

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

ANDRESSA RITA CARVALHO MORAIS

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* DE DIFÍCIL
CONTROLE EM IDOSOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

PÓLO DE CAMPOS GERAIS/ MG

2016

ANDRESSA RITA CARVALHO MORAIS

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* DE DIFÍCIL CONTROLE EM
IDOSOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvana M. C. Leite Fava

PÓLO DE CAMPOS GERAIS/ MG

2016

ANDRESSA RITA CARVALHO MORAIS

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES *MELLITUS* DE DIFÍCIL
CONTROLE EM IDOSOS: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvana M. C. Leite Fava

Banca examinadora

Examinador 1: Prof. Silvana Maria Coelho Leite Fava

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Examinador 2: Prof. Zélia Marilda Rodrigues Resck

Instituição: Universidade Federal de Alfenas

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de Fevereiro de 2016

Dedico este trabalho a toda equipe, que foram fundamentais na sua concretização e as pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus que cordialmente participaram de todas as propostas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a paciência e colaboração de todos os pacientes que se comprometeram a participar do trabalho proposto.

Grata a todos os ensinamentos e orientações da Professora Silvana e principalmente pela sua paciência.

Obrigada a todos que colaboraram para a realização deste trabalho.

RESUMO

O presente trabalho teve por objetivo elaborar uma proposta de intervenção para as pessoas com 60 anos ou mais, com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* para a melhoria da adesão ao tratamento. Estudo desenvolvido em uma unidade de estratégia de saúde da família Boa Esperança- Alfenas-MG a partir dos 10 passos do planejamento estratégico situacional. A temática abordada se deve a grande prevalência de pessoas nessa faixa etária com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes *mellitus*, usuários de um grande número de medicações e mesmo assim, mantendo as doenças de base descompensadas. Para coleta de dados foram utilizados prontuários da UESF e dados obtidos do Sistema de Informação da Atenção Básica. Após a identificação das pessoas, definimos nossos pontos de dificuldades para manejá-los e a partir de então, foi instituído um projeto de intervenção para abordá-los da melhor forma possível. Para dar veracidade aos métodos propostos para tratamento e acompanhamento foi realizada uma revisão de literatura buscando informações sobre o uso excessivo de medicamentos na velhice, os riscos e complicações da hipertensão e diabetes e a importância de mudanças dos hábitos de vida. Além do proposto, a UESF do Jardim Boa Esperança de Alfenas, MG, também teve grande oportunidade para entender e praticar a importância do planejamento como ferramenta na organização do processo de trabalho, até então, realizado de forma automática, sem problematizar as questões intervenientes. Espero que a partir deste estudo possamos contribuir para reduzir as comorbidades e trabalhar cada vez mais de forma planejada.

Palavras chave: Idoso. Hipertensão. Diabetes mellitus tipo 2.

ABSTRACT

This study aimed to develop a proposal for intervention for people aged 60 or older, diagnosed with Hypertension and Diabetes mellitus to improve adherence to treatment. Study carried out in a health strategy unit of the family Good hope-Alfenas-MG from 10 steps from the situational strategic planning. The theme addressed is due to the high prevalence of people in this age group with arterial hypertension and / or diabetes mellitus, users of a large number of medications and still keeping the decompensated underlying diseases. For data collection was used records of UESF and data obtained from Primary Care Information System. After the identification of persons defined our points of difficulty to manage them and from then on, was instituted an intervention project to address them as best as possible. To give veracity to the methods proposed for treatment and follow-up was carried out a literature review seeking information about the overuse of drugs in old age, the risks and complications of hypertension and diabetes and the importance of lifestyle changes donate. Besides the proposed the UESF the Garden of Good Hope in Alfenas, MG, also had a great opportunity to understand and practice the importance of planning as a tool in the organization of the work process, until then performed automatically, without question the players questions. I hope that from this study can help reduce comorbidities and work increasingly in a planned manner.

Keywords: Elderly. Hypertension. Type 2 Diabetes mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente Comunitário de Saúde

AVC- Acidente Vascular Cerebral

AVE- Acidente Vascular Encefálico

DATASUS- Departamento de informática do sistema único de saúde do Brasil

DCV- Doença Cardiovascular

DM II- Diabetes mellitus Tipo II

ESF- Estratégia Saúde da Família

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LILACS- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde MDLINE-
Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família

PES- Planejamento Estratégico Situacional

SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes

SciELO- Scientific Electronic Library Online

SIAB- Sistema de Informações da Atenção Básica

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNASUS- Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Priorização dos problemas propostos pela equipe da UESF- Boa Esperança	24
Tabela 2 - Desenho das operações para resolução dos nos críticos	26
Tabela 3 - Identificação dos Recursos que serão usados	27
Tabela 4 - Avaliação de Viabilidade	28
Tabela 5 - Plano Operativo.....	28
Tabela 6 - Acompanhamento do Plano de Ação	30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Reconhecendo o município de Alfenas.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	14
3.1 Geral	14
3.2 Específicos	14
4 MÉTODO.....	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
5.1 O uso de medicamentos por idosos.....	19
5.2 Diabetes mellitus tipo II	19
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	20
5.4 Mudanças de hábitos de vida na redução de complicações.....	21
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Reconhecendo o município de Alfenas

A cidade de Alfenas em Minas Gerais foi fundada em 15 de outubro de 1869, situada na região Sul e Sudoeste de Minas. O município de Alfenas é composto por uma população estimada em 2015 de 78.712 habitantes. Ocupa uma área de 850,446 Km² distando da capital Belo Horizonte 378 km. A altitude na área central da cidade é de 877,34 m. Densidade demográfica (hab./km²) de 86,75 e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - 2010 (IDHM 2010) de 0,761 (IBGE, 2014).

A cidade integra a microrregião de Alfenas, e faz divisa com os municípios de Serrania, Machado, Areado, Paraguaçu, Campos Gerais, Fama, Carmo do Rio Claro, Alterosa, Campo do Meio. A economia de Alfenas, em Minas Gerais, possui como principais setores econômicos o Serviço e a Indústria. Os moradores de Alfenas são conhecidos pelo Gentílico alfenense (IBGE, 2014).

A cidade presta serviço a vários municípios associado ao setor da saúde e atua como referencia em saúde no tratamento e acompanhamento dos pacientes.

O município conta com uma gama variada de especialidades e recursos de suporte diagnóstico de diferentes complexidades em saúde.

A atenção básica é constituída por 16 unidades de Estratégia de Saúde da Família, de acordo com a Secretaria de Saúde Municipal.

Dentre essas unidades, a UESF Boa Esperança está situada na cidade de Alfenas, MG, no bairro Jardim Boa Esperança, no endereço Rua Padre Cornélio Hans, número 2707. A estrutura corresponde a uma casa alugada com algumas adaptações para o seu funcionamento e é constituído por sete cômodos distribuídos em recepção (sala), consultório médico (quarto), banheiro social para os usuários, sala de triagem (quarto), consultório da enfermagem (quarto com banheiro), e uma área que foi dividida para abrigar a farmácia da unidade e a sala de vacinação (cozinha). Por considerar inadequada a sala de vacina, por órgãos reguladores, seu material foi transferido à unidade próxima, UBS Aparecida, para ser armazenado em local adequado. Há uma estrutura externa (quarto, cozinha e banheiro) onde abriga o consultório odontológico e a sala de trabalho dos agentes comunitários. As pessoas aguardam pelas consultas na área correspondente a garagem, sentados e

geralmente bastante comunicativos. Nessa área também estão afixados os avisos e orientações para promoção e prevenção à saúde.

Os grupos operativos são realizados no quintal, ao ar livre e em dias de chuva na área coberta do quintal. As reuniões semanais da equipe são realizadas na sala da enfermeira ou na sala de trabalho dos agentes.

A farmácia representa uma das dificuldades de acesso ao tratamento, pois, oferece poucas medicações.

A UESF funciona no período de 07h00min as 11h00minh e de 13h00min as 17h00minh.

A equipe conta com uma responsável pela recepção que faz o agendamento das consultas, organiza os prontuários e se responsabiliza pela organização do atendimento. O restante da equipe é formado por nove agentes comunitários de saúde, um atendente de farmácia, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, uma dentista e uma auxiliar de dentista.

É oferecido o atendimento às crianças, idosos, adultos, pessoas com Diabetes *mellitus*, Hipertensão Arterial e desenvolve programas na área de saúde mental e saúde da mulher. São realizadas 20 consultas diárias, já incluídos os acolhimentos.

Esforços têm sido empreendidos para que as ações desenvolvidas estejam em consonância aos objetivos do Programa Saúde da Família, entre os quais a prevenção, a promoção e o tratamento.

A agenda de trabalho é organizada para o atendimento médico da população, na segunda, terça e quarta feira. Os atendimentos destinam-se à puericultura, pré natal, saúde do idoso, saúde mental, diabetes e hipertensão arterial.

As segundas-feiras, de forma não rígida, tem sido dada preferência para o atendimento às pessoas com Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial.

Terças-feiras para puericultura e quarta ao pré – natal, saúde do idoso e saúde mental são atendidos à demanda. As quintas feiras de 07h às 11h são realizadas as visitas domiciliares e no período de 13h as 17h está programado para reunião de equipe e atendimentos. As quintas feiras também são destinadas aos grupos operativos. Sexta feira é destinada à coleta de citologia oncótica.

A partir desse planejamento conclui-se que a ESF Boa Esperança busca oferecer um serviço digno e de qualidade às pessoas adstritas a área de

abrangência, apesar de muitas limitações encontradas no serviço de saúde brasileiro.

Em reuniões periódicas entre a equipe do UESF estabeleceu-se como principais problemas o número crescente de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*, a dificuldade dessas pessoas em controlar a sua condição de doença, crianças sem acompanhamento adequado de puericultura, dificuldade em captar os sintomáticos respiratórios, coleta de citologia oncótica dentro da faixa etária preconizada, dificuldade de atendimento diferenciado ao idoso e a necessidade de melhorar o acompanhamento em saúde mental.

Dentre os problemas levantados priorizou-se o número considerável de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* da área de abrangência. Atualmente são 511 pessoas com Hipertensão Arterial e 154 com Diabetes *mellitus* cadastrados no UESF. A maioria deles não possui controle adequado de níveis glicêmicos e tensionais, principalmente os idosos, faixa etária compreendida no Brasil para pessoas de 60 anos ou mais. Dentre os principais fatores que tem contribuído para o controle ineficaz são os maus hábitos de vida, falta de conhecimento da doença abordada, dificuldade de acesso à unidade de saúde de apoio e a necessidade de realizar o acompanhamento multidisciplinar.

De acordo com o DATASUS 2014-2015, o município de Alfenas apresenta 409 casos de Diabetes e no mesmo período 911 casos de hipertensão cadastrados, compreendidos de janeiro de 2014 a novembro de 2015.

Assim também cabe lembrar que no período compreendido de janeiro de 2014 a outubro de 2015 foram internadas 21.825 pessoas. Dentre as causas podemos citar o tratamento de Diabetes *mellitus* descompensada com 121 casos culminando com seis óbitos e o tratamento de crise hipertensiva com 36 casos.

Dentre as complicações mais comuns associadas à hipertensão e/ou Diabetes destaca-se Acidente Vascular Periférico (AVC) com 311 casos com 36 óbitos, aneurisma de aorta sete casos e três óbitos, Infarto Agudo do Miocárdio com 157 casos e 27 óbitos, tratamento de insuficiência cardíaca 259 casos e 42 óbitos e complicações do pé diabético sete casos e insuficiência renal crônica em tratamento com 420 casos e 43 óbitos (DATASUS, 2014-2015).

2 JUSTIFICATIVA

A área de abrangência do UESF conta com número significativo de pessoas com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*. Durante as atividades diárias de atendimento e acompanhamento podemos identificar que a dificuldade em adesão, manutenção do tratamento bem como compensação da doença de base é mais comum entre pessoas acima de 60 anos de idade.

Priorizar os temas Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* deve-se ao comprometimento sistêmico de evolução silenciosa na maioria dos casos, o que as tornam irrelevantes aos olhos de seus portadores, ao seu caráter crônico, impondo às pessoas a necessidade de incorporar a doença no cotidiano de vida, sua alta prevalência e a dificuldade que as pessoas têm na adesão ao tratamento.

A idealização de realizar um trabalho com nossos idosos e seus familiares por meio de acompanhamento por equipe multiprofissional vem contribuir para a melhoria do conhecimento, o tratamento e o manejo adequado para o controle da doença. Além de favorecer a relação dialógica e a corresponsabilidade da equipe com a pessoa adoecida.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar uma proposta de intervenção para as pessoas com 60 anos ou mais, com diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus* para a melhoria da adesão ao tratamento.

3.2 Específicos

- Realizar a revisão atualizada sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*;
- Realizar revisão atualizada sobre grupos educativos e operativos;
- Realizar o levantamento das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus*, de acordo com a faixa etária, para a constituição de grupos específicos;
- Propor alteração no processo de trabalho da UESF para adequação às necessidades;
- Estabelecer as atribuições de cada integrante da equipe da UESF.

Será empreendido esforço para que sejam reduzidas as complicações, hospitalizações, grande arsenal terapêutico e principalmente incentivar mudanças de hábitos e o envelhecer com autonomia e qualidade de vida.

4 MÉTODO

Trata-se de uma proposta de intervenção fundamentada no referencial de Campos, Faria e Santos (2010) para as pessoas na faixa etária de 60 anos e superior com diagnóstico de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes *mellitus* cadastradas na UESF Boa Esperança.

Segundo o referencial adotado é necessário que haja um planejamento para atingirmos as metas propostas no cotidiano de nosso trabalho, porque só facilita o aproveitamento de nossos recursos e evita o uso incorreto ou desnecessário dos mesmos, como eles ressaltam:

“Quando planejamos alcançar objetivos complexos e queremos fazê-lo de forma participativa, compartilhando diferentes saberes (interdisciplinaridade) e diferentes ações (intersectorialidade), necessariamente precisamos trabalhar com um método de planejamento” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.17).

Portanto, planejar passa a ser uma necessidade diária, um processo permanente para que se possa garantir às ações desenvolvidas, corrigindo rumos, enfrentando imprevistos e buscando sempre caminhar em direção aos objetivos que se quer alcançar.

Assim, o ato de planejar deve ter a capacidade de articular o presente com o futuro. Diante da evidente necessidade de planejar surge a idéia de processo de planejamento estratégico situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.17).

O PES foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da economia, e assessor direto, do governo de Salvador Allende, o então Presidente do Chile. Para Matus (1989; 1993), planejar é como preparar-se para a ação. Logo, para agir, é fundamental investir no aumento da capacidade de governar (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.17).

De acordo com os fundamentos teóricos da PES são necessários o planejamento da equipe para alcançar os objetivos traçados, avaliação das variáveis ou recursos, controlados pela equipe ou não, para programação dos planos e a experiência acumulada sobre determinado tema abordado para realizar o plano estabelecido.

Assim, o conceito básico da PES esta embasado na estratégia, na situação, no ator social e no problema.

Na estratégia estabelece a necessidade de mediação de conflitos através de meios e métodos para alcançar o objetivo proposto levando em consideração diferentes visões, interesses, opiniões e propósitos.

A Situação é considerada uma condição em que os indivíduos ou grupos interpretam e explicam uma realidade. Logo se estabelece a possibilidade de conflitos por conter interesses e objetivos diferentes.

O ator social, conforme Matus (1989; 1993) é um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando em determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que esse ator tenha: O controle sobre recursos relevantes, uma organização minimamente estável e um projeto para intervir nessa realidade.

O conceito de problema de modo geral, pode ser definido como a discrepância entre uma situação real e uma situação ideal ou desejada. Entretanto, uma situação só é problematizada quando um ator a define como inaceitável e, ao mesmo tempo, como passível de ser transformada na direção desejada. Portanto, um problema pode ser entendido como um obstáculo que impede determinado ator de alcançar seus objetivos.

Neste entendimento, ancorado nos pressupostos de Campos, Faria e Santos (2010), desenvolveu-se o presente estudo levando em consideração o contexto da UESF Boas Esperança.

O levantamento de dados sobre a caracterização sócio demográfica, tratamento, fatores de risco e adesão ao tratamento serão realizados por meio de consulta, visita domiciliária, levantamento dos dados dos prontuários, das fichas de cadastramento A e do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Cabe lembrar que o SIAB tem por finalidade fornecer de forma prática, ágil, atualizada, completa e de fácil manipulação, instrumentos de controle e planejamento, além de possibilitar a socialização das informações de saúde. O SIAB apresenta também como objetivo, avaliar a adequação dos serviços oferecidos e readequá-los, sempre que necessário e, por fim, melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Os dados obtidos serão analisados pela equipe e subsidiarão o planejamento das ações de saúde para estas pessoas e suas famílias.

O acompanhamento inadequado tem contribuído para o desconhecimento sobre a doença e tratamento, para o absenteísmo às consultas, para os maus hábitos de vida e para as dificuldades na adesão ao tratamento.

Estabeleceu-se como critério para a composição do grupo para intervenção, pessoas com diagnóstico médico de Hipertensão arterial e/ou Diabetes mellitus com idade de 60 anos e mais, com dificuldades de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. A opção das ações de educação em saúde de forma coletiva deve-se a horizontalidade das relações, a troca de experiência entre os participantes e a equipe e a abrangência das ações para o maior número de pessoas.

Para a realização do projeto de intervenções cada integrante da equipe terá suas atribuições, de acordo com as suas competências.

Aos agentes comunitários compete convidar as pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes *mellitus* de sua micro área para participar dos grupos operativos, definir horários disponíveis, organizar a sala, o acolhimento, participar das reuniões e convidar os faltosos.

À enfermagem compete o acolhimento, levantar as dificuldades de adesão ao tratamento, realizar as aferições de pressão arterial e de glicemia, realizar visitas domiciliares àqueles que temporariamente não possam comparecer às reuniões.

À médica compete avaliar a necessidade de acompanhamento individualizado, levantar as dificuldades de adesão ao tratamento.

À equipe multiprofissional composta pelos agentes comunitários, enfermeiro, técnico de enfermagem, médica, nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo e assistente social, compete planejar e coordenar as reuniões, programar ações com a participação ativa das pessoas com Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial, organizar encontros festivos e levantamento de indicadores.

Os encontros serão realizados no espaço físico da UESF destinado às reuniões de equipe e terão a duração de uma hora em média. Os temas vão partir das discussões e serão propostos pelos participantes. Serão adotadas metodologias ativas como jogos, perguntas, encontros de conversas, recursos materiais ilustrados, glicosímetro, aparelho de pressão, seringas e frascos de insulina.

Ao final das reuniões serão realizadas aferições de pressão arterial e glicemia capilar.

Foram utilizados os 10 passos preconizados por Campos, Faria e Santos (2010), a saber:

- 1º passo: Este passo consiste no momento explicativo em que é possível identificar os principais problemas da área de abrangência da UESF- Boa Esperança;
- 2º passo: Neste passo devem ser levantados os principais problemas, considerando sua importância, a urgência e a capacidade de enfrentá-los;
- 3º passo: Neste passo deve ser descrito o problema selecionado, definindo os descritores e um indicador;
- 4º passo: Tem por objetivo entender a gênese do problema que se pretende resolver a partir da identificação das suas causas;
- 5º passo: Análise das causas mais importantes e que precisam ser enfrentadas, que são denominados pelos autores de nós críticos;
- 6º passo: Neste passo deve descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas nos nós críticos; descrever os produtos e os resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações;
- 7º passo: Busca-se identificar os recursos críticos para cada operação
- 8º passo: Este passo constitui a análise da viabilidade do plano
- 9º passo: Plano operativo
- 10º passo: Gestão do plano

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Inicialmente foi realizada de forma ampliada e com base em dados de janeiro de 2014 a outubro de 2015 do DATASUS e IBGE, a apresentação do município de minha atuação e descrição breve do impacto da hipertensão e diabetes na nossa cidade. Posteriormente foi realizada a busca de dados pertinentes a saúde do idoso, com vistas ao uso de medicamentos, a necessidade de mudanças de hábitos e a relação do envelhecer com suas doenças de base.

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados da BIREME. Foi encontrado a partir da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) artigos para enriquecimento do trabalho e utilizado os descritores: Idoso, Hipertensão, Diabetes Mellitus tipo 2.

5.1 O uso de medicamentos por idosos

O grande consumo de medicamentos ocorre principalmente entre os idosos. Este fato leva a um problema de saúde pública. Há consumo demasiado e às vezes desnecessário de medicações. Assim, surge o que podemos chamar de polifarmácia definida como o consumo de múltiplos medicamentos.

Como conseqüência predispõe as pessoas a gastos excessivos, riscos de interações medicamentosas, comprometimento de sua capacidade cognitiva e a dificuldade em aderir ao tratamento.

Nossos idosos são acometidos pela polifarmácia, mais facilmente, pois é nessa faixa etária que há prevalência de doenças crônicas (LOYOLA FILHO et al., 2008), pode ser facilitado pelo grande número de médicos consultados e avaliação do passado patológico do paciente de modo ineficaz que não considera as medicações em uso e as doenças de base.

5.2 Diabetes Mellitus tipo II

A Diabetes *mellitus* é uma doença metabólica geralmente associada às várias complicações crônicas micro e macrovasculares. Dentre as causas base de doenças

cardiovasculares e cerebrovasculares encontramos a Diabetes *mellitus*. Além disso, há grande associação com a nefropatia, retinopatia, doença vascular periférica e a neuropatia diabética. Deve, portanto, ser entendida como doença sistêmica com potencial de levar não só a incapacidade funcional como óbito (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015)

É uma doença considerada como epidemia dado ao aumento do número de diabéticos em decorrência do crescimento e envelhecimento populacional, juntamente a obesidade e o sedentarismo. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes e da ordem de 382 milhões de pessoas e que devesse atingir 471 milhões em 2035. Ainda, no contexto brasileiro observou incremento do Diabetes mellitus de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014-2015,p.1).

Desta forma pode-se observar o impacto social e econômico que pode estar associado a essa doença, principalmente quando tratada de forma inadequada.

É de suma importância lembrar que, além do fator genético associado à doença, há o modificável fator ambiental. Assim, mediante este fato temos que investir na prevenção da doença tanto para portadores como para não portadores. Todos os fatores de vida modificáveis devem ser lembrados, cobrados e levados em consideração não só no tratamento, mas também na prevenção.

5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica

A Hipertensão Arterial Sistêmica tem como definição a elevação sustentada dos níveis tensionais associada a múltiplas causas. Tem relação direta com alteração na estrutura e função de órgãos alvo representados pelo encéfalo, coração, rins e vasos sanguíneos. É uma doença de alta prevalência e baixas taxas de controle. Possui relação direta com doença cardiovascular de acordo com VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010, p,1).

Os fatores de risco associado à doença são principalmente, a idade com relação direta e linear, o gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, genética e fator sócio econômico. Assim, se faz necessário evitar os fatores ambientais que juntamente à genética torna facilitador da doença (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO, 2010).

Mais uma vez é destacada a importância de mudanças de hábitos para manter a saúde e qualidade de vida.

5.4 Mudanças de hábitos de vida na redução de complicações

Como já referido a HAS e DM são doenças que podem surgir ao longo dos anos. Ambas têm uma relação quase linear com a idade do indivíduo e estão associadas à alta incidência de morbimortalidade em qualquer fase da vida. Cabe ressaltar que nossos idosos apresentam um risco maior a complicações visto que a maioria tem essas doenças já por longos períodos e podem apresentar algum grau de comprometimento de órgãos e/ou aparelhos. Desta forma apresentam um envelhecimento com uso de grandes quantidades de medicamentos e mesmo assim, não estão livres de complicações.

Cabe lembrar que o próprio tratamento predispõe a repercussões associadas a interações medicamentosas. Estudo de Amaral e Perassolo (2012) aponta que as associações medicamentosas são capazes de repercutir na vida do paciente. Discutem a interação entre Captopril e Hidroclorotiazida, beta bloqueador e captopril, favorecedores de hipotensão, além da interação de hipoglicemiantes orais entre si como Metformina e Glibenclamida com ou sem insulina podendo levar a hipoglicemia.

Outros fatores contribuem para a dificuldade na adesão ao tratamento como os relativos à doença, como a cronicidade e a ausência de sintomas específicos; ao tratamento como custo, os efeitos indesejáveis e os esquemas terapêuticos complexos (CAVALARI et al., 2012).

Assim, entramos em um ciclo vicioso, pois o paciente em decorrência dos sintomas e grande número de medicações abandonam o tratamento e conseqüentemente há piora clínica.

Portanto, fica evidente a necessidade de aliar em algumas situações como o tratamento medicamentoso à mudança do estilo de vida. Tal fato se deve a importância de manter as doenças controladas com menor número de medicações possíveis.

Logo podemos alcançar o controle das doenças de base, evitar complicações e buscar o envelhecer com qualidade de vida.

No estudo avaliando os efeitos da atividade física e redução dos níveis tensionais e glicêmicos realizados revelam que a HAS e o DM são doenças frequentemente agregadas que, se não tratadas, predisõem à doença cardiovascular aterosclerótica e à renal.

Além da prática diária de atividade física são necessários bons hábitos alimentares em busca da qualidade de vida. Logo bom hábito pode reduzir os níveis glicêmicos como consequência reduzir a doença cardiovascular.

Importante o desenvolvimento de ações assistenciais e educacionais contínuas para o cuidado com saúde de adultos e idosos para um envelhecimento saudável (SILVA et al., 2012, p. 266).

Em virtude da magnitude de seus comprometimentos serão abordados a prevenção de complicação e os hábitos saudáveis de vida como temas principais deste trabalho.

Para tanto o desenvolvimento do plano de intervenção busca, principalmente, entre os idosos, não só o controle terapêutico das doenças referidas, mas também os benefícios da abordagem não farmacológica.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

1º Passo: Reconhecendo os problemas da UESF

Em reuniões periódicas entre a equipe da UESF estabeleceu-se como principais problemas:

- ✓ Número crescente de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes *mellitus*;
- ✓ Dificuldade das pessoas com Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial em controlar a sua condição de doença;
- ✓ Crianças sem acompanhamento adequado de puericultura;
- ✓ Dificuldade em captar os sintomáticos respiratórios,
- ✓ Dificuldade de coleta de citologia oncótica dentro da faixa etária preconizada;
- ✓ Dificuldade de atendimento diferenciado ao idoso;
- ✓ Necessidade de melhorar o acompanhamento em saúde mental.

2º Passo: Definindo os Problemas

Embora os problemas sejam inúmeros e a capacidade de resolutividade seja limitada, priorizaram-se as condições crônicas Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial devido ao número de crescente de pessoas com estas condições na área de abrangência e a dificuldade das pessoas controlarem a doença.

Atualmente são 511 pessoas com Hipertensão Arterial e 154 com Diabetes *mellitus* cadastrados na UESF. A maioria deles não possui controle adequado de níveis glicêmicos e tensionais, principalmente os idosos, faixa etária compreendida no Brasil para pessoas de 60 anos ou mais.

Dentre os principais fatores que tem contribuído para o ineficaz controle são:

- ✓ A falta de conhecimento sobre a doença e tratamento;
- ✓ Dificuldade de acesso à unidade de saúde;
- ✓ Absenteísmo às consultas programáticas;
- ✓ Necessidade de programar o acompanhamento multidisciplinar
- ✓ Os maus hábitos de vida;

3º Passo: Priorizando os problemas

Dentre os problemas levantados, destaco sua importância e a capacidade de enfrentamento (TAB. 1).

Tabela 1- Priorização dos problemas propostos pela equipe da UESF- Boa Esperança

Principais problemas	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Dificuldades de acesso à unidade	Alta	Parcial	2
Maus hábitos de vida	Alta	Parcial	4
A falta de conhecimento sobre a doença e tratamento	Intermediária	Parcial	5
Absenteísmo às consultas programáticas	Alta	Parcial	3
Acompanhamento inadequado por equipe multidisciplinar	Alta	Total	1

Fonte: O autor

A situação que se revelou com maior necessidade de intervenção trata-se do acompanhamento de pessoas com HAS e com DM. Apesar de esse problema ser referente apenas à recuperação de saúde e prevenção secundária, o número de pacientes que serão contemplados com a melhoria nesse acompanhamento é representativo, pois temos cadastrados na unidade 511 pessoas com Hipertensão Arterial e 154 com Diabetes *mellitus*.

4º passo: explicação do problema

Vivenciamos estes entraves no nosso dia a dia por varias causas que abrange desde a situação física estrutural/política até a compreensão da doença por parte de nossos pacientes. Muitas vezes somos informados da dificuldade do agendamento de consultas, fato esse que limita o individuo ao acesso adequado a saúde. Além disso, trabalhamos com uma população que possui 420 pessoas a mais de um território ideal para uma ESF. Contamos também com a dificuldade no acesso a algumas medicações. Talvez de maior importância venha principalmente a dificuldade de compreensão do caráter crônico e silencioso dessas doenças. A maioria dos pacientes jamais, no curso de seu tratamento, obteve informações sobre o tratamento medicamentoso junto às mudanças de hábito de vida. Muitos não

sabem o motivo pelo qual faz o uso da medicação. Alguns desconhecem a fisiopatologia básica de seu transtorno endócrino metabólico. Todos esses passos dificultam a instituição de um tratamento adequado e um acompanhamento eficaz produzindo retorno médico/paciente. Desta forma o paciente não toma para si sua importância fundamental no processo saúde doença. Logo temos medicações sendo dispensadas, pacientes descompensados, resultados laborativos insuficientes para nós responsáveis em prevenção e promoção a saúde e agravos.

5º passo: seleção dos “nós críticos”

Presenciamos como referido, vários fatores que dificultam o tratamento de nossos pacientes. Muitos não poderão ser selecionados por questões que vão além da nossa capacidade. Mas há fatores que podem e devem ser considerados e combatidos incessantemente durante o acompanhamento e tratamento, não só de forma individual, mas também de forma coletiva em grupos operativos por exemplo. Dentre nossas dificuldades diárias podemos destacar:

- ✓ Maus hábitos de vida
- ✓ Falta de conhecimento da doença abordada
- ✓ Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio
- ✓ Acompanhamento multidisciplinar

6º passo: desenho das operações

Após definidas nossas dificuldade é hora de traçar uma forma de abordagem baseada nos “nós críticos” pré-estabelecidos. É importante reafirmar que o trabalho deve ser abordado e desenvolvido por uma equipe multidisciplinar. O objetivo e levar ao conhecimento e a pratica do paciente não só abordagem farmacológica como a não farmacológica. Assim buscamos descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nos críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para concretização das operações (TAB. 2).

Tabela 2- Desenho das Operações Para resolução dos nós críticos

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados	Produtos esperados	Recursos necessários
Maus hábitos de vida	Incentivo a mudança do estilo de vida	Melhorar nível glicêmico e pressórico pelo menos no limite superior indicado	Realização de grupos operacionais	Equipe multidisciplinar Recursos áudio visuais
Falta de conhecimento da doença abordada	Abordar em consultas de forma rápida e simples a fisiopatologia da doença	Levar ao entendimento da importância do controle para evitar a progressão das complicações	Realização de grupos operacionais Consultas planejadas para abordar o paciente Triagem alerta aos valores de referência	Medico Nutricionista Educador físico Enfermeiro e Técnico de enfermagem
Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio	Facilitar o acesso a unidade a todos os pacientes, de forma a facilitar e garantir o acesso a essa parte da população	Aumentar o acesso de hipertensos e diabéticos sem que haja dificuldade no acesso e atendimento na unidade	Buscar uma agenda planejada não baseada na livre demanda e sim em agendamentos planejados reduzindo a dificuldade de acesso de qualquer parte da população	Reunião de equipe regular para avaliar os agendamentos e se há resultados nas metodologias propostas.
Acompanhamento multidisciplinar	Enfatizar outras formas de tratamento além do medicamentoso	Estabelecer qualidade de vida e saúde com número mínimo de medicações para controle da doença, baseado na mudança de hábito	Grupos e Palestras para levar conhecimento aos usuários sobre formas de atividade física e alimentação independente de sua situação socioeconômica	Panfletos Palestrantes Recursos audiovisuais

Fonte: O autor

7º passo: identificação dos recursos críticos

Para realização do trabalho é necessário o real conhecimento de nossos recursos.

Este fato permite abordagem de cada indivíduo de acordo com nossas reais possibilidades e, portanto, a tendência é reduzir o fracasso do projeto. Ao mesmo

tempo facilita e torna eficaz a abordagem do paciente. Logo o objetivo do sétimo passo é identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com apresentado na TABELA 3.

Tabela 3 - Identificação dos recursos necessários para a proposta de intervenção

Maus hábitos de vida	Presença do NASF: Manter o apoio e presença da equipe multidisciplinar Financeiro: Recursos audiovisuais
Falta de conhecimento da doença abordada	Consultas elaboradas para as doenças em questão: Firmar importância da educação do paciente sobre sua condição clínica e sua participação no tratamento como peça fundamental
Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio	Reunião de Equipe semanal: Checar os agendamentos e firmar a importância de reduzir a livre demanda para dar espaço às condições que levam ao aumento da morbimortalidade
Acompanhamento multidisciplinar	Presença do NASF: Importante para inserir na vida do indivíduo a importância de hábitos inadequados como alimentação inadequada, falta da atividade física, redução e abandono de tabagismo e etilismo

Fonte: O autor

8º passo: análise de viabilidade do plano

Complementando a abordagem do sétimo passo, aqui podemos estabelecer os entraves que dificultam ou impedem nossa ação, bem como sua importância no desenvolvimento do planejamento. Aqui temos um momento estratégico e podemos avaliar a viabilidade do plano. Assim, o ator que planeja não controla todos os recursos necessários para execução de seu plano. Portanto é necessário os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema (TAB. 4).

Tabela 4 - Avaliação de viabilidade

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos Ator que controla	Controle dos Recursos Críticos Motivação	Ação Estratégica
Maus hábitos de vida	Presença do NASF Financeiro	Secretaria de saúde	Favorável	-
Falta de conhecimento da doença abordada	Consultas elaboradas	Médico	Favorável	-
Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio	Reunião de Equipe semanal	Equipe	Indiferente	Estabelecer importância do agendamento sem privilegiar a livre demanda
Acompanhamento multidisciplinar	Presença do NASF	Secretaria de saúde	Favorável	

Fonte: O autor

9º passo: elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é:

- 1- Designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação);
- 2- Definir os prazos para a execução das operações.

A principal finalidade desse passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias (TAB. 5)

Tabela 5 - Plano Operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
Maus hábitos de vida	<p>Maior conhecimento sobre a capacidade dos alimentos.</p> <p>Facilidade em alimentar melhor sem abandonar nenhuma</p>	<p>Realização de atividades de dança e alongamento</p> <p>Caminhada programada</p>		<p>Educadora física,</p> <p>fisioterapeuta nutricionista e médica.</p>	<p>Em ação</p> <p>Iniciado em agosto de 2015 a fevereiro de 2016</p>

	classe de alimentos				
Falta de conhecimento da doença abordada	Pacientes conhecedores e propagadores de sua condição clínica. Conhecimento da doença ajudando o tratamento do paciente corresponsável de seu cuidado.	Grupo operacional com abordagem dos temas de HAS e DM Consultas planejadas para abordar o paciente Triagem alerta aos valores de referência		Médica Enfermeira Nutricionista Educador físico	Em ação Realizado de setembro a novembro de 2015. Encontro quinzenal com 60 minutos de duração.
Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio	Reorganização dos agendamentos para hipertensos e diabéticos com caráter prioritário Retorno programado para cuidado continuado	Aumentar o acesso de hipertensos e diabéticos sem que haja dificuldade no acesso e atendimento na unidade	Buscar uma agenda planejada não baseada na livre demanda e sim em agendamentos planejados reduzindo a dificuldade de acesso de qualquer parte da população	Médica Enfermeira e secretária.	Em ação desde agosto de 2015. Implantando o retorno para pacientes com HAS e DMII. Prazo até janeiro de 2016
Acompanhamento multidisciplinar	Participação em grupos operativos com assiduidade e interesse. Redução de pelo menos uma classe terapêutica em 60% dos pacientes	Estabelecer qualidade de vida e saúde com número mínimo de medicações para controle da doença, baseado na mudança de hábito		Médica e Enfermeira Nutricionista Educador físico Psicólogo	Agosto de 2015 a fevereiro de 2016

Fonte: O autor

10º Passo. Gestão do Plano

1. Desenhar um modelo de gestão do plano de ação;
2. Discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

Esse momento é crucial para o êxito do processo de planejamento. Isto porque não basta contar com um plano de ação bem formulado e com garantia de disponibilidade dos recursos demandados (TAB. 6).

Tabela 6 - Acompanhamento do Plano de Ação

Operações	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Maus hábitos de vida	Equipe multidisciplinar	Agosto/2015 a Fevereiro/2016	Ação	-	-
Falta de conhecimento da doença abordada	Equipe multidisciplinar	Agosto/2015 a Fevereiro/2016	Ação	-	-
Acesso inadequado a unidade de saúde de apoio	Medico Enfermeira e secretaria	Agosto/2015 a Fevereiro/2016	Ação	-	-
Acompanhamento multidisciplinar	Equipe multidisciplinar	Agosto/2015 a Fevereiro/2016	Ação	-	-

Fonte: O autor

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A participação no curso da Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu para ampliar o olhar, não só do médico, mas também da equipe, quanto à necessidade de planejamento diário e constante de nossas atividades.

Além disso, nos mostrou a necessidade de adequar nosso trabalho em equipe de forma sistematizada e continuada.

O planejamento estratégico constitui uma ferramenta de suma importância para as ações em saúde, o que nos permitiu identificar os problemas mais comuns e capazes de gerar consequências drásticas futuramente; melhor conhecimento das doenças mais prevalentes em nossa área de abrangência, bem como formas de controle, prevenção e promoção da saúde. Desta forma temos conhecimento para dar início e manutenção no tratamento e acompanhamento de nossos pacientes não só na esfera médica, mas multidisciplinar. Esta proposta de intervenção possibilita aos idosos a oportunidade de envelhecer com autonomia e qualidade de vida e aos adultos para uma velhice mais saudável.

REFERÊNCIAS

AMARAL, D.M.D; PERASSOLO, M.S. Possíveis interações medicamentosas entre os anti-hipertensivos e antidiabéticos em participantes do Grupo HIPERDIA de Parobé, RS (Uma análise teórica). **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, v.33, n.1, p.99-105, 2012.

Análise da Resposta Pressórica Mediante Exercício Físico Regular em Indivíduos Normotensos, Hipertensos e Hipertensos-Diabéticos. Departamento de Fisiologia - Setor de Fisioterapia - Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) - Belo Horizonte, MG – Brasil. **Rev Bras Cardiol**, v.25, n.4, p.290-298, julho/agosto, 2012.

CAMPOS, F.C.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina/UFMG (Nescon)**. 2010.

CAVALARII, E. et al. Adesão ao tratamento: estudo entre portadores de Hipertensão arterial em seguimento ambulatorial. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v, 20, n.1, p.67-72, jan/mar; 2012.

DATASUS 2013. Disponível em<<http://tabnet.datasus.gov.br>> Acesso em: 15 de dez.2015

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Sociedade Brasileira de Diabetes**, Rio de Janeiro, p 1-5, 2014-2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310160>>Acesso em: Acesso em: 15 de dez.2015

LOYOLA FILHO, A.I. et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. Núcleo de Estudos em Saúde Pública e Envelhecimento. Fundação Oswaldo Cruz Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.42, n.1, p.89-99, 2008.

Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 717-724 mai-jun, 2003.

SILVA, T.R. et al. Prevalência de doenças cardiovasculares em diabéticos e o estado nutricional dos pacientes.**Curso de Nutrição da Universidade Paulista**, Goiânia-GO, Brasil; v.30, n.3, p.266-70, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

