

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GLORIA E. GONZALEZ VERDECIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ABORDAGEM INTEGRAL AOS PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FLORESTA-1,
MUNICÍPIO DE SALINAS, MG**

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

GLORIA E.GONZALEZ VERDECIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ABORDAGEM INTEGRAL AOS PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FLORESTA-1,
MUNICÍPIO DE SALINAS, MG**

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.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

MONTES CLAROS - MINAS GERAIS

2015

GLORIA E.GONZALEZ VERDECIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: ABORDAGEM INTEGRAL AOS PACIENTES
HIPERTENSOS E DIABÉTICOS, EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA FLORESTA-1,
MUNICÍPIO DE SALINAS, MG**

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.

Orientador: Prof. Heriberto Fiuza Sanchez.

Banca examinadora:

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez (orientador)

Profa. Dra. Selme Silquiera de Matos

Aprovada em Belo Horizonte: 23 / 03 / 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que tem dado a mim todas as coisas.

Agradeço ao meu orientador Prof. Heriberto Fiuza Sanchez, pelo privilegio de trabalhar em conjunto na atividade acadêmica, pelo apoio constante e sugestões.

Agradeço aos colegas, professores, examinadores e pacientes que tanto me tem auxiliado a aprender.

Agradeço a cada membro da ESF Floresta-1, que com sua competência e dedicação, tornam mais gratificante o dia a dia no trabalho.

Agradeço sempre, e nunca em excesso, a minhas filhas Naylette e Hadasa, pois nada permaneceu igual no mundo após elas, tudo ficou mais bonito.

Agradeço a todos.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo a construção de um projeto de intervenção para o manejo clínico adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos, atendidos pela ESF Floresta-1, com enfoque integral para alcançar com ações estratégicas individuais e coletivas não apenas a prevenção das complicações decorrentes destas patologias, mas também a promoção da Saúde e prevenção primária para a comunidade. Elaborou-se um diagnóstico de saúde do 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 chaves. Foi eleito como problema prioritário: “Elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos”. Detectaram-se quatro causas ou nos críticos do problema e a partir deles foram elaborados operações ou projetos com detalhamento de resultados, produtos esperados e os recursos necessários para concretização das ações. Conclui-se que a Hipertensão e Diabetes são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares, e representam agravos de saúde pública, e por tanto este cenário preocupante impõe a necessidade de medidas estratégicas para o enfrentamento do problema prioritário. Pois estas são condições que tem 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.

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

ABSTRACT

This work aims at the construction of an intervention project for proper clinical management of hypertensive and diabetic patients served by ESF Floresta-1, with a comprehensive approach to achieve with individual and collective strategic actions not only the prevention of complications of these disorders but also the promotion of health and primary prevention for the community. Prepared a health diagnosis of the territory, by the method of Situational Strategic Planning. Information for the rapid assessment were obtained from the records of the Primary Care Information System and through interviews with key informants. It was elected as a priority problem: "high number of hypertensive and diabetic patients." It was detected four causes or the critical problem and from them operations were developed or projects with details of results, expected outputs and resources for implementing the actions. It was concluded that hypertension and diabetes are major risk factors for cardiovascular disease, and represent public health diseases, and therefore this worrying scenario imposes the need for strategic measures to face the priority problem. For these conditions that have generated large 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 for families.

Keywords: Hypertension; Diabetes mellitus; Disease Prevention; Health Education; Patients Care Team

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVOS.....	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
5.1 Hipertensão arterial e diabetes mellitus: etiologia, epidemiologia e doenças relacionadas.....	13
5.2 Mudanças no estilo de vida e hábitos saudáveis para prevenção e controle do peso na hipertensão e no diabetes mellitus	16
5.3 Educação em saúde como possibilidade de mudança para um estilo de vida mais saudável em uma abordagem integral.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
REFERENCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

A equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) Floresta-1, localizada em Salinas, MG, elaborou 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 por 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 tem informações relevantes sobre as condições de vida da população ou de parte dela.

Foram levantados dados sobre os domicílios e sobre as micro áreas, que possibilitaram a identificação de alguns problemas na área. Os problemas detectados foram priorizados de acordo com o quadro 1:

Quadro 1. Priorização de Problemas segundo diagnóstico de saúde realizado, ESF Floresta 1, 2014

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Prevalência de pacientes hipertensos e diabéticos sem controle e com fatores de risco cardiovascular aumentado	Alta	7	Parcial	1
Pacientes idosos com varias doenças crônicas e complicações sem cuidadores	Alta	5	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes com depressão e ansiedade.	Alta	5	Parcial	3
Morbimortalidade Materno-infantil	Alta	4	Parcial	4
Alto número de pacientes com caries bucais e pouca higiene bucal	Alta	4	Parcial	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 associadas ao sobrepeso, tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada e uso incorreto da medicação.

A capacidade de enfrentamento do problema selecionado pela equipe é parcial como mostra o quadro 1, 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 hipertensão arterial interromperam o tratamento por conta própria (TEIXEIRA et.al.,2001).

Sendo assim, a abordagem integral será a forma escolhida para o enfrentamento do problema que pode ter como determinantes a deficiência no acesso a 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 a idade, ao sexo, ao paciente (esquecimentos, 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 a equipe de saúde (envolvimento ou relacionamento inadequado).

2 JUSTIFICATIVA

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 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 alcóolicas, 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 da 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 integral para a prevenção de complicações e tratamento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus em pacientes atendidos pela ESF Floresta 1.

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.

-Estimular através do projeto de intervenção a forma assistencial integral na prevenção das complicações decorrentes da HA e do DM, promoção da Saúde e prevenção para a comunidade.

4 METODOLOGIA

A ESF Floresta 1 elaborou um diagnóstico de saúde no território de abrangência, tendo como referencia 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 4 reuniões para priorizar os problemas, selecionar os nós críticos do problema priorizado, desenhar as operações para esses nós críticos, elaborar um plano operativo, analisar a viabilidade do mesmo e definir o processo de acompanhamento das ações.

Para a revisão da literatura, foram selecionadas quarenta e duas unidades de análise, cujas fontes de busca foram livros, textos, periódicos e artigos eletrônicos expostos em bancos de dados com acesso livre, como Literatura-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Google Scholar e Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) 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 no período de 2001 a 2013.

Para apoio metodológico foi utilizado o módulo Iniciação a Metodologia: Textos Científicos (CORREA et.al., 2013)

5 REVISÃO DE LITERATURA

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

A HA é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, considerando valores de PA Sistólica maior ou igual 140mmHg e/ou de PA Diastólica maior ou igual 90mmHg em medidas de consultório com diagnóstico validado por medidas repetidas em, pelo menos, três ocasiões (SBC, 2010). O quadro 1 apresenta a classificação da pressão arterial em adultos com mais de 18 anos, conforme as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (SBH/SBC/SBN, 2002).

Quadro 1: Classificação da pressão arterial(>18 anos)

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão Diastólica(mmHg)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
	Hipertensão	
Estágio 1(leve)	140-159	90-99
Estágio 2(moderada)	160-179	100-109
Estágio 3(grave)	>180	>110
Sistólica Isolada	>140	<90

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 que não possuem (FREITAS, 2012). Devido à possibilidade de associação, não é rara a existência das duas doenças no mesmo usuário, agravado pelo fato de que sua

concomitância potencializa o dano micro e macro vascular, acarretando alta mobilidade cardiovascular (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).

A HA e um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cérebro vasculares e renais, sendo responsáveis por 40% das mortes por acidente vascular encefálico, 25% das mortes por doença arterial coronária e, em combinação com a diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006). As pessoas com HA podem desenvolver complicações associadas a 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 medico (SILVA, 2011).

A prevalência da HA na população brasileira urbana adulta variou de 22,3% a 43,9%, porem 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).

O DM e um distúrbio metabólico no qual a pessoa apresenta hiperglicemias (glicemia>125mg\dl em jejum ou >199mg\dl, 2 horas após sobrecarga de 75 g de

glicose) como resultado da ação ineficiente da insulina, da secreção insuficiente de insulina ou de ambos (SBD, 2009). HA também duas categorias referidas como pré-diabetes: glicemia de jejum alterada e a tolerância diminuída a glicose, considerados 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 2 apresenta os valores da glicemia para diagnóstico de diabetes ou pré-diabetes.

Quadro 3. 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)	Duas horas após sobrecarga de 75g de glicose	Casual (glicemia realizada a qualquer hora do dia independentemente do horário das refeições)
Glicemia Normal	Menor que 100	Menor que 140	
Tolerância a Glicose Diminuída	Maior que 100 a Menor que 126	Igual o Superior a 140 a menor que 200	
Diabetes Mellitus	Igual ou Superior a 126	Igual o Superior a 200	Igual ou Superior a 200 com sintomas clássicos

A classificação proposta pela OMS (2003), pela ADA (2012) recomendada pela SBD (2009) baseia-se na etiologia do diabetes, e inclui quatro classes clínicas apresentadas no Quadro 4:

Quadro 4. Classificação etiológica do DM, conforme recomendação da SBD:

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

O DM é a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES et al., 2009). A hiperglicemia crônica esta 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 anatômica e qualidade de vida do indivíduo (ADA, 2012, FRANCISCO et.al.,2010).

Em 2012 a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,3%, mais comum a partir dos 45 anos em ambos 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 socioeconômicos.

Entretanto, associação inversa entre DM e escolaridade foi observada na população brasileira de 18 anos ou mais com dados de 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 (MORALES et.al.,2010).

Ambas as condições tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitações 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).

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

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) apostam 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 gorduras, diabetes, dentre outras (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).

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 SA; 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).

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 distantemente relacionado à resistência à insulina que pode ser reduzida juntamente com a redução do peso.

A prática de atividade física 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 tratamento e internações (ANS, 2011). A SBD (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.

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 praticava em baixa intensidade há aumento da expectativa de vida e profissional para esses indivíduos quando comparados a indivíduos sedentários (JUNKER et.al.,2006).

Para que os benefícios sejam observados, recomenda-se pelo menos 30 minutos de atividade física de intensidade moderada, na maioria dos dias da semana, ou 150 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 a incidência de diversas doenças (OPAS, 2003,SBD,2003). Para tanto, a mudança de comportamentos com a adoção de uma dieta balanceada e de práticas de atividade física é essencial para 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 integral.

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, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe, 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 HÁ (MAIA et.al., 2005).

A atenção para as pessoas com doenças crônicas deve envolver necessariamente equipe multidisciplinar, 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).

O Ministério da Saúde (2006) inclui ainda usuários mais experientes que possuam DM, dispostos a colaborar em atividades adicionais, na ação interdisciplinar para a prevenção da doença e suas complicações. Estudos tem 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).

A abordagem multidisciplinar na 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

estudo 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 dias, 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 Unidades Básicas de Saúde (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 JUNIOR et.al.,2006). Para tanto os profissionais de saúde que desenvolvem cuidados a usuários com o diagnóstico de HA e 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 conceito de hipertensão arterial e suas características apontada como uma das principais sugestões para melhorar a adesão ao tratamento anti hipertensivo (SBD,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 HA 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 Junior et.al.,(2006) a educação ao paciente pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e a necessidade do uso correto dos medicamentos, tomando o tratamento mais efetivo e seguro, uma vez que a deficiência da adesão entre indivíduos com HA tem relação direta com diversos fatores associados a falta de informações sobre o tratamento.

Peres (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 dialogo que compreenda tudo o contexto que envolva esses hábitos, incluindo dinâmicas de grupo associadas a lazer e cultura (SANTOS, ARAUJO, 2011). Dessa maneira antes de 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 no curto 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, famílias 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 executados 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, prazos, acompanhamentos, 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-Adoção de Hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida: **Projeto “Saber”**

2-Eliminar Hábitos alimentares não saudáveis:
Melhor” **Projeto ”Viver**

3-Elevar o nível de atividade física: **Projeto “Saúde”**

4-Organização inadequada do processo de trabalho da ESF: **Projeto**
”Assistência Integral dos hipertensos e diabéticos”

Cada um dos projetos esta descrito nos quadros 5 a 8, a seguir apresentados.

Quadro 5. Projeto “Saber”: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema Priorizado	Elevado número de hipertensos e diabéticos
No crítico 1	Adoção de Hábitos saudáveis e mudanças no estilo de vida para prevenção e controle da hipertensão e diabetes
Operação 1	Incrementar o conhecimento e o envolvimento da população sobre adoção de estilos saudáveis de vida.
Resultados esperados	População mais informada sobre doenças crônicas não transmissíveis
Produto	Veiculação de informações pela radio local; grupos operativos/educativos; distribuição de folhetos educativos; recursos audiovisuais
Ações estratégicas	Adesão da ESF, adesão do gestor municipal
Prazo	Apresentar o projeto de intervenção e início das atividades em 3 meses e terminar em 12 meses
Acompanhamento e Avaliação	Mensal para os outros produtos e após cada reunião do grupo operativo
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor municipal, da equipe de saúde e da participação contínua da população

Quadro 6. Projeto "Viver melhor": operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema Priorizado	Elevado número de hipertensos e diabéticos
No crítico 2	Eliminar Hábitos alimentares não saudáveis
Operação	Fazer com que a alimentação saudável seja simples, educativa e flexível
Resultados esperados	Estimular o consumo de alimentos saudáveis no dia a dia
Produto	Avaliação e orientação nutricional com Nutricionista. Individualizar as orientações para cada paciente e garantir as variações diárias necessárias
Ações estratégicas	Adesão da ESF, adesão da Nutricionista e do gestor municipal
Responsável	Principal: Nutricionista Participantes: ESF
Prazo	Apresentação do projeto Início das atividades em 5 meses
Acompanhamento e avaliação	Mensal
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor municipal, da ESF, da Nutricionista e da participação contínua da população

Quadro 7. Projeto “Saúde”: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema Priorizado	Elevado número de hipertensos e diabéticos
No Crítico 3	Elevar o nível de atividade física
Operação	Promoção da atividade física para melhorar a saúde geral, prevenir e controlar as doenças crônicas.
Resultados esperados	Desenvolvimento da aptidão física, para proteção e promoção da saúde, em especial na prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis. Aumentar o bem estar geral.
Produto	Avaliação clínica-laboratorial dos diabéticos e hipertensos. Realizar atividades em casa (limpeza, levar criança a passear, lavar o carro, a moto, passear com o cachorro), atividades no trabalho (caminhar até o local de trabalho ou residência, subir escadas em vez de elevador), atividades no tempo livre (dançar, jogar bola, pedalar, caminhar, nadar, realizar caminhadas). Realizar Grupos Operativos/Educativos. Atividades físicas guiadas por o educador físico.
Ações estratégicas	Adesão da equipe, adesão do gestor municipal e do educador físico.
Responsável	Principal: Educador físico. Participantes: ESF
Prazo	Apresentar o projeto. Início das atividades em 3 meses
Acompanhamento e avaliação	Mensal
Viabilidade	Viável .Depende do engajamento do gestor municipal, da equipe, do educador físico e da participação contínua da população

Quadro 8. Projeto "Atendimento integral dos hipertensos e diabéticos": operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema priorizado.

Problema Priorizado	Elevado número de hipertensos e diabéticos
No Critico 4	Organização inadequada do processo de trabalho da ESF
Operação	Organizar o processo do trabalho e estruturar o serviço para uma assistência integral dos pacientes
Resultados	Assistência integral de usuários com hipertensão e diabetes
Produto	Identificar todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência e cadastra-los no acompanhamento. Realizar consultas medicas e de enfermagem para todos os pacientes de baixo, médio, alto e muito alto risco cadastrados ou consultas domiciliares no caso de usuários acamados. Realizar Grupos Operativos/Educativos. Realizar exames laboratoriais anualmente.. Fornecimento e orientação quanto ao uso de toda medicação de controle prescrita. Realizar visitas domiciliares, pelo medico e enfermeiro aos acamados, 4 visitas anuais intercaladas ou quando houver solicitação. Realizar visitas domiciliares mensais, pelo ACS para todos os hipertensos e diabéticos.
Ações estratégicas	Adesão da ESF, adesão do gestor municipal e farmacêutico.
Responsável	Principal: Enfermeiro e Farmacêutico. Participantes: ESF
Prazo	Apresentação do Projeto. Início das atividades em 3 meses.
Acompanhamento e avaliação	Mensal
Viabilidade	Viável. Depende do engajamento do gestor municipal, da equipe, da participação continua da população e da disponibilização de medicamentos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HA e o DM são importantes fatores de risco para doenças cardiovasculares e representam agravos para a 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 tem gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades laborais e de lazer, além das mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias.

O projeto “Saber” possibilitará a veiculação de informação pela rádio local, realizará grupos operativos/educativos e distribuirá folhetos 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.

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 das doenças crônicas. Sendo assim, por meio do projeto “Viver Melhor”, é possível fazer com que a alimentação seja simples, educativa e flexível, a traves de uma avaliação nutricional pelo nutricionista e orientações individuais segundo as necessidades diárias de cada paciente. Aliado a isto, pretende-se oferecer aos usuários oportunidade de elevar o nível de atividade física, orientada por o educador físico, através do projeto “Saúde”.

Considerando que uma abordagem integral permite alcançar integralmente os fenômenos que interferem na saúde dos indivíduos, a execução do projeto “Atendimento integral dos hipertensos e diabéticos” é essencial na organização do trabalho da ESF para a realização desta abordagem, que pode ser eficiente no controle, tratamento e prevenção das complicações decorrentes destas doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

- ADA. American Diabetes Association. Diagnoses and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, V35, Supplement 1, January.2012.
- ANS. Agencia Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de risco e doenças na saúde suplementar**.4 ed. Rio de Janeiro: ANS. 2011.
- BANDEIRA DE AS,N,N.;MOURA,E.C. Fatores associados a 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,; 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 da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde.2002.
- 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 Saude.2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus – Cadernos de Atenção Básica – nº16 serie A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília. Ministério da Saude.2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agencia 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 Saude.2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de **Atenção Básica. PNAB**: Política Nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saude.2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção a saúde e nas linhas de cuidados prioritários**. Brasília: Ministério de Saude.2013.

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

CORREA, E. J. et. al. **Iniciação a Metodologia**: Textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG. Editora Coopmed.2013.

COSTA, J. A. .et. al. Promoção as saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programa de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**.16(3):2001-2009.2011.

CREPALDI, M. A, et .al. Desafio para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas a 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 praticas 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 a hipertensão arterial no Brasil: analise de Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, V.21,n.1, jan-mar.2010.

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

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

MAIA, F. R. et. Al. Proposta de um protocolo para o atendimento odontológico do paciente diabético na atenção física. **Revista Espaço para 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 hipertensos e diabéticos. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, Campo Mourão, V.2,n.1.2007.

MENDES, EV.**O cuidado das condições crônicas na atenção primária a saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saude.2012.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção a saúde do adulto: hipertensão e diabetes**.-2.ed.-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 SAUDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação. Brasília.2003.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAUDE. **Doenças crônicas 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 Bambui health and aging study. **São Paulo Medical Journal**. 2005.

PERES, D.S, et. al. Portador de hipertensão arterial : atitudes, crenças, percepções, pensamentos e praticas. **Revista de Saúde Pública**; 37(5): 675-42. 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. Atividades físicas como fator de proteção para comorbilidades cardiovasculares em mulheres obesas. **Revista Brasileira de Cine antropometria**. Desempenho Humano, 12(5): 324-330. 2010.

SANTOS, A. F. L.; ARAUJO, J. W. G. Pratica 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 Farmaceutica.3.ed.2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**.; 95(1 supl1): 1-51.2010.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica da Equipe de Saúde da Família Floresta 1, município Salinas-MG.2013.

SILVA, T. R. et. al. Controle da 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.;LEFEVRE, 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.