

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

LUCIANA SANTOS FAGUNDES

**ABORDAGEM MULTIDISPLINAR A PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS ATENDIDOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CLARO DOS POÇÕES-MG**

MONTES CLAROS– MINAS GERAIS

2014

LUCIANA SANTOS FAGUNDES

**ABORDAGEM MULTIDISPLINAR A PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS ATENDIDOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CLARO DOS POÇÕES-MG**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Ana Mônica Serakides Ivo

MONTES CLAROS – MINAS GERAIS

2014

LUCIANA SANTOS FAGUNDES

**ABORDAGEM MULTIDISPLINAR A PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS ATENDIDOS POR EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
EM CLARO DOS POÇÕES-MG**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde da
Família, Universidade Federal de Minas Gerais
para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Professora Ana Mônica Serakides Ivo

Banca Examinadora

Prof.^a: Ana Mônica Serakides Ivo - orientadora

Prof.^a: Darlene Mara dos Santos Tavares – examinadora

Aprovada em Belo Horizonte: 07/06/2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo conhecimento adquirido, aos familiares pelo incentivo e aos tutores e orientadores pelo tempo e dedicação conferidos a mim.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar um plano de intervenção multidisciplinar para prevenção de complicações e tratamento de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial atendidos na Unidade Básica de Saúde Dona Regina Medeiros. Elaborou-se um diagnóstico de saúde no território, por meio do método do Planejamento Estratégico Situacional. Foram obtidas informações pela estimativa rápida, nos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica e por meio de entrevistas com informantes chave. Os dados sobre os domicílios e as microáreas possibilitaram a identificação de alguns problemas, sendo eleito como prioritário o problema “Elevado número de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial”. Detectaram-se quatro causas ou nós críticos do problema e a partir deles foram elaboradas operações ou projetos com detalhamento de resultados, produtos esperados e os recursos necessários para concretização das ações. Conclui-se que a HA e o DM são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, e representam agravos de saúde pública e, portanto, torna-se necessário apresentar estratégias para o enfrentamento do problema prioritário, pois estas são condições que têm gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias. Propõe-se também a inserção de outros profissionais na equipe, tais como nutricionista, farmacêutico e educador físico, uma vez que o município não conta com equipes de NASF.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Prevenção de Doenças; Educação em Saúde; Equipe de Assistência ao Paciente.

ABSTRACT

This study aimed to develop a plan of multidisciplinary intervention to prevent complications and treatment of patients with diabetes mellitus and hypertension attended in Basic Health Unit Dona Regina Medeiros. Elaborated a diagnosis of health within the territory, through the Strategic Planning Situational method. Information for rapid estimation was obtained in the Primary Care Information System records and through interviews with key informants. Data on households and micro areas allowed the identification of some problems, being elected as a priority issue "High number of people with diabetes mellitus and hypertension." We detected four causes of the problem or critical nodes and from these operations or projects with details of results, expected outputs and the necessary resources for implementation of actions were developed. We conclude that HA and DM are important risk factors for cardiovascular diseases and injuries represent public health and therefore it becomes necessary to present strategies for coping the priority problem, because these are conditions that have generated high number of loss of quality of life with higher limitations in work and leisure activities, as well as premature deaths and economic impacts to the health system and families. It also proposes the inclusion of other professionals on the team, such as nutritionist, pharmacist and physical educator, since the municipality does not have teams NASF.

Keywords: Hypertension; Diabetes Mellitus; Disease Prevention; Health Education; Patient Care Team.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	9
3 OBJETIVOS.....	10
3.1 Objetivo Geral.....	10
3.2 Objetivos Específicos.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	12
5.1 Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: etiologia, epidemiologia e doenças relacionadas.....	12
5.2 Mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenção e controle do peso no diabetes mellitus e na hipertensão arterial.....	16
5.3 Educação em saúde como possibilidade de mudança para um estilo de vida mais saudável em uma abordagem multidisciplinar.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

O distrito de Vista Alegre, localizado no município de Claro dos Poções - MG possui uma Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atua a Equipe de Saúde da Família (ESF) Dona Regina Medeiros. Esta ESF é composta por: um médico, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma fisioterapeuta, uma auxiliar de saúde bucal, três técnicas de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). O município de Claro dos Poções não conta com o apoio de equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Os ACS, a cirurgiã-dentista e a enfermeira elaboraram um diagnóstico de saúde no território de abrangência, tendo como referência o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), descrito por Campos et. al. (2010). As informações foram obtidas pela 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. Complementaram este diagnóstico informações disponíveis nos registros do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013) e entrevistas com informantes-chave, que são pessoas que supostamente têm informações relevantes sobre as condições de vida da população ou de parte dela (CAMPOS et. al., 2010). Foram levantados dados sobre os domicílios e sobre as microáreas que possibilitaram a identificação de alguns problemas na área.

Os problemas detectados foram priorizados de acordo com o quadro 01:

Quadro 01. Priorização de problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento pela ESF	Seleção
Grande quantidade de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus	Alta	8	Decisões da ESF e externas à ESF	1
Grande quantidade de alcoólatras	Alta	7	Decisões da ESF e externas à ESF	2
Grande quantidade de ruas sem pavimentação	Alta	5	Decisões externas à ESF	3
Quantidade significativa de cães de rua que podem	Alta	5	Decisões externas à ESF	4

transmitir doenças				
Alguns pontos de vendas e uso de drogas	Alta	3	Decisões externas à ESF	5

O “Elevado número de usuários com hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM)” foi selecionado pela ESF como o problema de maior urgência. A análise dos dados obtidos nos registros do SIAB identificou uma grande quantidade de pessoas com HA e DM associados ao sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e uso incorreto da medicação.

A capacidade de enfrentamento do problema selecionado pela equipe é parcial como mostra o quadro 01, pois envolve além do trabalho da ESF, o indivíduo com suas escolhas e comportamentos na prevenção e tratamento da HA e DM. Em pesquisa realizada no Brasil, cerca de 46% dos idosos portadores de HA interromperam o tratamento por conta própria (TEIXEIRA et. al., 2001).

Sendo assim, a abordagem multidisciplinar será a forma escolhida para o enfrentamento do problema que pode ter como determinantes a deficiência no acesso à educação, aos serviços de saúde 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).

2 JUSTIFICATIVA

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 HA 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. Além disso, este problema foi selecionado em decorrência do grande número de pessoas com estas doenças que podem levar a outros comprometimentos de saúde, tais como infarto, acidente vascular encefálico, disfunção e insuficiência de órgãos, gerando elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com limitações nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para o sistema de saúde, para as famílias e para a sociedade.

A abordagem multidisciplinar foi a forma escolhida para enfrentamento do problema diagnosticado, considerando que este tipo de abordagem permite alcançar integralmente os fenômenos que interferem na saúde da população (CREPALDI et. al., 2009) e pode favorecer melhorias na qualidade de vida de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como a redução do número de usuários acometidos por estas doenças.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção multidisciplinar para a prevenção de complicações e tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em pacientes atendidos na UBS Dona Regina Medeiros.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar uma revisão de literatura sobre os temas hipertensão arterial, diabetes mellitus, abordagem multidisciplinar, mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis;
- Propor através do plano de intervenção a inserção de outros profissionais na equipe multidisciplinar, de acordo com as necessidades da população adstrita, uma vez que o município não dispõe do apoio de equipes de NASF.

4 METODOLOGIA

A ESF elaborou um diagnóstico de saúde no território de abrangência, tendo como referência o método do PES. O problema priorizado “elevado número de usuários com HA e DM” foi o ponto de partida para a elaboração da proposta de intervenção. Para isso, a equipe multidisciplinar realizou seis (6) reuniões para priorizar os problemas, selecionar os nós críticos do problema priorizado, desenhar as operações para esses nós críticos, elaborar o plano operativo, analisar a viabilidade do mesmo e definir o processo de acompanhamento das ações.

Para a revisão da literatura, foram selecionados trinta e oito (38) unidades de análise, cujas fontes de busca foram livros, textos, periódicos e artigos eletrônicos expostos em bancos de dados com acesso livre, como LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Google Scholar e SCIELO (Scientific Electronic Library Online) utilizando as seguintes palavras chaves: hipertensão, diabetes mellitus, prevenção de doenças, educação em saúde, equipe de assistência ao paciente. Foram consideradas para desenvolvimento do trabalho as referências que tiveram publicação o período de 2001 a 2013.

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

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial: etiologia, epidemiologia e doenças relacionadas

O DM é um distúrbio metabólico no qual a pessoa apresenta hiperglicemia (glicemia >125mg/dl em jejum ou > 199 mg/dl, 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose) como resultado da ação ineficiente da insulina, da secreção insuficiente de insulina ou de ambos (SBD, 2009). Há também duas categorias referidas como pré-diabetes: glicemia de jejum alterada e a tolerância diminuída à glicose, consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares. Os sintomas clássicos de hiperglicemia incluem poliúria, polidipsia, perda de peso não explicada, às vezes com polifagia e visão turva (ADA, 2012; SBD, 2009). O quadro 02 apresenta os valores da glicemia para diagnóstico de diabetes ou pré-diabetes.

Quadro 02. Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes mellitus e seus estágios pré-clínicos

Categoria	Jejum (falta de ingestão calórica por 8 horas no mínimo)	Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose	Casual (glicemia realizada a qualquer hora do dia independente do horário das refeições)
Glicemia normal	Menor que 100	Menor que 140	—
Tolerância à glicose diminuída	Maior que 100 a menor que 126	Igual ou superior a 140 a menor que 200	—
Diabetes Mellitus	Igual ou superior a 126	Igual ou superior a 200	Igual ou superior a 200, com sintomas clássicos

A classificação proposta pela OMS (2003), pela ADA (2012) e recomendada pela SBD (2009) baseia-se na etiologia do diabetes, e inclui quatro classes clínicas apresentadas na Quadro 03.

Quadro 03. Classificação etiológica do DM

DM 1
Autoimune
Idiopático
DM 2
Outros tipos específicos de DM
DM gestacional

A HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SBC, 2010). Após o diagnóstico, a hipertensão arterial é classificada em dois tipos: primária, com causa desconhecida, ou secundária, com causa orgânica desencadeadora da elevação dos valores pressóricos, geralmente doenças renais e endócrinas como principais causas (FERREIRA, 2010). De acordo com Silva et. al. (2011), 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.

São condições comumente associadas, sendo que a prevalência de HA é de, aproximadamente, o dobro entre as pessoas com DM, em comparação com os não possuem (FREITAS, 2012). Devido à possibilidade de associação, não é raro a existência das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua concomitância potencializa o dano micro e macrovascular, acarretando alta morbidade cardiocerebrovascular (BRASIL, 2001).

Constituem os principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares, representando agravos de saúde pública que, na maioria dos casos, podem ser tratados na atenção primária (BRASIL, 2002). Este também tem sido considerado um importante e crescente problema de saúde pública mundial, relacionado tanto ao número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como aos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, independentemente do grau de desenvolvimento do país (TORRES et. al., 2009).

O DM é a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES et. al., 2009). A hiperglicemia crônica está associada com danos em longo prazo, tais como disfunção e insuficiência de órgãos, especialmente os olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, podendo causar cegueira, amputações, nefropatias,

complicações cardiovasculares e encefálicas, entre outras, que acarretam prejuízos à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida do indivíduo (ADA, 2012; FRANCISCO et. al., 2010).

A HA é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). As pessoas com HA podem desenvolver complicações associadas à hipertensão, sendo muitas vezes diagnosticada já na ocorrência de um infarto, acidente vascular encefálico ou insuficiência renal, momento em que estas pessoas procuram o cuidado médico (SILVA, 2011).

Ambas as condições têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para o sistema de saúde, para as famílias, comunidades e para a sociedade em geral (SBD, 2005, BRASIL, 2011).

Em 2011 a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,3%, mais comum a partir dos 45 anos em ambos os sexos e em indivíduos com até oito anos de escolaridade: 6,3% em homens e 8,1% em mulheres (VIGITEL, 2012). Francisco et. al. (2010) verificaram também não haver diferença estatisticamente significativa entre os sexos na prevalência. Neste mesmo estudo, a escolaridade, a renda familiar *per capita* e a atividade de trabalho não apresentaram associação estatística significativa com o DM, indicando que, entre os idosos, a prevalência da doença não foi influenciada por fatores sócio-econômicos. Entretanto, associação inversa entre DM e escolaridade foi observada na população brasileira de 18 anos ou mais com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios- PNAD 2003 (BARROS et. al., 2006). Em outro estudo já se verificou associação estatisticamente significativa entre DM e baixos níveis educacionais e de renda para a população idosa (PASSOS et. al., 2005). O elevado nível de escolaridade da população contribuiu para o diagnóstico precoce em participantes do estudo que detectou que a prevalência de DM aumentou com a idade, nível de obesidade e antecedentes familiares (MORAES et. al., 2010).

A prevalência da HA na população urbana adulta brasileira variou de 22,3% a 43,9%, porém mais marcadamente para as mulheres, alcançando 3%, entre os 18 e os 24 anos de idade, e 65,7% na faixa etária de 65 anos ou mais de idade (VIGITEL, 2012). Com relação à escolaridade, houve associação inversa enquanto 29,9% das mulheres com até oito anos de

escolaridade referiram diagnóstico de HA, a mesma condição foi observada em apenas 13% das mulheres com doze ou mais anos de escolaridade (VIGITEL, 2012). Outros estudos mostram prevalência de 20%, sem distinção por sexo, mas com evidente tendência de aumento com a idade (ANS, 2011).

5.2 Mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenção e controle do peso no diabetes mellitus e na hipertensão arterial

A obesidade pode ser considerada como uma situação duplamente problemática para o organismo, por se tratar de uma doença que é também fator de risco para outras doenças (FERREIRA, 2010).

De acordo com a SBD (2009), o número de indivíduos diabéticos está aumentando devido à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo. O risco de desenvolver diabetes aumenta com a idade, obesidade e falta de atividade física (ADA, 2012). Dados recentes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) apontam que 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres com mais de 18 anos estão acima do peso ideal. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) estimou que o excesso de peso seja responsável por 58% da carga de doença relativa ao DM, 39% dos casos de doença hipertensiva e 21% dos casos de infarto do miocárdio.

O surgimento da HA 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). Indivíduos com sobrepeso geralmente apresentam pressão arterial elevada e isso representa uma sobrecarga ao músculo cardíaco, podendo desencadear adaptações morfológicas com efeitos severos para o coração e saúde do indivíduo (FERREIRA, 2010).

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). O aumento do peso ponderal representa um importante fator de risco para tais doenças, uma vez que as implicações desta condição predizem o surgimento de doenças cardiovasculares, HA e DM (BANDEIRA DE SÁ; MOURA, 2010). O controle glicêmico adequado pode ser alcançado com redução do peso, exercícios físicos, adequações alimentares, além do uso da medicação adequada (OPAS, 2003, ADA, 2012).

Mudanças no estilo de vida podem contribuir para redução do peso e incidência de doenças associadas. A ADA (2012) recomenda intervenções no estilo de vida, visando 5 a 10% de perda de peso corporal pelo aumento da atividade física, associado aos agentes farmacológicos para prevenir ou retardar o desenvolvimento de DM em pessoas com intolerância à glicose diminuída. Sendo assim, a prática de atividades físicas é vista como

uma importante estratégia para a prevenção da doença (SBD, 2005; OPAS, 2003), podendo ainda influenciar de maneira positiva na qualidade da saúde da coletividade, minimizando custos com tratamentos e internações (ANS, 2011). A SBC (2010) cita a alimentação saudável, o consumo controlado de sódio e álcool, a ingestão de potássio, o combate ao sedentarismo e ao tabagismo como principais recomendações não-medicamentosas para prevenção primária da HA.

Em estudo realizado por Francisco et. al. (2010), o índice de massa corpórea (IMC) elevado mostrou-se significativamente associado ao DM e apontou maior prevalência da doença entre os sedentários. Segundo a ADA (2012), o excesso de tecido adiposo está diretamente relacionado à resistência à insulina que pode ser reduzida juntamente com a redução do peso.

Também em 2010 foi evidenciado através de outro estudo que a atividade física contribui para a ausência das co-morbidades cardiovasculares (CMCV), protegendo contra o desenvolvimento do DM e reduzindo os riscos de doenças provocadas por esta condição, devendo a atividade física ser sugerida para pessoas obesas, com o objetivo de reduzir o risco para CMCV (PITANGA et. al., 2010).

Em relação à intensidade dos exercícios, estudo mostra que indivíduos que praticam atividades físicas (AF) em moderada intensidade, apresentam maior expectativa de vida e menor risco de desenvolver DM se comparados a indivíduos que praticam AF em baixa intensidade e que mesmo quando praticada em baixa intensidade há aumento da expectativa de vida e proteção para o DM dos indivíduos quando comparados a indivíduos sedentários (JONKER et. al., 2006). Para que os benefícios sejam observados, recomendam-se pelo menos 30 minutos de atividades físicas em intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, ou 150 minutos semanais de intensidade leve ou moderada, ou 75 minutos semanais de intensidade vigorosa com um gasto calórico de 200 calorias por dia (PITANGA et. al., 2010; VIGITEL, 2012).

A inatividade física é responsável por quase dois milhões de mortes e por 10% a 16% dos casos de diabetes, segundo informações da VIGITEL (2012).

Torna-se necessária a diminuição e o controle do peso como uma das principais estratégias de tratamento não farmacológico, considerando que a obesidade é fator de risco à incidência de diversas doenças (OPAS, 2003, SBD, 2003). Portanto, a mudança de comportamentos com a adoção de uma dieta balanceada e da prática de atividades físicas, é

essencial para que o controle e o tratamento de tais condições tenham êxito (TORRES et. al., 2009).

5.3 Educação em saúde como possibilidade de mudança para um estilo de vida mais saudável em uma abordagem multidisciplinar

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, 2013; BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica (2012) sugere que a existência de equipe multiprofissional seja um dos itens necessários ao funcionamento da estratégia Saúde da Família, devendo ser composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. A inserção de outros profissionais; especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, e educadores físicos é vista como bastante enriquecedora, pois possibilita a ação multidisciplinar para a prevenção do DM e da HA (MAIA et. al., 2005). A SBC (2010) diz que a equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes com HA, e acrescenta a esta funcionários administrativos. O Ministério da Saúde (2006) inclui ainda usuários mais experientes que possuam DM, dispostos a colaborar em atividades educacionais, na ação interdisciplinar para a prevenção da doença e suas complicações.

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). Em estudo realizado em colônia de fim de semana para pessoas com DM a abordagem multidisciplinar nessa população melhorou o controle metabólico e preveniu complicações, especialmente as agudas, como transtornos depressivos e ansiedade, melhorando a qualidade de vida dessas pessoas (MAIA, 2005). Em outro, realizado por Silva et. al. (2006), a intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes com HA 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 (CESARINO, 2000 apud JÚNIOR et. al., 2006). Portanto, os profissionais de saúde que desenvolvem cuidados a usuários com o diagnóstico de HA 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, 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, 2013).

Margonato et. al. (2007) afirmam, que a realização de reuniões educativas para grupos de usuários com HÁ e DM significa aumentar a longevidade destes pacientes, reduzindo as hospitalizações e conseqüentemente os gastos em saúde pública por diminuir a incidência das manifestações crônicas capazes de invalidar e/ou levar o paciente a óbito. Por outro lado, a ausência de iniciativas que busquem a promoção de saúde é um dos fatores que mais acarreta despesas com internações, uma vez que as pessoas não são estimuladas ao autocuidado (ALVES, 2005 apud MARGONATO et. al, 2007, p. 26). 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 tem relação direta com diversos fatores associados à falta de informações sobre o tratamento. Péres (2003) completa que as crenças de saúde parecem interferir diretamente no conhecimento que o paciente tem sobre a doença hipertensiva e nas práticas de saúde adotadas por eles.

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 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta desse trabalho é apresentar estratégias para o enfrentamento do problema prioritário: “Elevado número de usuários com HA e DM”. Para tal, foram definidos quatro nós críticos, ou seja, situações que quando executadas ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico foi definida uma operação, da qual se registraram os resultados esperados, os produtos, as ações estratégicas necessárias com definição de responsáveis, prazos, acompanhamento/avaliação e viabilidade (CAMPOS, 2010). O presente plano de intervenção foi construído com base no diagnóstico situacional e nas evidências e recomendações da literatura científica atual.

Para esse plano de intervenção, foram definidos quatro nós críticos, e cada um deles foi correlacionado a um projeto:

1. Eliminar hábitos alimentares inadequados – Projeto “É fácil viver bem a vida”;
2. Organização inadequada do processo de trabalho da ESF – Projeto “Atendimento integral do hipertenso e diabético”;
3. Ausência de oportunidade para realização de atividades físicas orientadas por profissionais – Projeto “Curtindo a vida com saúde”;
4. Necessidade de mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenção e controle da DM e HA – Projeto “Você sabia?”.

Cada um dos projetos está descrito nos quadros 04 a 07, a seguir apresentados.

Quadro 04. Projeto “É fácil viver bem a vida”: operação sobre nó crítico 01 para intervenção sobre problema priorizado “Grande quantidade de hipertensos e diabéticos”.

Problema prioritário	Grande quantidade de hipertensos e diabéticos
Nó crítico 01	Eliminar hábitos alimentares inadequados
Operação 01	Fazer com que a alimentação saudável seja mais acessível.
Resultados esperados	Tentar estimular o consumo de alimentos saudáveis como verduras, frutas e hortaliças.
Produto	Orientação alimentar com nutricionista e organização de feira de frutas, verduras e hortaliças com preços mais acessíveis.
Ações estratégicas	Adesão do gestor local, adesão de toda a equipe multidisciplinar e contratação de um profissional nutricionista.

Responsável	Principal: nutricionista Participantes: Equipe multidisciplinar
Prazo	Apresentar o projeto e em 05 meses iniciar as atividades
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor, da equipe e da participação contínua da população

Quadro 05. Projeto “Atendimento integral do usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus”: operação sobre nó crítico 02 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema prioritário	Grande quantidade de hipertensos e diabéticos
Nó crítico 02	Organização inadequada do processo de trabalho da ESF
Operação 02	Organizar o processo de trabalho e estrutura do serviço de forma a atingir integralmente o usuário.
Resultados esperados	Atendimento integral de usuários com HA e DM com doença descontrolada no prazo de 01 ano.
Produto	Colocar em prática os grupos operativos, acompanhar cada usuário que possua HA e DM, fornecimento e orientação quanto ao uso de toda medicação de controle prescrita.
Ações estratégicas	Adesão de gestor local, adesão de toda a equipe multidisciplinar e contratação de um profissional farmacêutico
Responsável	Principais: Enfermeiro e farmacêutico Participantes: Equipe multidisciplinar
Prazo	Apresentar o projeto e iniciar as atividades em 03 meses
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor, da equipe, da participação contínua da população e da disponibilização de medicamentos

Quadro 06. Projeto “**Curtindo a vida com saúde**”: operação sobre nó crítico 03 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema prioritário	Grande quantidade de hipertensos e diabéticos
Nó crítico 03	Ausência de oportunidade para realização de atividades físicas orientadas por profissionais
Operação 03	Oferecer oportunidade de realizar atividade física orientada
Resultados esperados	Oferecer atividade física diária e sem custos para os usuários, sob orientação profissional.
Produto	Caminhada e atividade física orientada na academia da saúde.
Ações estratégicas	Adesão do gestor local, adesão de toda a equipe multidisciplinar e contratação de profissional educador físico
Responsável	Principal: Educador físico Participantes: Equipe multiprofissional
Prazo	Apresentar o projeto e iniciar as atividades em 03 meses
Acompanhamento e avaliação	Avaliação mensal
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor, da equipe e depende da participação contínua da população

Quadro 07. Projeto “**Você sabia?**”: operação sobre nó crítico 04 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema prioritário	Grande quantidade de hipertensos e diabéticos
Nó crítico 4	Necessidade de mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenção e controle da DM e HÁ
Operação 4	Estimular o autocuidado através da educação em saúde
Resultados esperados	Usuários mais informados sobre doenças crônicas
Produto	Veiculação de informações pela rádio local; grupos operativos com rodas de discussão sobre o assunto; distribuição de panfletos educativos.
Ações estratégicas	Adesão do gestor local, adesão de toda a equipe multidisciplinar
Responsável	Equipe multidisciplinar
Prazo	Apresentar o projeto, iniciar as atividades em 03 meses e terminar em 12 meses

Acompanhamento e avaliação	Avaliação após cada reunião do Grupo Operativo e mensal para os outros produtos
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor, da equipe e da participação contínua da população

Os quatro projetos elaborados são viáveis, porém para que tenham êxito dependem do engajamento do gestor local da saúde, da equipe multidisciplinar e da participação contínua da população, com constantes acompanhamentos e avaliações das ações.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HA e o DM são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, e representam agravos de saúde pública e, portanto, torna-se necessário apresentar estratégias para o enfrentamento do problema no contexto apresentado que se assemelha ao contexto nacional. O elevado número de usuários com diagnóstico de HA e DM, são condições que têm gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades de trabalho e de lazer, além de mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias.

A obesidade tem sido fortemente associada à ocorrência destas doenças e as principais estratégias de tratamento não farmacológico consistem em mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenção e controle do peso. Sendo assim, por meio do projeto “É fácil viver bem a vida”, é possível eliminar hábitos alimentares inadequados através do estímulo ao consumo de alimentos saudáveis com orientação de nutricionista. Aliado a isto, pretende-se oferecer aos usuários oportunidade de realizar atividade física orientada por um educador físico através do projeto “Curtindo a vida com saúde”.

O projeto “Você sabia?” possibilitará veiculação de informações pela rádio local, formação de grupos operativos com rodas de discussão sobre o assunto e distribuição de panfletos educativos, pois entende-se que a oferta de educação em saúde com participação dos usuários é vista como uma possibilidade de mudança para um estilo de vida mais saudável por estimular o autocuidado em saúde.

Considerando que a abordagem multidisciplinar permite alcançar integralmente os fenômenos que interferem na saúde dos indivíduos, a execução do projeto “Atendimento integral do usuário com hipertensão arterial e diabetes mellitus” é essencial na organização da ESF para a realização desta abordagem, que pode ser eficiente no controle, tratamento e prevenção de complicações relacionadas às doenças crônicas. A inserção de um farmacêutico na ESF pode garantir fornecimento e orientação quanto ao uso da medicação de controle prescrita.

A inserção de outros profissionais na equipe, tais como nutricionista, farmacêutico e educador físico, uma vez que o município não conta com equipes de NASF parece ser a melhor alternativa para redução do número de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e controle de tais doenças. Para tanto, é fundamental o engajamento do gestor local

da saúde, da equipe multidisciplinar e da participação contínua da população na execução dos projetos elaborados, com acompanhamentos e avaliações constantes.

REFERÊNCIAS

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

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4 ed. Rio de Janeiro: ANS. 2011.

BANDEIRA DE SÁ, N. N.; MOURA, E. C. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1853-1862, set. 2010.

BARROS, M. B. A.; CESAR, C, L, G; CARANDINA, L; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**; 11:911-26. 2006.

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. 2001.

BRASIL. 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.

BRASIL 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. 2006.

BRASIL. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **VIGITEL Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de **Atenção Básica. PNAB: Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012.

BRASIL. 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. 2013.

CAMPOS, F. C. C. *et.al.* **Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Editora Coopmed. 2^aed. 2010.

CORRÊA, E. J. *et.al.* **Iniciação à Metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Editora Coopmed. 2013.

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.

CREPALDI, M. A, *et al.* Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.14, n.1, p.1463-1472. 2009.

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

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.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.21, n.1, jan.-mar. 2012

JONKER, J. T.; DE LAET, C.; FRANCO, O. H.; *et al.* Physical activity and life expectancy with and without diabetes: Live table analysis of the Framingham Heart Study. **Diabetes Care**; 29: 38-43. 2006.

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):435-441; maio-junho. 2006.

MAIA, F. R. *et al.* Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético 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.

MARGONATO, F. B. *et al.* Palestra recreativa sobre hipertensão e diabetes. **SaBios - Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, v. 2, n. 1. 2007.

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

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(5):929-941, mai. 2010.

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

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2003.

PASSOS, V. M. A.; BARRETO, S. M.; DINIZ, L. M.; LIMA-COSTA, M. F. Type 2 diabetes: prevalence and associated factors in a Brazilian community – the Bambuí health and aging study. **São Paulo Medical Journal**. 2005.

PÉRES, D. S. *et al.* Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Revista de Saúde Pública**; 37(5):635-42. 2003.

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.

PITANGA, C. P. S. *et al.* Atividade física como fator de proteção para comorbidades cardiovasculares em mulheres obesas. **Revista Brasileira de Cineantropometria Desempenho Humano**, 12(5):324-330. 2010.

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.

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

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2009**. São Paulo: A. Araújo Silva Farmacêutica. 3.ed. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiro de Cardiologia**. ; 95(1 supl.1): 1-51. 2010.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica da Equipe de Saúde da Família Dona Regina Medeiros, distrito de Vista Alegre, município de Claro dos Poções- MG. 2013.

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.

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÉVRE, F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Revista de Saúde Pública**, 35(2):207-13, abril. 2001.

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.