

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daizy Vieira Santana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES MELLITUS (DM), NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MADALENA DE ALMEIDA, CAATIBA, BA**

Belo Horizonte

2024

Daizy Vieira Santana

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES MELLITUS (DM), NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE MADALENA DE ALMEIDA, CAATIBA, BA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Liliany Mara Silva Carvalho

Belo Horizonte

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 28 dias do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) **Daizy Vieira Santana** entitulado "Intervenção para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), na Unidade Básica de Saúde Madalena de Almeida, Caatiba, BA", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores MARCOS AZEREDO FURQUIM WERNECK, Lilianny Mara Silva Carvalho e Dra. Lays Fernanda Nunes Dourado, Especialista Bárbara Ribeiro Barbosa. O TCC foi aprovado com a nota 100. Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 03 do mês de julho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 16/07/2025, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4349173** e o código CRC **AC67112C**.

DEDICATÓRIA

Aos meus queridos familiares por estarem
sempre torcendo pelo meu sucesso.

Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

À força que me move sempre, me guiando e me orientando: Deus.

À Coordenação do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais, pela organização e condução dos trabalhos educacionais.

Aos Doutores e Mestres disponibilizados em toda a trajetória do curso que em muito contribuíram para minha formação profissional.

Aos colegas da turma de Gestão do Cuidado em Saúde da Família: obrigada pela troca de experiências.

Não fui Eu que ordenei a você?

Seja forte e corajoso!

(Josué, 1:9)

RESUMO

Considerada como uma condição clínica multifatorial a hipertensão arterial sistêmica (HAS) se caracteriza pela elevação sustentada dos níveis pressóricos, compreendidos entre 140 e/ou 90 mmHg, sendo de forma frequente associada aos distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, das quais são agravadas mediante a presença de outros fatores de risco. Diabetes melitus (DM) é uma condição metabólica caracterizada pela hiperglicemia, ou seja, níveis elevados de glicose no sangue, devido a problemas na produção ou na ação da insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas que regula a glicose. O objetivo desse projeto consiste em criar um plano de intervenção para atuar no controle da HAS e DM junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, com a finalidade de promover adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas. Como recurso metodológico foi elaborado um Planejamento Estratégico Situacional, bem como uma breve revisão bibliográfica nos bancos de dados Scientific Electronic Library online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e do Ministério da Saúde, com espaço temporal dos últimos 20 anos. Os resultados evidenciados permitiram compreender os nós críticos aos quais, citam-se: inadequados hábitos e estilo de vida, oriundos de má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade e sedentarismo; grande parte da população, desconhece os fatores de riscos intrínsecos à HAS/DM e, dessa forma, não procuram a ESF; e pouca efetividade das ações estratégicas traçadas pela ESF Madalena de Almeida, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a HAS/DM. Espera-se que haja controle pressórico e metabólico relacionado à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Estilo de Vida; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Considered a multifactorial clinical condition, systemic arterial hypertension (SAH) is characterized by sustained elevations in blood pressure levels between 140 and/or 90 mmHg. It is frequently associated with metabolic disorders and functional and/or structural alterations of target organs, which are aggravated by other risk factors. Diabetes mellitus (DM) is a metabolic condition characterized by hyperglycemia, or high blood glucose levels, due to problems with the production or action of insulin, a hormone produced by the pancreas that regulates glucose. The objective of this project is to create an intervention plan to control SAH and DM among the population served by the Madalena de Almeida Family Health Program (FHP-ESF), located in the rural area of Serra Pelada, in the municipality of Caatiba, Bahia, with the aim of promoting adherence to programs offered to reduce and control these conditions. A Situational Strategic Plan was developed as a methodological resource, as well as a brief literature review of the Scientific Electronic Library online, Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences, and the Ministry of Health databases, covering the last 20 years. The results revealed an understanding of critical issues, including: inadequate habits and lifestyle, resulting from poor diet (many due to low socioeconomic status), obesity, and a sedentary lifestyle; a large portion of the population unaware of the risk factors intrinsic to hypertension/DM and, therefore, do not seek out the FHP-ESF; and the limited effectiveness of the strategic actions outlined by the Madalena de Almeida FHP-ESF, along with the work process of the Health Team, regarding the hypertension/DM intervention program. Blood pressure and metabolic control is expected through adequate nutrition, regular physical activity, and adherence to prescribed medication.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Lifestyle; Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Fatores de risco	20
Quadro 2. Causas da DM	22
Quadro 3. Nó crítico 1	28
Quadro 4. Nó crítico 2	29
Quadro 5. Nó crítico 3	30

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico

26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

%	Percentual
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular Encefálico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
EBH	Estudo Brasileiro de Hipertensão
hab/km ² .	Habitantes por quilômetro quadrado
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IECA	Inibidores da enzima conversora de angiotensina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão Arterial
PIB	Produto Interno Bruto (PIB)
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco para DCNT por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1 A atenção primária à saúde na Estratégia de Saúde da Família	16
3.2 Dados gerais	17
3.3 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)	19
3.4 Diabetes Mellitus (DM)	22
4 OBJETIVOS	24
4.1 Objetivo geral	24
4.2 Objetivos específicos	24
5 METODOLOGIAS	25
6 RESULTADOS ESPERADOS DO PLANO DE INTERVENÇÃO	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são as principais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) que afetam o sistema cardiovascular e o metabolismo, respectivamente. A HAS e a DM não controladas podem levar a complicações graves como infarto agudo do miocárdio (IAM), Acidente Vascular Encefálico (AVE), insuficiência renal e problemas cardíacos. Ambas as condições estão frequentemente associadas e juntas têm como fatores de risco: obesidade, sedentarismo e má alimentação.

Caatiba município do estado da Bahia, possui uma população estimada de 6.205 habitantes, com densidade demográfica de 12,11 hab/km². O produto interno bruto (PIB) *per capita* é de R\$ 12.419,86 (doze mil, quatrocentos e dezenove reais e oitenta e seis centavos). O índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) foi de 0,561, no ano 2010, estando abaixo da média do Brasil para o mesmo ano (IBGE, 2021).

Em relação ao trabalho e rendimento, no ano de 2021, o salário médio mensal era de 1,5 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12,25%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 41,4% da população nessas condições (IBGE, 2021).

A cidade possui sete estabelecimentos de saúde pelo SUS, sendo um hospital Municipal e três ESF. Possui 60,4% de esgotamento sanitário adequado, e não conta com dados sobre mortalidade infantil e doenças diarreicas (IBGE, 2021).

A ESF Madalena de Almeida tem por atividade principal o ambulatório, com fluxo de clientela de demanda espontânea, voltada para o nível de atenção básica, atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que se encontra sob a gestão municipal de Caatiba.

A ESF Madalena de Almeida possui 01 consultório com clínica médica, 01 consultório odontológico e 01 sala de curativo, com serviços de atenção primária e imunização, bem como saúde bucal. A ESF funciona de segunda à sexta-feira das 7 às 17h. O agendamento de consultas é diário, permanente, sem data de aberturas e fechamento. Todos os membros da equipe cumprem 40 horas semanais.

Como estruturas físicas da atenção básica são instaladas próximas da vida dos usuários, desempenhando um papel central na garantia de acesso a uma saúde de qualidade, tendo como principais serviços oferecidos pela ESF: consultas médicas,

injeções, curativos, vacinas, coleta de exame colpocitológico, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

No período da manhã a equipe trabalha com demanda espontânea e o turno da tarde é destinado a atenção pré-natal, puericulturas, atendimento a hipertensos e diabéticos e outras afetações crônicas em demanda programada, além de visitas domiciliares. Dentro desse cenário, o dia a dia da ESF Madalena de Almeida abrange ações da atenção primária focadas na prevenção. Outros procedimentos, tais como cantoplastia, drenagem de abscessos, lavagem otológica, suturas, sondagens vesicais, etc., também são feitos pela equipe da ESF Madalena de Almeida.

Na ESF Madalena de Almeida o objetivo consiste em orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimentos superiores em complexidade, com abrangência na promoção, prevenção, no diagnóstico, tratamento e na reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde apresentadas pela população da localidade em que atuamos, cuja área delimitada é a área rural.

As reuniões em equipe para discutir os casos dos usuários, as melhorias e as dificuldades vivenciadas pela equipe são realizadas atualmente a cada 15 dias. Com a Equipe Multidisciplinar, que tem como composição médica, enfermeira, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS) e outros profissionais de saúde, tem permitido uma diversidade de especialidades proporcionado por uma abordagem holística e abrangente no cuidado ao paciente.

Os pilares da Atenção Básica estão voltados para os serviços de saúde, cujo foco está na medicina preventiva e curativa, se utilizando dos princípios do SUS: a universalidade, integralidade e equidade, focando a atenção básica em eixos voltados para um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, para abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2017).

A atenção primária, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se mostra com fundamental importância para melhorar os indicadores de saúde relacionados a DCNT.

Neste contexto, a ESF Madalena de Almeida no município de Caatiba-BA, como tantas outras no Brasil, enfrenta problemas com relação ao acolhimento e acompanhamento dos pacientes acometidos por HAS e DM, sendo por este motivo objeto deste Projeto de Intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

Os municípios baianos enfrentam desafios significativos em relação às doenças crônicas não transmissíveis, como HAS e DM. Essas condições de saúde afetam uma parcela significativa da população, apresentando impactos profundos na qualidade de vida e na infraestrutura de saúde local. E, um dos principais problemas enfrentados pelos municípios é a falta de acesso a serviços de saúde adequados.

Muitas comunidades enfrentam escassez de profissionais de saúde qualificados, o que dificulta o diagnóstico precoce e o tratamento eficaz dessas doenças. Além disso, a infraestrutura de saúde muitas vezes é inadequada para lidar com a demanda crescente por serviços relacionados à hipertensão e diabetes.

Outro desafio é a falta de conscientização e educação sobre prevenção e manejo dessas doenças. Muitas pessoas desconhecem os fatores de risco associados à hipertensão e diabetes, bem como as medidas preventivas que podem adotar para reduzir seu risco. Isso pode levar a diagnósticos tardios e agravamento das condições de saúde.

Além disso, questões socioeconômicas, como pobreza, acesso limitado a alimentos saudáveis e estilo de vida sedentário, contribuem para a prevalência dessas doenças em muitas comunidades baianas. A falta de recursos financeiros pode dificultar o acesso a uma dieta balanceada e a medicamentos essenciais para o controle da pressão arterial e glicose no sangue.

Diante de patologias HAS e DM, identificadas junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na Zona Rural de Serra Pelada, em Caatiba-BA, a busca é pela organização da atenção básica em diferentes níveis de complexidade. Nesse contexto este trabalho preza pela possibilidade de encaminhamento dos pacientes para serviços especializados quando necessário, com vistas a garantir uma integração eficiente entre os diferentes níveis de atenção à saúde. Reconhece a importância da família como unidade básica de cuidado e deseja promover ações voltadas para o fortalecimento dos vínculos familiares e o apoio às famílias em situações de vulnerabilidade.

A justificativa para tal abordagem é por compreender que a discussão dessa temática é tão importante e nasce do entendimento da necessidade de uma implementação bem-sucedida da ESF, na qual requer um forte investimento em capacitação de recursos humanos, infraestrutura adequada, sistemas de informação em saúde e participação comunitária. Entendemos que quando bem executada, a ESF

tem o potencial de melhorar significativamente os indicadores de saúde da população, reduzindo a incidência de doenças evitáveis e aumentando o acesso aos serviços de saúde, especialmente para os grupos mais vulneráveis da sociedade.

Isto posto, o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto aos Projetos Emagrecendo com Saúde: Emagre + Ser, Eu te informo para que você conheça, e, Prevenção da HAS e DM: caminhando para que seja promovida a saúde.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Na fundamentação teórica, a discussão foi baseada em três pontos relacionados entre si e em consonância com a temática ora proposta, a saber: ESF e atenção primária à saúde; Diabetes Mellitus e HAS; aos quais permitiram uma melhor compreensão acerca do que diz a literatura sobre o problema analisado.

3.1 A atenção primária à saúde na Estratégia de Saúde da Família

A ESF é um modelo de atenção primária à saúde implementado no Brasil com o objetivo de promover a saúde e prevenir doenças em comunidades locais. Sua estrutura é fundamentada em equipes multiprofissionais que atuam em unidades básicas de saúde, chamadas de USF.

Para a efetivação da ESF necessário se faz o delineamento das diretrizes que darão suporte às diferentes ações a elas relacionadas, pautando-se na estratégia central a definição de território adscrito, com organização do processo de trabalho envolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação (Monken e Barcellos, 2015).

O território define a adstrição dos usuários, propiciando o estabelecimento de relações de vínculo, confiança e afetividade entre indivíduos e profissionais de saúde e, assim, permita garantir a continuidade, a longitudinalidade e a resolutividade das ações de saúde. No entanto, necessário se faz que o trabalho seja realizado em equipe e que esta assuma a responsabilidade sanitária na área de atuação, a soma dos saberes existentes na equipe possibilitará, dentre outros aspectos, a concretização e a efetivação dos cuidados à saúde da população, junto aos territórios previamente definidos (Paim, Travassos e Almeida, 2011).

Considera-se os cuidados dispensados na Atenção Básica/ESF como complexos, tendo em vista caber a equipe a compreensão, primeiramente, das necessidades de saúde da população, no nível individual e, sobretudo, na coletividade, pois somente diante dessas informações será possível que as ações estratégicas traçadas fluam na saúde e, conseqüentemente, na autonomia das pessoas, estando em consonância com os determinantes e condicionantes de saúde da comunidade, na vigilância à saúde, no território delimitado e na população adstrita (Schimith e Lima, 2014).

Daí o entendimento de que as equipes de saúde da família são os centros principais onde os serviços de saúde são oferecidos. Elas são responsáveis por um território definido, geralmente um bairro ou conjunto de bairros, onde realizam atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições de saúde.

As ações estratégicas traçadas para a área de saúde na Atenção Básica, que é a principal porta de entrada do sistema de saúde, do qual tem seu início a partir do acolhimento, da escuta e, sobretudo, da oferta de resposta resolutiva para a maioria dos problemas de saúde diagnosticados na população estudada, tem por finalidade diminuir não somente os danos, mas, também, os sofrimentos advindos das patologias existentes, e também ser responsável por efetivar o cuidado, na observância de garantir sua integralidade (Brasil, 2017).

A ESF oferece uma série de benefícios significativos, como: promoção da saúde e prevenção de doenças, cuidados continuados e personalizados, integração com a comunidade, redução da demanda por serviços de urgência e cuidado integral.

A ESF representa um avanço significativo na organização da atenção primária à saúde no Brasil, oferecendo um modelo que visa a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a gestão eficaz das condições de saúde. Apesar dos desafios enfrentados, a ESF tem mostrado benefícios substanciais para a população, promovendo cuidados de saúde mais acessíveis, integrados e centrados nas necessidades da comunidade. A superação dos desafios e o aprimoramento contínuo da ESF são essenciais para garantir que todos tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade e equitativos (Monken e Barcellos, 2015).

3.2 Dados gerais

Mundialmente, as principais causas de morte têm relação direta com as DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis que são responsáveis por 75% das mortes no mundo, sendo as mais envolvidas: doenças cardíacas, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Vários fatores impulsionam estes números e estão relacionados com condições sociais, ambientais, comerciais e genéticas (OMS, 2023).

No cenário brasileiro, reportando-se às respectivas regiões, observa-se um panorama que se apresenta com alterações, despertando os gestores, junto à questão da mortalidade por DCNT, como a HAS e DM, a necessidade de intervenção com

qualidade com a finalidade de promover melhorias à realidade de saúde nas regiões do Brasil.

A HAS e DM se destacam como importante causa de morbidade e mortalidade em função da facilidade de complicações e, na maioria dos casos, sobretudo, decorrem das condições de vida e, conseqüentemente, de hábitos alimentares.

Considerado como a quinta maior causa de morte no mundo, a DM tem projeções para dobrar a quantidade de portadores até o ano de 2030, o que resultaria em aproximadamente, 00 milhões de pessoas com DM no mundo (OMS, 2022). No cenário brasileiro, cerca de 10% da população brasileira já possui a doença em algum grau. No que diz respeito à HAS esta afeta aproximadamente 36 milhões de brasileiros adultos, caracterizando-se como um dos maiores fatores de risco para as lesões cardíacas e cerebrovasculares, sendo, por consequência, a terceira causa de invalidez nos indivíduos (Brasil, 2020).

As complicações em decorrência destas patologias não somente causam limitações, mas, também, incapacidades, internações e óbitos. Não diferente, se tornam onerosas para os sistemas de saúde, pela presença de um curso prolongado das doenças, onde a tendência é que os serviços sejam muito utilizados pelos portadores dessas condições crônicas, impactando consideravelmente na assistência prestada.

Estas patologias apresentam diferentes distribuições nas regiões brasileiras, quando relacionadas às desigualdades, são um problema, pois afetam desproporcionalmente a população considerada mais pobre e vulnerável, onde o seu enfrentamento tende a requerer diferentes densidades tecnológicas, que devem estar associadas a estratégias que apoiem a mudança do estilo de vida.

Assim, a justificativa para traçar um plano de intervenção para ESF Madalena de Almeida, na Zona Rural de Serra Pelada, Caatiba-BA está na compreensão de que a HAS descompensada, com regularidade, se relaciona a alterações metabólicas, funcionais e/ou da estrutura dos órgãos-alvo, podendo ser complicada se houver outros fatores de risco, como intolerância à glicose e DM, obesidade abdominal e dislipidemia.

Os riscos de doenças associadas em decorrência dessas patologias HAS e DM são grandes, principalmente os cardiológicos, dos quais a HAS tem sido responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes relacionadas aos AVE (SBC, 2020).

Considerando a HAS e a DM, a atenção primária à saúde ou atenção básica, é considerada o centro e a base do sistema de saúde, onde este primeiro nível direciona

e encaminha os pacientes para atenção especializada, a qual é o segundo nível de atenção à saúde. Todavia, pacientes com complicações decorrentes de HAS e DM são direcionados ao terceiro nível de atenção à saúde que é o de hospitalização. E, daí a justificativa de controlar e traçar campanhas preventivas junto à população da ESF Madalena de Almeida.

Entendemos que um paciente bem assistido no primeiro nível com acompanhamento de um serviço especializado, não precisará utilizar o terceiro nível de atenção à saúde.

3.3 A atenção primária à saúde na Estratégia de Saúde da Família

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma condição de saúde pública significativa no Brasil, afetando uma parcela substancial da população adulta. A prevalência de HAS e seus impactos socioeconômicos e de saúde refletem a necessidade urgente de estratégias eficazes de prevenção, diagnóstico e tratamento.

A HAS é uma condição clínica multifatorial que tem como características a elevação sustentada dos níveis pressóricos superior a 140 e/ou 90 mmHg, associada, de forma frequente, a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo.

Por ser uma doença crônica com origem multifatorial, também, pode ter seu agravamento mediante o surgimento de diversos fatores de risco, a exemplo, da dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e DM, podendo, dependendo da patologia adquirida, levar à morte do paciente principalmente por doenças cardiovasculares (Lewington *et al.*, 2002).

O diagnóstico se dá mediante a consulta e anamnese com a medição do peso, da circunferência abdominal, da aferição da PA em repouso, da frequência cardíaca, procedendo ao cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), junto ao paciente.

A hipertensão é uma das principais causas de doenças cardiovasculares, como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC), além de estar associada a insuficiência renal crônica e problemas de visão. Estudos mostram que a hipertensão contribui significativamente para a mortalidade precoce no Brasil, representando uma carga considerável no sistema de saúde.

Segundo Sociedade Brasileira de Cardiologia, os principais fatores de risco para a hipertensão no Brasil são variados e frequentemente inter-relacionados como:

Quadro 1. Fatores de risco

IDADE	O risco aumenta com o envelhecimento
HEREDITARIEDADE	Histórico familiar de HAS
OBESIDADE	Excesso de peso, principalmente a obesidade abdominal
SEDENTARISMO	Falta de atividade física
CONSUMO EXCESSIVO DE SAL	Dieta rica em sódio
CONSUMO EXCESSIVO DE ÁLCOOL	O abuso de bebidas alcoólicas pode elevar a pressão arterial
ESTRESSE	Estresse crônico ou mal gerido
TABAGISMO	Associado ao aumento da PA e ao risco cardiovascular
DIABETES	Pessoas com DM têm maior risco de desenvolver HAS
DISLIPIDEMIAS	Altos níveis de colesterol e triglicérides podem aumentar o risco

Fonte: Elaboração própria (2024).

A prevalência de HAS em adultos brasileiros é estimada em torno de 32%, sendo mais comum com o aumento da idade. Aproximadamente 50% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam hipertensão. Além disso, a prevalência é maior em pessoas obesas, sedentárias e com hábitos alimentares inadequados (SBC, 2020).

Apesar dessa alta prevalência, 20-25% das pessoas que têm hipertensão desconhecem seu diagnóstico, pois a hipertensão pode ser assintomática nos estágios iniciais. Entre as pessoas que conhecem seu diagnóstico, menos de 50% conseguem manter a pressão dentro dos limites recomendados. O controle da hipertensão está ligado a fatores socioeconômicos, sendo que populações de menor renda tendem a ter menos acesso a medicamentos e acompanhamento médico regular. Muitos pacientes não aderem ao tratamento também por falta de instrução e suporte. Outra dificuldade é na mudança do estilo de vida sedentária e no uso e abuso de álcool e tabaco.

O tratamento dispensado para a HAS, inclui o medicamentoso e não medicamentoso.

Em relação ao medicamentoso, quando a PA se encontrar elevada a abordagem terapêutica deve, necessariamente, incluir a utilização de fármacos para hipertensão. Medidas não medicamentosas como a redução no consumo de sal, a prática de atividades físicas regulares, a cessação do tabagismo tem a finalidade principal de redução da PA, bem como propiciar a proteção aos órgãos-alvo, que resultará na prevenção de doenças cardiovasculares e renais (Mancia *et al.*, 2013).

A base do que pode ser decidido para a terapêutica não leva em consideração somente o nível da PA, mas também a consideração acerca da presença de comorbidades prévias, onde a adoção do tipo de medicação para o controle da HAS deverá agir também na redução da morbimortalidade por doenças Cardiovasculares.

Dentre as classes de medicamentos mais comumente prescritas destacamos: os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), os diuréticos tiazídicos, os bloqueadores dos receptores de angiotensina II (BRA), os bloqueadores dos canais de cálcio (BCC), os betabloqueadores e os antagonistas da aldosterona.

O fármaco escolhido para o tratamento da HAS deve promover a redução da morbimortalidade por doenças cardiovasculares, incluindo outros aspectos, a saber: ser eficaz quando administrados por via oral; promover a tolerância; menor frequência de administração por dia; poder ter as doses iniciais menores, porém efetivas e com associação a outros fármacos; ser usado por quatro semanas no mínimo antes de serem modificados, ressaltando as situações consideradas como especiais e que propicie um melhor controle.

A efetivação das ações traçadas pela equipe de saúde da atenção básica/ESF para a HAS tem relação direta com a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A equipe multiprofissional deve ser composta por todos os profissionais que lidem com pacientes hipertensos sejam estes médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde.

Importante mencionar que a prevenção ainda é o melhor caminho para o não desenvolvimento da HAS, que, necessariamente, devem ser instituídas ações estratégicas preventivas através das políticas públicas de saúde que, por sua vez, devem ter combinações com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação. O pressuposto consiste na estimulação, de forma precoce, do diagnóstico, o que permitirá traçar um tratamento de forma contínua, promover o controle da PA e, conseqüentemente, os fatores de risco que se encontrem associados à outras patologias. A mudança do estilo de vida e a utilização de forma regular de medicamentos se caracterizará como um diferencial na eficácia do tratamento.

3.4 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica na qual o corpo não produz insulina ou não consegue empregar adequadamente a insulina que produz. A insulina é um hormônio essencial produzido pelo pâncreas que ajuda a regular o açúcar no sangue. Existem dois tipos principais de DM: tipo 1 e tipo 2, além do diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez (SBD, 2024).

A diabetes afeta 10,5% da população adulta (20-79 anos), e quase metade dessas pessoas não tem conhecimento sobre o diagnóstico. Até 2045, as projeções mostram que 1 em cada 8 adultos, aproximadamente 783 milhões, viverá com diabetes, um aumento de 46%. A diabetes é uma das principais causas de morte no mundo, suas complicações causaram aproximadamente 6,7 milhões de mortes em 2021, representando uma alta taxa de mortalidade associada à condição. A diabetes tipo 2, em particular, está frequentemente ligada a doenças cardiovasculares, insuficiência renal e amputações (IDF, 2021).

No Brasil, a prevalência de diabetes também tem mostrado um aumento. De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, aproximadamente 7,7% da população adulta brasileira tinha diabetes (IBGE, 2020). Estudos adicionais, como o Vigitel 2020, confirmam que a prevalência continuou crescendo e chegou em 8,6%, refletindo um aumento contínuo nos casos diagnosticados. A prevalência de obesidade no Brasil, foi de 26% da população adulta e está fortemente associada ao aumento dos casos de diabetes (Brasil, 2020).

Os principais fatores de risco para diabetes incluem obesidade, sedentarismo e dieta inadequada. O aumento da obesidade e a falta de atividade física são fatores críticos que contribuem para o crescimento da incidência de diabetes tipo 2.

As causas da DM variam conforme o tipo, conforme a Quadro 2:

Quadro 2. Causas da DM

DIABETES TIPO 1	Autoimunidade; Genética; Fatores Ambientais
DIABETES TIPO 2	Resistência a Insulina; Genética; Obesidade; Sedentarismo; Dieta inadequada; Envelhecimento
DIABETES GESTACIONAL	Alterações hormonais; Obesidade pré-existente; Histórico familiar

Fonte: Elaboração própria (2024).

A DM pode levar a várias complicações sérias se não for bem controlada:

Complicações Agudas - Cetoacidose diabética (CAD); Síndrome hiperglicêmica hiperosmolar; hipoglicemia.

Complicações Crônicas - Retinopatia diabética; Nefropatia diabética; Neuropatia diabética; Doenças cardiovasculares; Doenças arteriais periféricas.

Outras complicações - Infecções e pé diabético.

O tratamento da diabetes mellitus envolve uma abordagem multifatorial e varia conforme o tipo e estágio da doença. Dentre as opções de tratamento temos o tratamento medicamentoso que é feito com medicações por via oral e a insulina que é feita por via subcutânea. O tratamento não medicamentoso envolve a dieta pobre em açúcares e gorduras saturadas e mudança no estilo de vida com a prática de atividade física e controle do peso.

A adesão ao tratamento e ao controle da diabetes permanece um desafio significativo.

Embora o acesso a medicamentos e terapias tenha melhorado, a gestão adequada da diabetes ainda enfrenta barreiras, incluindo falta de acesso a cuidados regulares e dificuldades econômicas para muitos pacientes. Outras questões como poucas visitas dos agentes de saúde e não possuir comorbidades associadas a doença, foram demonstradas como fatores de piora no controle glicêmico desses pacientes (Souza e Oliveira, 2020).

Entende-se, portanto que a DM é uma condição metabólica complexa com várias formas e causas subjacentes. Suas consequências podem ser graves e afetam vários aspectos da saúde. O manejo eficaz da diabetes envolve a combinação de monitoramento constante, adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida. A conscientização e a educação sobre a doença são cruciais para melhorar a qualidade de vida dos pacientes e prevenir complicações a longo prazo.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Implantar um plano de intervenção para atuar no controle da HAS e DM junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, com a finalidade promover adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Elaborar um programa de emagrecimento e atividade física funcional para que os pacientes atendidos na ESF Madalena de Almeida, possam modificar o estilo de vida sedentária e, com isso, possamos promover saúde diminuindo os índices e controlando a HAS e DM – “Emagrecendo com Saúde: Emagre + Ser”.
- b) Criação de programa informacional acerca da HAS, DM e patologias intrínsecas com palestras em grupos de risco, com elaboração de campanhas educativas na comunidade, incluindo as escolas e as comunidades religiosas na localidade – “Eu te informo para que você conheça”.
- c) Melhorar o trabalho operacional da Equipe de Saúde na ESF Madalena de Almeida, promovendo a capacitação com treinamentos adequados e oferta de estrutura física adequada para que estes possam promover maior frequência dos pacientes aos tratamentos contínuos voltados para a HAS e DM – “Prevenção da HAS e DM: caminhando para que seja promovida a saúde”.

5 METODOLOGIAS

Foi realizado um diagnóstico situacional da comunidade, por meio do método de estimativa rápida, para identificar os principais problemas que afetam a população, a fim de propor um projeto de intervenção com vistas a melhoria da qualidade de saúde da população.

O perfil epidemiológico da área de abrangência da ESF Madalena de Almeida, localizada na Zona Rural de Serra Pelada, em Caatiba-BA, tem como principais indicadores:

Portadores de HAS cadastrados;
DM cadastrados.

Entre as principais causas de morte na comunidade, se pode constatar que a primeira causa é para indivíduos portadores de doenças cardiovasculares que se complicaram principalmente com AVE, seja ela pelo curso da doença ou até mesmo por má adesão ao tratamento, seguida por doenças neoplásicas. Esta causa tem maior relação com a área rural a que a ESF está inserida, com a incidência de DM e suas complicações e com a longevidade dos usuários da zona rural.

As internações ocorrem principalmente devido a cardiopatias descompensadas, principalmente naqueles pacientes portadores de HAS que se complicam devido à patologia não ser bem controlada, ocorrendo principalmente crises hipertensivas e AVE. Há também a existência de um grande número de internações em pacientes com dependência de álcool para tratamento de complicações e, posteriormente, acompanhados pelo serviço de psiquiatria.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico da situação de saúde, na ESF Madalena de Almeida, destaca-se pela equipe: a prevalência de pacientes com HAS, os quais não têm uma adequada adesão ao tratamento o que origina falta de controle da doença e maior risco de aparecimento de complicações; prevalência de DM com tratamentos irregulares que favorecem às complicações; baixo nível de escolaridade na população adulta; e, alta prevalência de uso indiscriminado de ansiolíticos.

O diagnóstico diário tem confirmado essa problemática que incide, também, em outras patologias associadas, como principal, as dislipidemias e obesidade, ocasionada por uma má alimentação. E, dentro desse cenário, na ESF Madalena de Almeida, os problemas que mais chamam a atenção da equipe de saúde são os que apresentam HAS e DM.

As ações de atenção básica devem ser desenvolvidas por meio do cuidado, do exercício de práticas gerenciais, educativas e assistenciais, sob forma de trabalho em equipe, e dirigidas a populações de territórios bem delimitados.

Esse cuidado se dá a partir da territorialização, quando as equipes da ESF são responsáveis por uma área geográfica específica e pela população que reside nela, permitindo uma melhor compreensão das características epidemiológicas, sociais e culturais da comunidade atendida, facilitando a adaptação dos serviços de saúde às necessidades locais, estabelecendo vínculos e ações de promoção e prevenção, que no caso em específico desse Plano de Intervenção, a priorização dos problemas, selecionados foram as doenças como HAS e DM.

Insta esclarecer que na ESF Madalena de Almeida, há o registro de 1.013 usuários cadastrados, sendo que 74 são diabéticos e 251 são hipertensos.

Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Madalena de Almeida, zona rural de Serra Pelada, município de Caatiba, Bahia, conforme Tabela 1.

Tabela 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPOR- TÂNCIA	UR- GÊN- CIA	CAPACIDADE DE ENFRENTA- MENTO	SELEÇÃC
PREVALENCIA DE PACIENTES COM HAS SEM CONTROLE ADE- QUADO	ALTA	7	PARCIAL	1
PREVALÊNCIA DE DM COM TRATAMENTOS IRREGULARES	ALTA	5	PARCIAL	2
BAIXO NÍVEL DE ESCOLARI- DADE POPULAÇÃOADULTA	ALTA	4	PARCIAL	3
ALTA PREVALÊNCIA/USO IN- DISCRIMINADO DE ANSIOLÍTI- COS	ALTA	3	PARCIAL	4
MÁ ALIMENTAÇÃO LEVANDO À OBESIDADE E DISLIPIDEMIA	ALTA	2	PARCIAL	5

Fonte: Elaboração própria (2024)

*Alta, média ou Baixa

**Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

Este plano de intervenção ocorrerá junto aos pacientes atendidos na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia.

Adotamos como procedimentos metodológicos as distribuições nas constantes das seguintes etapas: diagnóstico situacional, identificando os problemas e elencando um problema com maior relevância, urgência e com capacidade de enfrentamento por

parte da equipe de saúde da família; revisão bibliográfica da literatura e plano de intervenção.

A importância de se compreender os nós críticos, parte necessariamente da identificação das causas existentes na problemática junto à ESF Madalena de Almeida, quando da avaliação, de forma detalhada dos problemas com a elevação da HAS e do DM, onde cabe à equipe traçar soluções eficientes e eficazes para atenuar os problemas existentes.

Dentro desse contexto, foi definido pela equipe da ESF Madalena de Almeida a elevada prevalência de hipertensos em jovens, com idade < 40 anos, salientando que no diagnóstico percebeu-se a associação dos seguintes aspectos:

Inadequados hábitos e estilo de vida, oriundos de má alimentação (muitos pela baixa condição socioeconômica), obesidade e sedentarismo;

Grande parte da população, desconhece os fatores de riscos intrínsecos à HAS e, dessa forma, não procuram a ESF;

Pouca efetividade das ações estratégicas traçadas pela ESF Madalena de Almeida, junto ao processo de trabalho da Equipe de Saúde, quanto ao programa de intervenção sobre a HAS.

Em relação à DM, os 74 casos diagnosticados têm relação direta com:

Um histórico familiar de diabetes tipo 2;

Associada a fatores de risco modificáveis e não modificáveis;

Excesso de peso, especialmente a gordura abdominal, com resistência à insulina;

Falta de atividade física contribuindo para o ganho de peso e resistência à insulina;

Dieta ricas em açúcar e gordura e baixas em fibras e nutrientes;

Mediante a coleta dos dados, foi elaborado um projeto de intervenção baseado nos dez passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos do módulo do Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (Faria, Campos e Santos, 2018).

Nos quadros apresentados a seguir, desenhou-se as Operações e demais passos do PES para os Nós Críticos do problema de saúde identificado na ESF Madalena de Almeida, que foi a alta prevalência de HAS e incidência de DM.

Nó crítico 1 - INADEQUADOS HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Nó crítico 2 - DESCONHECIMENTO SOBRE HAS E DM E SEUS FATORES DE RISCO

Nó crítico 3 - BAIXA OFERTA DE ESTRATÉGIAS PARA INTERVENÇÃO SOBRE A HAS E DM

Nos quadros, referente aos Nós Críticos, descritos no desenho das operações o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da equipe de saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto ao Projeto.

Quadro 3. Nó crítico 1

PROJETO do Nó Crítico 1 - Emagrecendo com saúde: Emagre + Ser	Programa de emagrecimento e atividade física funcional para modificação do estilo de vida sedentária
RESULTADOS ESPERADOS	Maior conscientização da importância do emagrecimento com saúde
PRODUTOS ESPERADOS	Caminhadas periódicas, supervisionadas pelo profissional de educação física; Atividade aeróbica, aulas de zumba e outras danças Consultas periódicas com o profissional da nutrição
RECURSOS NECESÁRIOS	Organizacional: Local adequado para as caminhadas e palestras dos profissionais da nutrição e educação física Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Mobilização dos integrantes da comunidade para participação Financeiro: Relativo a compra de insumos para o café da manhã/lanche como medida para atrair os participantes. Medalhas de participação ao completar o trajeto determinado.
RECURSOS CRÍTICOS	Político: Mobilização da comunidade para efetivação do projeto
CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	Toda a equipe da ESF com motivação favorável
AÇÕES ESTRATÉGICAS	Definir data de início e entregar convite pessoal impresso pelos ACS durante as visitas domiciliares
PRAZO	3 a 6 meses
RESPONSABILIDADE PELO ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES	Coordenadora da Atenção Básica e Coordenadora da ESF
PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	Pesquisa de satisfação, com espaço para sugestões para melhoria do projeto

Fonte: Elaboração própria (2024).

Quadro 4. Nó crítico 2

PROJETO do Nó Crítico 2 - Eu te informo para que você conheça	Programa informacional acerca da IAS e DM e patologias associadas com palestras em grupos de risco, campanhas educativas na comunidade, nas escolas e centros religiosos
RESULTA DOS ESPERADOS	Maior nível de conhecimento sobre IAS e DM
PRODUTOS ESPERADOS	Palestras informativas nas sobre IAS e DM e patologias associadas, nos centros religiosos locais, nas escolas, na ESF Campanhas educativas nas rádios locais
RECURSOS NECESSÁRIOS	Organizacional: Local para realização das palestras, organização da agenda junto às escolas, igrejas, feiras, etc Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Financeiro: Utilização de panfletos, vídeos Político: Mobilização da comunidade com apoio dos líderes da comunidade e religiosos
RECURSOS CRÍTICOS	Político: Mobilização da comunidade para efetivação do projeto
CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	Toda a Equipe da ESF com motivação favorável
AÇÕES ESTRATÉGICAS	Convidar toda a equipe para participar, contribuindo com relatos e experiências; Utilizar a sala de espera da unidade para as palestras; Apresentar o projeto para os líderes religiosos e da comunidade; Agendar a programação nos locais definidos
PRAZO	3 a 6 meses
RESPONSABILIDADE PELO ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES	Médica e Enfermeira
PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	Pesquisa de satisfação, com espaço para sugestões para melhoria do projeto

Fonte: elaboração própria (2024).

Quadro 5. Nó crítico 3

PROJETO do Nó crítico 3 - Prevenção da HAS e DM: caminhando para que seja promovida a saúde	Promover a melhoria do trabalho operacional da Equipe de Saúde na ESF
RESULTADOS ESPERADOS	Ampliar o número de consultas com médica e enfermeira Aumentar a adesão aos tratamentos e aos projetos propostos, melhorando os índices relacionados a DM e HAS
PRODUTOS ESPERADOS	Capacitar a equipe para orientar corretamente os pacientes sobre essas patologias Estimular a equipe a convidar os pacientes com essas patologias para as consultas e a oferecer outros serviços disponíveis na ESF E a encorajar a participação dos pacientes nos projetos propostos
RECURSOS NECESSÁRIOS	Organizacional: Recursos humanos capacitados, estrutura física (consultórios, sala de espera e de reuniões) Cognitivo: Conhecimento técnico sobre os temas, especialistas convidados Financeiro: Panfletos, vídeos Político: Articulação da equipe de saúde da ESF Madalena de Almeida para execução do projeto
RECURSOS CRÍTICOS	Político: Articulação da equipe de saúde da ESF Madalena de Almeida para execução do projeto
CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS	Toda a Equipe da ESF com motivação favorável
AÇÕES ESTRATÉGICAS	Treinamento e Informação para a Equipe de Saúde
PRAZO	3 meses para início das atividades
RESPONSABILIDADE PELO ACOMPANHAMENTO DAS AÇÕES	Coordenadora da Atenção Básica, Médica e Enfermeira
PROCESSO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DAS AÇÕES	Pesquisa de satisfação, com espaço para sugestões para melhoria do projeto

Fonte: Elaboração própria (2024).

6 RESULTADOS ESPERADOS COM O PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta ora descrita advém do problema priorizado de “alta prevalência de HAS e DM”, voltado para intervenção de controle junto à população atendida na ESF Madalena de Almeida, localizada na zona rural de Serra Pelada, no município de Caatiba, Bahia, na perspectiva de promover adesão aos programas ofertados para diminuição e controle das patologias referidas.

Elegeu-se, como já dito anteriormente, a HAS e DM, sem controle adequado, como problemas predominantes da área de abrangência.

Apointa-se que na área de abrangência que a autora do presente trabalho atua, há 1.013 usuários na faixa etária de 20 a 67 anos. Destes, 74 foram diagnosticados com DM e 251 HAS. Todos na sua grande maioria na faixa etária entre 45-67 anos, para DM e 35-67 para HAS, pacientes com as referidas patologias, já cadastrados no sistema do SISAB, demonstrando relevância na identificação de casos novos de HAS em adultos jovens, com atuação sobre seu controle. Além da abordagem para prevenção e controle da doença em idosos que possuem uma significativa prevalência.

Percebe-se também, a partir da observação prática, que muitos dos hipertensos fazem parte de famílias disfuncionais ou residem sozinhos, o que dificulta o suporte social do paciente tão relevante para a abordagem da doença. Outra característica é que predominantemente possuem baixo recurso econômico, baixo nível de escolaridade, maus hábitos higiênicos dietéticos, com uso inadequado dos medicamentos, além de não aderir à atividade física.

Não diferente, incide com regularidade carência dos medicamentos anti-hipertensivos nas farmácias o que dificulta ainda mais o controle da doença.

Na explicação do problema para elevação da HAS e sua relação com outros fatores há relação direta com o modelo de desenvolvimento socioeconômico, determinada pela baixa distribuição de renda e desigualdade social, configurando como um problema macro que resulta na má adesão ao tratamento, hábitos de vida inadequados, baixo nível socioeconômico e pouco acesso aos serviços de saúde, bem como às informações pertinentes às patologias que podem surgir com a alta prevalência de HAS, extensivo ao má controle de alimentação que incide no aumento da DM.

Dentro desse contexto, é possível compreender que esse modelo influencia a política pública de saúde, bem como o meio ambiente territorial e cultural, interferindo,

por consequência, no modelo assistencial que promove a organização, estrutura e processos de trabalhos, que possibilita a melhoria as ações estratégicas traçadas nos serviços de saúde. No entanto, percebe-se uma deficiência do modelo assistencial sobre os fatores de risco que envolve o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o estresse, o sedentarismo, provocando doenças, como alta prevalência da HAS e DM, causando DCV, AVC, insuficiência renal, ocorrência de óbitos, dentre outros.

Além disso, em decorrência destes fatores, há um baixo nível de informação sobre a HAS e DM, também, uma baixa adesão ao tratamento das doenças, por parte dos usuários, o que traz implicações negativas na saúde do indivíduo e comunidade.

Ressalta-se que para eliminar o problema necessário se faz uma assistência farmacêutica e médica adequada, onde a Equipe de Saúde/ESF promova, de forma constante, uma melhor adesão ao tratamento dispensado para a HAS e DM. Um dos caminhos preventivos se pauta na educação em saúde, no encaminhamento dos pacientes após o diagnóstico para o tratamento mais adequado, com a finalidade de diminuir a ocorrência das patologias já mencionadas.

Nos Quadros 2 a 4, referente aos Nós Críticos, descritos no desenho das operações o pressuposto consiste em promover os programas a partir da capacitação da Equipe de Saúde da ESF Madalena de Almeida, para que possam atingir os objetivos estratégicos das ações traçadas junto ao Projeto, acima descritos.

As ações estratégicas adotadas no âmbito estrutural, cognitivo, financeiro e político buscam efetivar os resultados esperados em cada uma das ações dos Nós Críticos analisados.

Ao final desse Projeto de Intervenção espera-se que haja maior adesão do paciente ao tratamento e ao autocuidado, já que a HAS e diabetes são doenças crônicas e necessitam de tratamento contínuo. Para um direcionamento eficiente e eficaz do autocuidado é preciso que se tenha um programa para esses pacientes mais intenso e motivador, pois o autocuidado requer interesse e motivação do paciente. O paciente precisa conhecer a sua doença, saber o que pode fazer para melhorar sua qualidade de vida; o que depende exclusivamente dele e o que depende do profissional engajado no seu cuidado.

Esperamos que nos futuros atendimentos aos hipertensos e diabéticos na ESF Madalena de Almeida, haja redução na incidência ou o retardamento na ocorrência de complicações associadas a essas doenças, que haja diminuição das internações hospitalares e dos atendimentos emergenciais e suas complicações. O mais importante é promover a melhoria da qualidade de vida, com a conscientização sobre

as consequências do não uso correto das medicações, sobre a importância de uma alimentação saudável, e a importância das consultas mensais na Unidade de Saúde. Dar mais ênfase aos pacientes que têm mais dificuldade na adesão terapêutica.

Com a abertura deste espaço, muitos hipertensos e diabéticos poderão sanar suas dúvidas e preocupações a respeito de seu problema com todos os envolvidos, o que levará a melhores resultados da terapia recomendada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção de um bom controle pressórico e metabólico está em geral intimamente relacionado à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita. A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

É importante sensibilizar o paciente portador dessas doenças para a adoção de novos hábitos e estilo de vida, conscientizando-os sobre os riscos a que estão submetidos. O apoio da família e dos amigos (rede de apoio) é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento. Os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial devem ser sensibilizados sobre a importância de se promover saúde para melhorar sua vida cotidiana. Queremos que estes pacientes saibam que é possível levar uma vida saudável e normal quando se é portador de uma doença crônica.

Nesse sentido, a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para os portadores de HAS e DM, mas também para aqueles que estão em seu núcleo familiar, evitando assim que indivíduos predispostos a HAS e DM desenvolvam também a doença. A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de extrema importância, pois os fatores comportamentais e emocionais apresentados por cada paciente devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população.

A estratégia de promover encontros entre pessoas que estão na mesma situação, também se faz importante para o enfrentamento do problema.

REFERÊNCIAS

BRASIL, M. d. S. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2017.

BRASIL, M. d. S. *Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020*. Brasília, DF: MS. 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br>>. Acesso em: 12 mai. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Informações sobre domicílios, saúde e nutrição 2020*. Disponível em <ibge.gov.br/>. Acesso em 06 jun. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. *Estimativa populacional 2021. IBGE 2021*. Disponível em <ibge.gov.br/>. Acesso em 12 mai. 2024.

IDF, I. D. F. *IDF Diabetes Atlas: 10th edition*. 2021. Disponível em: <<https://diabetesatlas.org/>>. Acesso em: 10 out. 2024.

LEWINGTON S *et al.* Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual bloodpressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Erratum in: *Lancet*; v. 361, n. 9362, p. 1060, 2013.

MANCIA, G. et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 2013. 1281-357 p. Disponível em: <<https://doi.org/10.3109/08037051.2013.812549>>. Acesso em: 10 out. 2024.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O território na promoção e vigilância em saúde: construindo caminhos para uma política de saúde territorializada. In: RIGOTTO, Raquel Mattos; ROCHA, Luiz Eduardo (org.). *Saúde, território e ambiente: diálogos sobre a vigilância em saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2015. 23-50 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. O. M. d. S. *Global status report on physical activity 2022*. Genebra. 2022. Disponível em: <<http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/363607/9789240059153-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 21 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS. O. M. d. S. *Reducing risks and detecting early to prevent and manage noncommunicable diseases*. Genebra. 2023. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/>>. Acesso em: 10 out. 2024.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011. Disponível em: <[10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)>. Acesso em: 10 out. 2024.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. O cotidiano do cuidado na atenção básica em saúde e a complexidade na produção do cuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*: 48 (spe2), 2014. 138-144 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. SBC. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol*; n. 117, v. 3, Supl.3,. p. 1-83, 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. SBD. *Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 2024. Disponível em: <10.29327/5412848>. Acesso em: 10 out. 2024.

SOUZA CL, OLIVEIRA MV. Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia. *Cad Saúde Colet*. 2020;28(1):153-164.