissional, através dos diversos saberes dos profissionais envolvidos , e a realização de Grupos Educativos têm se mostrado um instrumento de grande valor no controle da doença hipertensiva , por se tratar de uma forma de interação entre profissionais e usuários , fazendo com que estes possam refletir e expor a sua realidade, observar os problemas mais comuns entre eles , trocar experiências e propor mudanças de hábitos (ALMEIDA *et. al.*, 2011).

O papel e a importância dos enfermeiros perante os hipertensos está ligada ao processo de educação , motivando o portador de hipertensão arterial a realizar o auto cuidado , utilizando estratégias de ensino -aprendizagem, implementando a

comunicação do paciente e a verbalização dos seus problemas (JUNIOR *et. al.*, 2006).

## 5.2 Diabetes Mellitus: conceitos gerais

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2009, p.13) “o Diabetes Mellitus não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia (glicemia >125mg/dl em jejum ou > 199 mg/dl 2h após sobrecarga de 75g de glicose), a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos”. Há também duas categorias referidas como pré-diabetes: glicemia de jejum alterada e a tolerância diminuída a glicose, consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (ADA, 2012; SBD, 2009).

Clinicamente, os sintomas decorrentes da hiperglicemia incluem um ou mais sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, visão embaçada, prurido, aumento da susceptibilidade às infecções, entre outros (BRASIL, 2006a, p.9).

Segundo o Ministério da Saúde, Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo mundo (BRASIL, 2006a, p.7). O risco de desenvolver diabetes aumenta com a idade, obesidade e falta de atividade física (ADA, 2012).

Estima-se que no Brasil, existem mais de cinco milhões de pessoas diabéticas, das quais cerca de 50% desconhecem o diagnóstico. Sua prevalência entre as pessoas com idade entre 30-69 anos que moram na região urbana é de 7,6% (SBD, 2008 apud TENÓRIO, 2009, p.2).

A classificação do Diabetes Mellitus proposta pela Organização Mundial de Saúde - OMS (2003), pela ADA (2012) e recomendada pela SBD (2009) baseia-se

na etiologia dos distúrbios glicêmicos, e inclui quatro classes clínicas: DM tipo I, DM tipo II, DM gestacional e outros tipos específicos de DM.

O DM tipo I, resulta primariamente da destruição das células beta pancreática, por origem autoimune ou idiopático, e tem tendência a cetoacidose. O DM tipo II, resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. A doença é considerada parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina, que se denomina no estado em que ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos, especialmente musculares e hepáticos, em resposta à ação insulínica (BRASIL, 2001b, p.14).

Outro tipo da doença é o diabetes gestacional que é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto (BRASIL, 2001b, p.15).

Para Sherwin (2005, p. 1658-1692) a ausência dos efeitos da insulina desempenha um papel primário nos transtornos metabólicos associados ao diabetes, e, por sua vez, a hiperglicemia desempenha um importante papel nas complicações relacionadas com a doença.

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, que controla o nível de glicose no sangue ao regular a sua produção e armazenamento. Em portadores de DM, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Isso leva a hiperglicemia, que pode resultar em complicações agudas, como cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar não-cetótica (BRUNNER *et. al.*, 2002, v.2, p. 690-700).

A hiperglicemia crônica está associada com danos em longo prazo, tais como disfunção e insuficiência de órgãos, marcada pelo aparecimento de complicações tardias, como retinopatia com potencial perda da visão, nefropatia, que pode evoluir a uma falência renal, neuropatia periférica com riscos de úlceras nos pés, podendo levar a amputações dos membros, neuropatia autonômica, causando sintomas gastrointestinais, geniturinários, cardiovasculares e disfunções sexuais (PICINATO, 2003 apud TENÓRIO, 2009, p. 8-9).

Os mecanismos do aparecimento dessas complicações ainda não estão completamente esclarecidos, mas a duração do diabetes assim como seu controle

interage com outros fatores de risco, como hipertensão arterial, tabagismo e dislipidemia. O controle intensivo desses fatores através de medidas farmacológicas e não farmacológicas pode reduzir todas as complicações em pelo menos a metade (BRASIL, 2006a).

O tratamento para o paciente portador de diabetes poderá ser medicamentoso como o uso dos antidiabéticos orais, a insulina ou a combinação de ambos. Ou ainda, não medicamentoso, como a prática regular de atividades físicas, o planejamento alimentar, o plano de educação e a monitorização da glicemia, ambos controlando a glicemia para que se evitem possíveis complicações crônicas e agudas (BRASIL, 2006a).

O tratamento contempla desde educação até adoção de medidas para mudanças no estilo de vida saudável, que inclui a interrupção do tabagismo, aumento da atividade física regularmente, hábitos alimentares corretos e se necessário, o uso de medicamentos. Ao portador de diabetes tipo 2, onde a insulina não foi indicada e não se atingiu níveis de controle desejáveis da glicemia, deve ser usado medicamento oral. A preferência do tipo de medicamento deve levar em consideração o nível de glicemia e hemoglobina glicosilada do paciente, a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, o efeito sobre o peso, idade, doenças e possíveis interações medicamentosas, reações adversas e contra indicações (VIGGIANO, 2003).

O tratamento insulinoaterápico visa mimetizar, tanto quanto possível, o perfil fisiológico da secreção pancreática de insulina. Dessa forma, múltiplas doses diárias desse hormônio no tecido subcutâneo são necessárias no sentido de proporcionar o controle glicêmico, o qual tem sido demonstrado como condição essencial na prevenção das complicações agudas e crônicas desta síndrome (STACCIARINI, 2008).

Por tratar-se de uma doença evolutiva, os pacientes desta síndrome, requerem mudanças positivas no estilo de vida (hábitos alimentares e de atividade física) associado com tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, pois as células beta do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos (BRASIL, 2006a apud TENÓRIO, 2009, p. 9).



Porém, mudar de estilo de vida não é tarefa fácil e requer esforço e disciplina, o que pode também ser influenciado pelas condições socioeconômicas, principalmente no consumo de alimentos apropriados e adesão à atividade física.

### **5.3 Medidas para aumentar a adesão terapêutica, reforçar as mudanças no estilo de vida e incentivar o autocuidado**

Os hábitos de vida da sociedade moderna , caracterizados pelo elevado consumo de dietas desbalanceadas e reduzida prática de exercícios físicos , têm trazido inúmeras implicações para a saúde da população , com aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (COSTA *et. al.*, 2011).

A atenção para as pessoas com doenças crônicas deve envolver necessariamente, equipe multiprofissional , considerando que os determinantes de saúde são multifatoriais . A equipe deve ser entendida como um agrupamento de profissionais que atende a uma determinada população e se reúne para discutir os problemas de saúde da mesma , atuando de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos na abordagem dos problemas de saúde em um campo único de atuação para construção de estratégias conjuntas de intervenção, a partir de reuniões de equipe, discussões de caso e atendimentos compartilhados de acordo com as realidades locais (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2006a).

Estudos têm comprovado que a abordagem multidisciplinar é eficiente no controle, tratamento e prevenção de complicações agudas relacionadas às doenças crônicas (MAIA, 2004; SILVA *et. al.*, 2006). Segundo o estudo realizado por Silva *et. al.* (2006), a intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes com HAS e DM por equipe multidisciplinar, num período de 30 meses, mostrou-se notavelmente útil no controle destas doenças . Este mesmo estudo mostrou que a formação de grupos para ação educativa associada à garantia de fornecimento de medicação e ao atendimento de intercorrências também foi útil.

A oferta de educação em saúde pelas UBS e a participação dos usuários em grupos de discussão , com informações sobre as doenças e condutas para adoção

de estilos de vida mais saudáveis é essencial, por proporcionar conhecimentos e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que suas condições requerem (FRANCISCO *et. al.*, 2010) e por favorecer o esclarecimento de dúvidas (JÚNIOR *et. al.*, 2006). Portanto, os profissionais de saúde que desenvolvem cuidados a usuários com o diagnóstico de HA S ou DM devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS de um cuidado integral e humanizado (SANTOS, 2013).

Por se tratar de uma condição multifatorial, a contribuição de uma equipe multiprofissional de apoio à pessoa com HA S, bem como as intervenções não-farmacológicas possuem grande importância, devendo ser incentivadas sempre que possível, sendo a educação em saúde uma ferramenta que possibilita o conhecimento e entendimento da doença com especial enfoque sobre conceitos de hipertensão arterial e suas características, apontada como uma das principais sugestões para melhorar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo (SBC, 2010). O controle e a prevenção de complicações do DM também são possíveis por meio de programas educativos, considerando que a educação é fundamental para o autogerenciamento dos cuidados (TORRES, 2009). Além disso, a organização de grupos operativos possibilita gerar sujeitos ativos com maior autonomia além de estreitar a relação entre a equipe multiprofissional e o usuário, estabelecendo uma aliança terapêutica (ALMEIDA; SOARES, 2010 apud BRASIL, 2013a).

Para Júnior *et. al.* (2006) a educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro, uma vez que a deficiência da adesão entre indivíduos com HA S tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informações sobre o tratamento.

Porém, uma orientação meramente técnica parece não ser suficiente para a mudança dos hábitos, sendo necessário um diálogo que compreenda todo o contexto que envolva esses hábitos, incluindo dinâmicas de grupo associadas a lazer e cultura (SANTOS, ARAÚJO, 2011). Dessa maneira, antes de se iniciar uma orientação, é fundamental que toda a equipe conheça os padrões individuais de resposta do paciente em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades,

conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias , a serem alcançadas a curto , médio e longo prazo , visando o controle da doença (COSTA *et. al.*, 2011). Santos (2013) observou que, o estabelecimento deste vínculo propicia a aproximação dos profissionais com os usuários, família e comunidade, por meio da comunicação e do relacionamento entre estes, o que contribui com o processo de trabalho da equipe.

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Entende-se que um problema é uma situação inaceitável e discrepante com o ideal desejado, porém com possibilidade de transformação para o almejado. O plano de ação é um projeto de intervenção sobre determinado problema detectado e que necessita ser solucionado. Contudo, deve-se considerar a viabilidade de gerenciar o plano para obter os resultados desejados (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após a identificação dos principais problemas que atingem a área de atuação da unidade de saúde do bairro São Paulo, no município de Governador Valadares, foi elencada uma ordem de prioridade dos problemas. Diante dessa classificação foi selecionado o problema prioritário devido à importância e a gravidade do mesmo, além da possibilidade de enfrentamento da situação pela equipe de saúde.

O problema selecionado como prioritário foi o grande número de hipertensos e diabéticos com níveis pressóricos e glicêmicos descontrolados mesmo após iniciado o tratamento. Foram expostas as principais causas envolvidas e as consequências geradas, numa explicação sucinta sobre a questão.

A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para enfrentar os problemas que estão causando o problema principal. Por meio de uma análise cuidadosa das causas desse problema, foi possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso foi utilizado o conceito de “nó crítico”, que significa um tipo de causa de um problema que ao ser abordado é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Também inclui a idéia de algo que posso intervir, ou seja, que o seu enfrentamento está dentro do alcance e com possibilidade de ser viabilizado.

Com isso, os nós críticos definidos foram os hábitos de vida inadequados (sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e etilismo) e o baixo nível de informação da população sobre essas doenças.

As ações relativas a cada nó crítico estão descritas a seguir.

Quadro 1: Operações sobre o “nó crítico hábitos de vida inadequados” relacionado ao problema na população sob responsabilidade da equipe de saúde PACS São Paulo, no município de Governador Valadares em Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Hábitos de vida inadequados
<b>Operação</b>	Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente a alimentação, atividade física e também o autocuidado
<b>Projeto</b>	<b>Viver Saudável</b>
<b>Resultados esperados</b>	Estimular na população a adoção de hábitos de vida saudáveis  Diminuir o número de sedentários, obesos e tabagistas
<b>Produtos esperados</b>	Atividade física comunitária programada  Palestras educativas com exibição de material audiovisual  Elaboração de folders
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Comunidade hipertensa e diabética Equipe de Saúde PACS São Paulo Secretaria Municipal de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: para a atividade física  Cognitivo: estratégias de práticas pedagógicas  Político: conseguir a mobilização social e apoio intersetorial  Financeiro: para recursos audiovisuais e folders

<b>Recursos críticos</b>	Organizacional: conseguir educador físico e espaço para a prática  Político: conseguir apoio intersetorial  Financeiro: conseguir recursos para a impressão de folders e aquisição de material audiovisual
<b>Controle dos recursos críticos/viabilidade</b>	Ator que controla: Secretaria Municipal de Saúde; Associações presentes no bairro  Motivação: indiferente
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde  Buscar o apoio intersetorial das associações presentes no bairro
<b>Responsáveis</b>	Médico da equipe  Enfermeira da equipe  Demais integrantes da equipe de Saúde da unidade PACS São Paulo  Secretaria Municipal de Saúde
<b>Cronograma/Prazo</b>	Apresentar projeto e buscar apoio intersetorial em 3 meses  3 meses para início das atividades
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a equipe da unidade de saúde para avaliação e acompanhamento das ações realizadas. Serão avaliados segundo os critérios de

	<p>produtos já realizados e ações ainda a serem efetuadas, as dificuldades encontradas, os resultados alcançados frente aos resultados esperados e ao objetivo geral do trabalho, a participação da comunidade alvo e dos atores e responsáveis envolvidos. Por fim, levando-se em conta que o projeto de intervenção, segundo o método do PES, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, serão realizadas reuniões trimestrais entre todos os envolvidos, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais e que os diferentes atores explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, contribuindo para que o projeto torne-se cada vez mais efetivo e agrade aos envolvidos.</p>
--	---

Quadro 2: Operações sobre o “nó crítico baixo nível de informação” relacionado ao problema na população sob responsabilidade da equipe de saúde PACS São Paulo, no município de Governador Valadares em Minas Gerais

<b>Nó crítico 1</b>	Baixo nível de informação
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos

	cardiovasculares
<b>Projeto</b>	<b>Você Sabia?</b>
<b>Resultados esperados</b>	População mais consciente e informada sobre as doenças cardiovasculares, seus agravos, prevenção e sobre o tratamento medicamentoso e não medicamentoso
<b>Produtos esperados</b>	Avaliação do nível de informação da população de risco  Grupos operativos  Campanhas educativas
<b>Atores sociais/responsabilidades</b>	Comunidade hipertensa e diabética Equipe de Saúde PACS São Paulo Secretaria Municipal de Saúde
<b>Recursos necessários</b>	Organizacional: organizar agenda  Cognitivo: conhecimento sobre estratégias de comunicação, práticas pedagógicas e tecnologias em saúde  Político: mobilização social e parceria intersetorial  Financeiro: não se aplica
<b>Recursos críticos</b>	Político: conseguir parceria intersetorial, conseguir espaço para realização das atividades propostas
<b>Controle dos recursos críticos/viabilidade</b>	Ator que controla: Igreja do bairro  Motivação: favorável



<b>Ação estratégica de motivação</b>	Não é necessária
<b>Responsáveis</b>	Médico da equipe  Enfermeira da equipe  Demais integrantes da equipe de Saúde da unidade PACS São Paulo
<b>Cronograma/Prazo</b>	6 meses subsequentes
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Após a implantação do projeto de intervenção serão realizadas reuniões mensais com a equipe da unidade de saúde para avaliação e acompanhamento das ações realizadas. Serão avaliados segundo os critérios de produtos já realizados e ações ainda a serem efetuadas, as dificuldades encontradas, os resultados alcançados frente aos resultados esperados e ao objetivo geral do trabalho, a participação da comunidade alvo e dos atores e responsáveis envolvidos. Por fim, levando-se em conta que o projeto de intervenção, segundo o método do PES, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo, serão realizadas reuniões trimestrais entre todos os envolvidos, possibilitando a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais e que os diferentes atores explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando

	corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, contribuindo para que o projeto torne-se cada vez mais efetivo e agrade aos envolvidos.
--	---

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu que a equipe da unidade de saúde PACS São Paulo conhecesse os principais problemas que acometem a população que está sob seus cuidados e a realidade em relação às doenças crônicas, que não difere quanto à realidade brasileira, onde a prevalência de condições como HAS e DM são bastante elevadas. Permitiu ainda, conhecer os grandes pilares para a falha terapêutica dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade, relacionada à baixa adesão ao tratamento adequado e o pouco conhecimento sobre essas condições.

Para enfrentamento desta realidade é necessário utilizar diversos recursos e estratégias. As equipes de saúde da atenção primária surgem como grande recurso para realizar essa mudança de realidade, uma vez que podem efetuar grande número de ações, utilizando o vínculo entre o paciente e equipe, além da possibilidade de acompanhamento integral e contínuo.

Essa proposta de intervenção busca implantar ações de melhoria na capacitação de profissionais e usuários no controle e prevenção de doenças crônicas como a HAS e o DM, através da adoção de hábitos de vida saudáveis e da aquisição de conhecimentos sobre essas doenças, possibilitando a maior gestão do autocuidado por parte dos acometidos.

O projeto de intervenção evidenciou a dificuldade para atingir o controle, a conscientização dos pacientes e a mudança de hábitos de vida. A inserção de outros profissionais na equipe tais como nutricionista, educador físico, psicólogo entre outros, parece ser uma boa alternativa para a redução do número de usuários hipertensos e diabéticos e para atingir o controle dessas doenças. Entretanto, a unidade não conta com equipes de NASF.

Dessa forma, esse projeto de intervenção, propõe medidas voltadas para a melhoria de ações ofertadas a saúde do portador de HAS e DM, assim como as medidas de prevenção e conscientização dos não portadores e considera que o envolvimento e compromisso dos diversos atores responsáveis por essa prática, principalmente a equipe de saúde, diretamente envolvida, no cumprimento de todas as metas, trará um atendimento eficaz e de qualidade.

Com o desenvolvimento deste trabalho, resultou um projeto de intervenção factível, de baixo custo, com fácil implementação, que pode ser mantido longitudinalmente, e assim, em longo prazo, esperam-se melhorias na qualidade da assistência ao portador de HAS e DM atendidos pela equipe da unidade de saúde PACS São Paulo, o que acarretará em melhoria de saúde e qualidade de vida dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, V. 35, Supplement 1, January. 2012.

ALMEIDA, A. B. *et. al.* **Significado dos grupos educativos de hipertensão arterial na perspectiva do usuário de uma unidade de atenção primária à saúde.** Rev APS. v. 14, n.3, p. 319-326, jul/set. 2011.

BARROSO, S. G.; ABREU, V. G.; FRANCISCHETTI, E. A. A participação do tecido adiposo visceral na gênese da hipertensão e doença cardiovascular aterogênica. Um conceito emergente. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 78, p. 618-630, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Caderno 7 – Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) protocolo.** Brasília: Ministério da Saúde. 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus – Cadernos de Atenção Básica – n.º 16 Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 15 Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília: Ministério da Saúde. Tiragem: 1ª edição – 2006b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário Terapêutico Nacional 2010: Rename 2010. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota técnica do município de Governador Valadares referente ao

mês de maio de 2014. Disponível em:

<http://dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php>. Acesso em: jul. 2014.

BRUNNER, L. S.; SMELTZER, S. C; BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. In: BRUNNER, L. S.; SMELTZER, S. C; BARE, B. G.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3). Acesso em: ago. 2014.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>. Acesso em: ago. 2014.

COSTA, J. A. *et. al.* Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16 (3): 2001-2009. 2011.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência e Saúde Coletiva**, 15 (1): 97-104. 2010.

FERREIRA FILHO, C. Systemic arterial hypertension. **Rev Bras Med.** v. 66, n.10, p. 317-24, 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B.; BELON, A. P.; BARROS, M. B. A *et. al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26 (1), jan. 2010.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: jun. 2014.

JÚNIOR, D. P. L. *et. al.* A farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 14 (3): 435-41; maio-junho. 2006.

MAIA, F. R. *et. al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabetico na atenção básica. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.7, n. 1, dez. 2004.

MAIA, F. F. R.; ARAUJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**; 48 (2); 261-266. 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.



MIO, J. R. D. **Hipertensão Arterial**. Sociedade Brasileira de Cardiologia e Sociedade Brasileira de Nefrologia. 2002.

OLIVEIRA, A. **Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial**. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo – SP, 2011.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília. 2003.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Health care assessment for patients with diabetes and/or hypertension under the Family Health Program in Francisco Morato, São Paulo, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 22, n. 2, fev, 2006.

PIERIN, A. M. G. *et. al.* Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1): 1389-1400. 2011.

PINCINATO, E. C. Atualização no diagnóstico, classificação para o diabetes mellitus (DM). **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 62-67, jan/jun. 2003.

SANTOS, A. F. L.; ARAÚJO, J. W. G. Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde. **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, Brasília, 20 (2): 255-263, abr-jun. 2011.

SANTOS, F. P. A. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 47(1): 107-14. 2013.

SBC. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBH. SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. SBN. SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**; 95 (Supl. 1): p. 1-51. 2010.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic. 2005.

\_\_\_\_\_. **Dados sobre Diabetes Mellitus no Brasil**. 2008. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/imprens.php>. Acesso em: dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2009**. São Paulo: A. Araújo Silva Farmacêutica. 3 ed. 2009.

SHERWIN, R. S. Diabetes Mellitus. In: CECIL, R. L.; GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Tratado de Medicina Interna**; 22ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

SILVA, T. R. *et. al.* Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade** v.15, n.3, p. 180-189, set-dez, 2006.

SILVA, D. B. *et. al.* Associação entre hipertensão arterial e diabetes em centro de saúde da família. **RBPS**, Fortaleza, 24 (1): 16-23, jan./mar. 2011.

STACCIARINI, T. S. G.; HAAS, V. J.; PACE, A. E. **Fatores associados à auto-aplicação nos usuários com Diabetes Mellitus acompanhados pela estratégia saúde da família.** Cad. Saúde Pública, jun/2008, v. 24, n. 6, p. 1314-1322.

TENÓRIO, L. J. Perfil farmacoterapêutico dos Diabéticos atendidos pelo SUS em Monte Verde – MG. Univ. Federal Alfenas, 2009. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/monografia%20luciene%20vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em: dez. 2014.

TORRES, H. C. *et. al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista de Saúde Pública**; 43 (2): 291-8. 2009.

VIGGIANO, C. E. Prevalência, fatores de risco, complicações e tratamento do diabetes melito. **Revista Nutrição Brasil**, v. 2, n. 2, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=7044&indexSearch=ID>. Acesso em: dez. 2014.