

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JOSÉ CUSTÓDIO VIEIRA FILHO

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA A MELHORIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES DA COMUNIDADE
DE GRAÇÓPOLIS EM IMBÉ DE MINAS - MG**

IPATINGA- MINAS GERAIS

2015

JOSÉ CUSTÓDIO VIEIRA FILHO

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA A MELHORIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES DA COMUNIDADE
DE GRAÇÓPOLIS EM IMBÉ DE MINAS - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Suelene Coelho

IPATINGA- MINAS GERAIS

2015

JOSÉ CUSTÓDIO VIEIRA FILHO

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA A MELHORIA DA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS
PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES DA COMUNIDADE
DE GRAÇÓPOLIS EM IMBÉ DE MINAS - MG**

Banca examinadora

Profa. Dra. Suelene Coelho UFMG

Profa. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em de de 2015

RESUMO

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são duas doenças crônicas, com alto grau de prevalência no Brasil e no mundo. Ambas merecem um destaque na atenção primária à saúde, pois ações podem contribuir tanto para sua prevenção quanto para o controle adequado e redução de suas complicações. A não adesão ao tratamento das doenças é um grande desafio para os profissionais que atuam na atenção básica. Por isso, o objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para a implantação de ações preventivas para a melhoria da condição de saúde dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área de abrangência da Equipe de Saúde de Graçópolis, no Município de Imbé de Minas. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, através de artigos científicos referentes ao tema estudado. Com o estudo foi possível conhecer os fatores de risco das doenças, tratamento e formas de manejo da equipe para a problemática. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico em Saúde. Desse modo, a partir do diagnóstico situacional em saúde priorizou-se os problemas e elaborou-se um projeto de intervenção para melhor controle das doenças. Destaca-se que é essencial uma assistência multiprofissional da equipe de saúde para que se alcance os objetivos deste trabalho.

Palavras-chave: Hipertensão arterial sistêmica. Diabetes mellitus. Doenças crônicas. Ações preventivas.

ABSTRACT

Systemic arterial hypertension (SAH) and diabetes mellitus (DM) are two chronic diseases, with high prevalence in Brazil and worldwide. Both deserve a highlight in primary health care, because actions can contribute to both prevention and for the proper control and reduce its complications. Non-adherence to treatment of diseases is a major challenge for professionals working in primary care. Therefore, the objective of this study was to develop an intervention project for the implementation of preventive actions to improve the health status of patients with hypertension and diabetes mellitus in the area covered by the Health Team Graçópolis in the Municipality of Imbé de Minas. A literature search was performed through scientific articles referring to the subject studied. With the study, we know the risk factors of disease, treatment and forms of team management with the problem. The method used was the Strategic Planning in Health. Thereby, from the situational diagnosis in the up prioritized health problems and elaborated a plan of action for better control of the disease. It is noteworthy that is essential multidisciplinary care of the health team in order to achieve the objectives of this work.

Keywords: Systemic arterial hypertension. Diabetes mellitus. Chronic diseases. Preventive actions.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	13
4 METODOLOGIA	14
5- REVISAO DE LITERATURA.....	17
6- PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	23
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
	retirar esta numeração
REFERÊNCIAS.....	30

Retirar a quebra de pagina desta pagina, passar para a anterior.

1 INTRODUÇÃO

O município de Imbé de Minas está situado na microrregião de Caratinga, no Vale do Rio Doce, Minas Gerais, a 340 km de Belo Horizonte. Atualmente a cidade é administrada pelo prefeito Enílson Peixoto do Carmo, no cargo há um ano e cinco meses.

Em 1939 foi considerado patrimônio e se tornou cidade em 21 de dezembro de 1995. Anteriormente era considerado um pequeno distrito, denominado Vila de Imbé, pertencente ao município de Caratinga. Após sua emancipação, houve melhoramentos nos setores de energia elétrica, educação, comercial, além da criação da casa dos Vincentinos, o novo cemitério e um hospital em construção (BRASIL, 2011a).

A população estimada para o município em 2014 foi de 6.782, sendo que no Censo de 2010 sua população era 6.424, o que aponta para um pequeno aumento populacional. Com uma área territorial de 196,735 km², sua densidade demográfica é de 32,65 hab/km², sendo a maioria moradora da zona rural. A cidade faz divisa com os municípios de Ubaporanga, Inhapim, Caratinga, Piedade de Caratinga, São Domingos das Dores, e São Sebastião do Anta (BRASIL, 2011a).

O município possui três Unidades de Saúde da Família, sendo uma na comunidade dos Manducas, uma em Graçópolis e outra no centro da cidade, todas compostas por equipe mínima de profissionais. Contam com o apoio dos serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e das clínicas odontológicas organizadas dentro da Unidade Básica de Saúde do centro da cidade. Conta ainda com apoio do Consorcio Intermunicipal de Saúde de Caratinga (CISMIRECAR), onde são referenciados os pacientes que necessitam de consultas com especialistas e de exames de médio e alto custo.

A Unidade de Saúde onde o médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) atua, localiza-se na comunidade de Graçópolis, apresentando acesso dificultado para moradores, pois as estradas não são pavimentadas e poucos moradores possuem meios para se locomoverem até a Unidade.

Esta unidade funciona de 07:00 as 16:00 horas, de segunda a sexta-feira. A área física possui sala de curativo, recepção, sala de vacina, 2 banheiros, farmácia e consultório médico. A sala de curativo possui material de sutura, curativos e medicação básica de uso endovenoso. Na recepção existe arquivamento bem organizado de prontuários e a sala de vacina embora seja pequena, é suficiente para manter o programa de vacinação. O consultório médico conta com equipamentos básicos como mesa e maca, sonar, fita métrica, esfigmomanômetro e estetoscópio.

A Equipe de Saúde da Família em que atuo, visa prestar assistência integral ao usuário e família em suas variadas demandas, sendo as doenças crônicas, em especial o diabetes e a hipertensão, as que mais geram internação. Atualmente na minha área de abrangência as duas principais causas de morte tem sido acidente vascular encefálico e o infarto agudo do miocárdio, devido principalmente a complicações das patologias e não a falta de controle propriamente dito. Além disso, verifica-se outras complicações, tais como: neuropatia, vasculites, nefropatia, insuficiência cardíaca.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) a HAS caracteriza-se como um grave problema de saúde pública, tanto no Brasil, quanto no mundo. Ainda de acordo com o autor, no Brasil sua prevalência varia entre 22% e 44% para adultos, sendo 32% em média e atinge mais de 50% para indivíduos com idade entre 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica- SIAB (BRASIL, 2013a) na comunidade de Graçópolis estão cadastrados 230 pacientes hipertensos e 96 pacientes diabéticos, sendo estes em sua grande maioria sem controle adequado, provavelmente por não conhecerem bem a doença que possuem e suas principais complicações.

De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão das Sociedades Brasileira de Cardiologia; de Hipertensão e de Nefrologia (2010) a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença considerada multifatorial caracterizada por níveis elevados e constantes de pressão arterial (PA). A doença tem alta prevalência

e baixas taxas de controle, sendo considerada um dos principais fatores de risco (FR) modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública.

E importante salientar que, a HAS é um dos principais fatores de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Como sua incidência está relacionada com o estilo de vida das pessoas, os hábitos saudáveis devem ser adotados desde a infância e adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. Desse modo, são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e do diabetes mellitus (DM), as transformações de estilo de vida. Dentre as mudanças, destacam-se a alimentação adequada com redução do consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, evitar o fumo, bem como o uso excessivo de álcool. Estes são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados pela equipe de saúde (BRASIL, 2006).

Assim, cabe aos profissionais da atenção básica atuar de maneira que os usuários possam se conscientizar em relação ao problema. Para isso, deve-se reforçar a orientação aos usuários no que se refere ao adoecimento e em especial das doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Oliveira *et al* (2011) relatam que dentre as doenças crônicas, o diabetes mellitus (DM) é uma morbidade relevante pelo fato de acometer a população de maneira crescente e devido à natureza incapacitante dos agravos de suas complicações. Neste sentido, os autores apontam que o controle glicêmico constitui um grande desafio, uma vez que, seu sucesso depende da mudança de hábitos, muitos deles já arraigados culturalmente e mantidos com o decorrer do tempo associados, na maioria das vezes, às questões subjetivas que estão relacionadas ao modo de vida das pessoas.

Nesta direção, o trabalho em Atenção Primária à Saúde é de grande relevância e requer rigor, seriedade, qualificação profissional e decisão dos gestores em dar apoio político, suporte econômico e garantir as condições adequadas para o trabalho das equipes de saúde da família. No que se refere à HAS e a DM os profissionais da saúde precisam atuar paralelamente ao usuário e família com o

objetivo de repensar ações e possibilitar o enfrentamento da doença e manutenção dos níveis de saúde (BRASIL, 2006).

A atenção básica desenvolve um conjunto de intervenções em saúde no âmbito individual e coletivo que envolve promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2011b). Dessa forma, a atenção básica deve ser realizada por meio do exercício da prática gerencial, sanitária e participativa em forma de trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios delimitados, das quais devem assumir responsabilidades, orientados pelos princípios do SUS da universalidade, integralidade, responsabilização, a equidade e a participação social.

Organizar a atenção integral aos portadores de doença crônica é um desafio para os profissionais da saúde e para a sociedade. Os diabéticos e hipertensos representam a maioria dos doentes crônicos, com seu perfil assintomático, levando a baixa adesão dos pacientes ao tratamento, favorecendo o aparecimento de complicações futuras (BRASIL, 2006).

Após reunião da Equipe de Saúde da comunidade de Graçópolis, pertencente ao município de Imbé de Minas/MG, priorizou-se este problema, visto o grande número de pacientes com complicações graves relacionadas ao mau controle glicêmico e dos níveis hipertensivos durante anos de evolução da doença. Também foram levados em consideração a importância, urgência e capacidade de enfrentamento das doenças. Pode-se perceber ainda, que as principais causas do problema escolhido são a má informação, a má alimentação e altos níveis de stress da comunidade.

Com base nestas informações a equipe propôs a elaboração de um projeto de intervenção no sentido de diminuir a baixa adesão dos usuários ao tratamento da hipertensão arterial e do Diabetes mellitus. Sabe-se que, tanto a HAS quanto o DM são doenças que requerem atenção, cuidados dos usuários, bem como ações diferenciadas pelos profissionais das equipes de saúde para que sejam possíveis o controle das doenças e a minimização dos agravos das mesmas.

2- JUSTIFICATIVA

A partir do diagnóstico situacional em saúde realizado junto a Equipe de Saúde da Família de Graçópolis, definiu-se como tema as ações preventivas para a melhoria das condições de saúde dos pacientes portadores de hipertensão arterial e Diabetes mellitus residentes na área de abrangência desta equipe.

Este trabalho se justifica pela grande quantidade de portadores de doenças crônicas (diabetes e hipertensão) no município sem acompanhamento e controle adequado. De acordo com dados da unidade de saúde prontuários e fichas dos usuários, atualmente estão cadastrados 230 pacientes hipertensos e 96 pacientes diabéticos, sendo estes em sua grande maioria sem controle adequado. Acredita-se que isto se deva pelo fato da população não conhecer bem a doença que possui e suas complicações.

A hipertensão arterial (HA) constitui-se um grave risco para as doenças cardiovasculares, caracterizando-se como umas das mais importantes doenças na área da saúde pública devido às altas taxas de morbidade e mortalidade. Muitas vezes os usuários não tem consciência das consequências que a doença pode acarretar. Dessa forma, grande parte das pessoas acometidas não se envolve, nem busca formas de controle dos níveis pressóricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

As informações que os usuários recebem podem auxiliar na compreensão e manejo no cuidado na HAS e seu processo de adoecimento, contribuindo efetivamente na prevenção de agravos, no estabelecimento de um estilo de vida com qualidade para manter o organismo saudável.

O atendimento em saúde deve incluir atividades de cunho educacional e também de suporte para apoiar a população no enfrentamento dos desafios inerentes ao tratamento da HAS e também do DM. Sabemos que estas duas doenças impõem muitas limitações na vida do usuário, bem como mudanças de hábitos e estilo de vida, o que na maioria das vezes é percebido com dificuldade e angústias por parte do mesmo. E diante dos grandes agravos que o DM propicia na vida do paciente, é que se observa a necessidade e importância de se pensar um projeto de intervenção com o foco nestas ações (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Sendo assim, torna-se de extrema relevância estudar o tema proposto para elaborar um projeto de intervenção na área de abrangência, com o objetivo de se abordar informações sobre cuidados de saúde e hábitos saudáveis. A proposta de educação em saúde deverá envolver a equipe multiprofissional no sentido de levar os indivíduos a experienciar atividades com ênfase em promoção e prevenção em saúde. Por essas considerações, justifica-se a realização deste estudo para que possam ser implantadas ou implementadas atividades a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto ao autocuidado e com foco na educação em saúde dos usuários.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para a implantação de ações preventivas para a melhoria da condição de saúde dos pacientes portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área de abrangência da Equipe de Saúde de Graçópolis, no Município de Imbé de Minas, Minas Gerais.

4- METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como projeto de intervenção com o objetivo de buscar formas de enfrentar a HAS e o DM na área de abrangência da Unidade de Saúde, no Município de Imbé de Minas/MG. O método utilizado foi o Planejamento Estratégico em Saúde e seguidos os passos sistematizados por Campos, Faria e Santos (2010).

Foram realizados levantamentos bibliográficos no banco de dados do IBGE, na base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Além disso, foi realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), edições do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores: Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Doenças crônicas, Ações preventivas.

O período de publicações selecionado foi entre janeiro de 2006 a dezembro de 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Por fim, as informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do projeto de intervenção.

Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional foram utilizados na construção do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos do Planejamento Estratégico Situacional proposto no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, e que nortearam todo o processo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010):

- a) Primeiro passo: identificação dos problemas mais apresentados na unidade;
- b) Segundo passo: priorização de um determinado problema, tendo como referência a importância do problema, sua urgência e capacidade de enfrentamento da equipe, hierarquização dos problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios;

- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado, ou seja, sua caracterização quanto a dimensão do problema;
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (definição das causas mais importantes a serem enfrentadas);
- f) Sexto passo: desenho das operações (descrição das operações, identificação dos produtos e resultados, bem como dos recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificação dos recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção por meio do estabelecimento de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designação dos responsáveis por cada operação e definição dos prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenho do modelo de gestão do plano de ação; discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4- REVISAO BIBLIOGRAFICA

4.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

De acordo com o Ministério da Saúde a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) além de causar alta morbimortalidade, apresenta perda importante da qualidade de vida, reforçando a importância do seu diagnóstico precoce. O autor destaca ainda, que para o seu diagnóstico e tratamento não são necessárias tecnologias de alto custo. Desse modo, mudanças no estilo de vida e o uso regular de medicamentos de baixo custo e com poucos efeitos colaterais contribuem para o controle eficaz da doença na atenção básica (BRASIL, 2013b). deixar espaço entre a letra a e o parentesis

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010, p.4) o diagnóstico da HAS é realizado por meio da “[...] detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. A Pressão arterial deve ser avaliada em toda consulta médica de qualquer especialidade ou por qualquer profissional da saúde”.

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b) para se chegar a um diagnóstico seguro da hipertensão é necessário identificar a média da Pressão arterial (PA) maior ou igual a 140/90 mmHg após três medidas verificadas por pelo menos três dias diferentes com intervalo mínimo de uma semana entre as medidas. Desse modo, soma-se a média das medidas do primeiro dia mais as duas medidas subsequentes e divide-se por três (BRASIL, 2013b).

O diagnóstico da hipertensão deve ser realizado de forma segura, uma vez que se trata de uma condição crônica, fará parte da vida do indivíduo. Deve-se evitar aferir a pressão nos momentos de estresse físico e emocional, pois a elevação da PA pode ser consequência destas condições. O Quadro 1 apresenta os diferentes valores de pressão no consultório, monitorização ambulatorial de PA de 24 hs (Mapa), Automedida de PA (Ampa) e monitorização residencial da PA (MRPA) que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada

Quadro 1 - Valores de pressão no consultório Mapa, Ampa e MRPA que caracterizam hipertensão, hipertensão do avental branco e hipertensão mascarada:

	Consultório	Mapa vigília	Ampa	MRPA
Normotensão ou hipertensão controlada	<140/90	<130/85	≤130/85	<130/85
Hipertensão	>140/90	>130/85	>130/85	>130/85
Hipertensão do avental branco	>140/90	<130/85	<130/85	<130/85
Hipertensão mascarada	<140/90	> 130/85	>130/85	>130/85

Nota: MAPA = monitorização ambulatorial de PA de 24 hs. Ampa - Automedida de PA, MRPA; monitorização residencial da PA.

Fonte: (BRASIL, 2013b).

Ressalta-se também, que a HAS é considerada um dos mais importantes problemas de saúde pública na atualidade e um dos principais fatores de risco modificáveis (MINAS GERAIS, 2006).

Para Lopes *et al.* (2008) as doenças crônicas ocupam um local de grande importância na sociedade, devido ao caráter de cronicidade e de incapacitação, com que se apresenta, sendo comum deixar sequelas para o resto da vida das pessoas: De acordo com os autores

Estima-se que 40% das aposentadorias precoces derivam das doenças crônicas e que 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Estas incluem o diabetes mellitus, obesidade, câncer, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias, estando entre as principais causas de morte em todo o mundo. Entre estas doenças, verifica-se que a hipertensão arterial é um dos problemas de saúde mais prevalentes na população (LOPES *et al.*, 2008, p.198).

Ainda de acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010) é importante que possam ocorrer algumas modificações no estilo de vida do hipertenso, pois contribuem para um melhor controle da doença. Dentre elas, destacam-se: o controle do peso, redução da ingestão de sódio, aumento da ingestão de potássio, redução ou abandono na ingestão de álcool, além da prática de atividades físicas.

Assim, para que a Equipe de Saúde da Família possa obter melhores resultados ela deve prestar o cuidado aos hipertensos de maneira articulada e interdisciplinar. O objetivo do cuidado deve ser a manutenção dos níveis pressóricos controlados, consideradas as características do paciente. A finalidade deverá ser reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Nesta direção, o Quadro 2 demonstra o Impacto de cada mudança de estilo de vida na redução de PA.

Quadro 2 - Impacto de cada mudança de estilo de vida na redução de PA.

Modificação	Recomendação	Redução da PA em mmHg
Redução de peso	Manter IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m ²	5 a 20
Alimentação saudável	Rica em frutas e vegetais. Pobre em gorduras totais e saturadas	8 a 14
Atividade física	Atividade aeróbica, por 30 minutos pelo menos, na maioria dos dias da semana	4 a 9
Moderação no consumo de álcool	É aconselhável evitar o consumo de bebidas alcoólicas. Quando não for possível, recomenda-se que o consumo de álcool não ultrapasse 300 ml de etano/dia, (90 ml de destilados, ou 300 ml de vinhos ou 720 ml de cerveja) para homens e 15 ml de etanol/dia para mulheres e indivíduos de baixo peso	2 a 4

Fonte: (BRASIL, 2013b)

Estas ações aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso, contribuindo para o controle dos fatores de risco para outros agravos, além de ainda terem baixo custo. Por isso, a equipe de saúde tem um papel fundamental para estimular as pessoas a mudarem os seus hábitos e estilos de vida, em especial do paciente hipertenso.

4.2 DIABETES MELITUS

O Diabetes Melitus (DM) “[...] é um problema de saúde pública com alta morbimortalidade e alto impacto social e econômico, em virtude das graves complicações” (TAVARES, *et al*, 2014 p. 3).

A DM tem causado grandes impactos econômicos nos serviços de saúde na atualidade, devido ao seu avanço crescente na população brasileira. Verifica-se ainda, aumento cada vez maior dos custos com o tratamento da doença, principalmente devido as suas complicações como doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros. As complicações crônicas incluem o pé diabético, nefropatia, retinopatia e neuropatia (BRASIL, 2013c).

A insulina, que é um hormônio produzido pelo pâncreas controle o nível de glicose no sangue, regula a produção e armazenamento de glicose. No diabetes a capacidade do corpo em responder à insulina pode diminuir ou o pâncreas pode parar totalmente de produzir. O que pode levar à hiperglicemia e também a complicações metabólicas agudas ou crônicas (ANDRADE, 2010).

A hiperglicemia desempenha um papel doença neuropática, complicações microvasculares e fatores de risco que contribuem para as doenças macrovasculares (ANDRADE, 2010).

Ressalta-se também, que as pessoas diabéticas apresentam ainda, um maior risco de desenvolverem doença vascular aterosclerótica, tais como: doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral (LOPES, 2008).

Por caracterizar-se como uma doença de ocorrência significativa na população do mundo inteiro, torna-se importante criar ações preventivas na atenção

primária que visem minimizar estes quadros de complicações do DM, bem como que contribuam para impedir o surgimento da doença (BRASIL, 2013c).

Existem dois tipos de DM o diabetes tipo I e o tipo II. O diabetes tipo I era conhecida que anteriormente como diabetes juvenil e compreende 10% do total dos casos. Ela acomete principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso e apresenta-se muitas vezes de forma abrupta. Na maioria das vezes a glicemia é acentuada, evoluindo para a cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Desse modo, o diabetes tipo I tem a tendência a crises graves de hiperglicemia e cetoacidose (BRASIL, 2013c).

O Diabetes tipo II é conhecido como diabetes do adulto, pois a grande maioria dos casos, cerca de 90% acomete os indivíduos na vida adulta. O seu início e sintomas geralmente iniciam de maneira insidiosa e mais branda. Usualmente acomete adultos com excesso de peso há vários anos e com história familiar de diabetes tipo II. A terminologia diabetes tipo II é utilizada quando o indivíduo apresenta para deficiência na produção de insulina, ou um estado de resistência à ação da insulina, associado na maioria das vezes, a um defeito na secreção. Por apresentar quantidades de insulina seus efeitos acabam sendo menos intensos que aqueles observados no diabetes tipo I (BRASIL, 2013c). O diabetes gestacional é outra forma de manifestação que, em geral é um estado pré clínico do diabetes, detectado em acompanhamento das gestantes em pré-natal.

Podem-se relacionar alguns fatores de risco para o diabetes tipo II, tais como: sobrepeso, idade igual ou maior que 45 anos, antecedente familiar, hipertensão arterial, dislipidemia, história de macrossomia, inatividade física habitual, diagnóstico de síndrome dos ovários policísticos.

Para o diagnóstico do DM devem ser levantados elementos clínicos de fácil identificação que levantam a suspeita da doença, tais como os sinais e sintomas: como: poliúria, polidipsia, polifagia, perda inexplicada de peso (BRASIL, 2013c).

As mudanças de estilo de vida têm como objetivo a redução do peso, a manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras e aumento da atividade física. A educação

alimentar é um dos pontos fundamentais na prevenção primária e no tratamento da DM (BRASIL, 2013c).

4.3 Cuidando do hipertenso e diabético na Atenção Básica

A atenção ao paciente hipertenso deve ter como foco da equipe multiprofissional a manutenção dos níveis pressóricos controlados conforme as características de cada paciente e com a ideia de evitar riscos cardiovasculares, diminuir morbimortalidade e conduzir o usuário a uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA *et al*, 2011).

Para a atenção ao diabético devem ser criadas estratégias para prevenir, minimizar ou controlar os problemas identificados, sempre estabelecendo metas com o paciente. Dentre elas, destacam-se: orientações sobre os sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e como agir diante de cada um, explicações consistentes sobre o porquê de se ter hábitos saudáveis de vida, de perceber como se iniciam as principais complicações, além de orientações detalhadas em relação ao uso de medicamentos prescritos (oral ou insulina), doses, horários, efeitos colaterais, controle da glicemia (BRASIL, 2013c). Ainda de acordo com o autor

Avaliar com a pessoa e a família o quanto as metas de cuidados foram alcançadas e o seu grau de satisfação em relação ao tratamento. Observar se ocorreu alguma mudança a cada retorno à consulta. Avaliar a necessidade de mudança ou adaptação no processo de cuidado e reestruturar o plano de acordo com essas necessidades. Registrar em prontuário todo o processo de acompanhamento (BRASIL, 2013c p. 38).

É desafiador para os profissionais da atenção básica, não somente diagnosticar precocemente os quadros, como também manter os pacientes em acompanhamento e adesão constantes. Esta adesão é importante por parte do usuário, mas a equipe também pode atuar com a educação em saúde com este objetivo.

De acordo com Oliveira *et al.*, (2011) a educação em saúde é dinâmica no estímulo à adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso da

hipertensão arterial, confirmando a relevância da adoção dessas estratégias educacionais pelos profissionais de saúde.

Para ele, o autocuidado pode ser definido como o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em benefício de si próprios com o intuito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. As autoras apontam vários graus de capacidade dos indivíduos para o autocuidado e afirmam que ao ser realizado com efetividade, isso auxilia na manutenção da integridade da pessoa contribuindo para o seu desenvolvimento.

Ainda para Oliveira *et al.* (2011), as equipes da saúde da família possuem as melhores condições para gerarem a adesão ao tratamento de doenças como a hipertensão, pelo menos em tese, porque estimulam o bom relacionamento dos usuários com o profissional de saúde, favorecendo assim, a corresponsabilização do tratamento. Para que isto ocorra é importante que as ações educativas promovidas pelos profissionais estimulem o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos e possibilitem as discussões e orientações quanto à adoção de novos hábitos de vida.

Também para Tavares *et al.* (2014), é muito importante que os gestores forneçam estrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho dos profissionais, onde se respeitem os princípios da prática clínica e o projeto terapêutico individual ajustado às condições clínicas. Aborda ainda a importância dos pacientes agirem com disciplina no autocuidado, aderindo à dieta, aos exercícios e ao tratamento medicamentoso.

Por isso, este estudo que se apresenta como um projeto de intervenção tem como objetivo estimular uma melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida ao usuário hipertenso e diabético.

5- PROJETO DE INTERVENÇÃO

5.1 Primeiro Passo: Identificação dos problemas:

Os problemas identificados no diagnóstico situacional foram listados por ordem de prioridade, grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento da Equipe de Saúde da Família, como pode ser observado no Quadro 4:

Quadro 4 – Problemas identificados na comunidade de Graçópolis, no Município de Imbé de Minas, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Alto número de hipertensos e diabéticos cadastrados sem o devido monitoramento	Alta	10	Boa
Alto número de pessoas que fazem uso inadequado de benzodiazepínicos	Alta	10	Boa
Obesidade	Alta	10	Boa
Sedentarismo	Alta	10	Média

Fonte: Filho, 2014.

5.2 Segundo Passo: Priorização do Problema

A partir do diagnóstico situacional em saúde realizado junto a Equipe de Saúde da Família de Graçópolis, o levantamento dos principais problemas da população da área de abrangência, bem como a análise em relação a possibilidade de enfrentamento e a magnitude do problema definiu-se como tema as ações preventivas para a melhoria das condições de saúde dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus residentes na área de abrangência desta equipe.

5.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema

Como já descrito anteriormente, existe um grande número de portadores de doenças crônicas (diabetes e hipertensão) no município sem acompanhamento e controle adequado. Atualmente estão cadastrados 230 pacientes hipertensos e 96 pacientes diabéticos, que, em sua grande maioria, encontram-se sem um monitoramento adequado.

5.4 Quarto Passo: Explicação do Problema

O problema foi escolhido por se tratarem de doenças crônicas, muitas vezes de difícil controle e que exigem participação do usuário, família e equipe de saúde. As complicações advindas da doença comprometem de forma geral a vida do indivíduo, por isso as ações devem ser no foco da educação em saúde e prevenção.

5.5 Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

Após a explicação do problema, foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes mellitus no território da Equipe de Saúde da Família de Graçópolis

- Grau de informação da população sobre a doença– o conhecimento da população muitas vezes é pouco aliado a um desinteresse em envolver-se no tratamento.
- Fatores sociais – Pouca participação da família, dificuldades financeiras.
- Falta de capacitações e planejamento para a equipe de saúde – existe uma limitada capacidade dos profissionais para o acolhimento, vínculo e planejamento para organizar o trabalho com os hipertensos e diabéticos; Dificuldade da equipe em realizar a educação em saúde para o autocuidado.

- Baixa adesão ao tratamento da HAS e DM: pacientes apresentam-se passivos no processo de autocuidado.

5.6 Sexto Passo: Desenho das Operações

O Quadro 5, a colocar um espaço entre a virgula e a letra a, pois antes tinha mais de um seguir, apresenta o desenho das operações. Através dele visualiza-se a partir dos nós críticos da hipertensão e diabetes descompensada, a operações/projetos propriamente dito. Em seguida, o que se espera com cada projeto proposto. Os recursos necessários: políticos, cognitivos, financeiros e organizacionais também estão descritos no quadro.

Quadro 5 - Desenho de operações para os nós críticos do problema da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. análise de viabilidade do plano

Nó crítico	Operação/ Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Medidas de informações da população	Aprendendo sobre doenças crônicas Informações sobre a HAS e DM envolvendo (hábitos de vida saudáveis, alimentação adequada e atividades física para o paciente).	↓ complicações das doenças Controle dos níveis pressóricos Controle dos níveis glicêmicos.	Formação de grupos operativos.	<i>Político:</i> Aprovação do projeto. <i>Organizacional:</i> adequação da agenda da unidade às atividades do projeto. <i>Cognitivo:</i> informações sobre os temas, capacitações com a equipe sobre HAS e DM.
Fatores sociais	Entendendo melhor Adequar as atividades e orientações à realidade social de cada usuário e família.	Usuários bem informados, orientados, mais envolvidos no processo saúde/doença.	Melhor qualidade de vida do hipertenso e diabético.	<i>Organizacional:</i> organização e planejamento de agenda para orientação da população. <i>Cognitivo:</i> abordagem dos temas. <i>Político:</i> mobilização social. <i>Financeiro:</i> custeio de materiais informativos,

data show.

Falta de capacitações e planejamento da equipe de saúde	Estratégias na atenção Equipe mais motivada na atenção ao usuário. hipertenso e diabético, humanização no trabalho. Equipe mais integrada.	Melhoria no relacionamento equipe/pacientes. Assistência integralizada ao usuário.	Capacitações dos profissionais	<i>Cognitivo:</i> reflexões críticas sobre a forma de trabalho; <i>Político:</i> interlocução entre os setores da saúde.
Baixa adesão ao tratamento da HAS e DM	Como me cuidar Orientações básicas através do trabalho em grupo operativo.	Melhorias no autocuidado a partir da conscientização da doença.	População reflexiva e esclarecida.	<i>Organizacional:</i> criação do protocolo de atendimento a pacientes com HAS e DM. <i>Financeiro:</i> articulação com equipe multiprofissional (NASF). <i>Político:</i> conseguir recursos financeiros para e manutenção do serviço.

5.7 Sétimo Passo: Recursos Críticos

No Quadro 6, a seguir, são apresentados os recursos críticos que foram identificados para o enfrentamento do problema.

Quadro 6 – Recursos Críticos identificados pela Equipe de Saúde da Família para o enfrentamento do problema.

Operação – Projeto	Recursos críticos
Aprendendo sobre doenças crônicas Informar os usuários sobre HAS e DM e suas complicações.	<i>Político:</i> Aprovação do projeto. <i>Organizacional:</i> Adequação da agenda da Unidade às atividades do projeto. <i>Cognitivo:</i> informações sobre os temas, capacitações com a equipe sobre HAS e DM;
Estratégias na atenção Reforçar a importância de casa	<i>Cognitivo:</i> reflexões críticas sobre a forma de trabalho;

profissional na assistência ao usuário hipertenso e diabético.

Político: interlocução entre os setores da saúde;

**Entendendo melhor
Adequar as atividades e orientações à realidade social de cada usuário e família.**

Organizacional: organização e planejamento de agenda para orientação da população
Cognitivo: abordagem dos temas
Político: mobilização social.
Financeiro: custeio de materiais informativos, data show

**Como me cuidar
Orientações básicas através do trabalho em grupo operativo.**

Organizacional: criação do protocolo de atendimento a pacientes com HAS e DM
Financeiro: articulação com equipe multiprofissional (NASF);
Político: conseguir recursos financeiros para e manutenção do serviço.

5.8- Oitavo Passo: análise de viabilidade do plano

No Quadro 7, apresenta-se o plano operativo com os responsáveis pelas ações de cada projeto e o prazo determinado para início de cada um.

Quadro 7 - Plano operativo para a hipertensão e diabetes com os responsáveis pelas ações de cada projeto e o prazo determinado para o início.

Operações	Resultados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aprendendo sobre doenças crônicas	↓ complicações das doenças; Controle dos níveis pressóricos; Controle dos níveis glicêmicos.	Palestras educativas Grupos operativos sobre HAS e DM.	Médico e Enfermeira.	Dois meses para o início das atividades.
Entendendo melhor	Usuários bem informados, orientados, mais envolvidos; Melhoria no relacionamento equipe/pacientes; Assistência integralizada ao usuário processo saúde/doença.	Realização de dinâmicas que abordem o tema	Médico, enfermeira, agentes comunitários em saúde, Psicóloga do NASF.	Três meses para o início das atividades.
Estratégias na atenção	Melhoria no relacionamento equipe/pacientes. Assistência integralizada	Realização de reuniões periódicas para discussão do projeto e avaliações	Médico, enfermeira	Três meses para o início das atividades.

	ao usuário.	das atividades.		
Como me cuidar	Melhorias no autocuidado a partir da conscientização da doença.	Elaboração de materiais informativos e práticos para serem repassados aos usuários.	Médico, enfermeira e ACS.	Início em quatro meses.

5.9 Nono Passo: elaboração do Plano Operativo

No Quadro 8, estão apresentados os atores que controlam o projeto, ou seja, que são responsáveis por cada uma das operações. De acordo com o Método PES, este passo é importante para estruturar a equipe que atuará na execução do projeto, promovendo uma divisão de trabalho mais equitativa e com responsabilização.

Quadro 8 – Atores que controlam as operações do projeto de intervenção

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Recursos necessários
	<i>Político:</i> Aprovação do projeto; <i>Organizacional:</i> adequação da agenda da Unidade às atividades do projeto; <i>Cognitivo:</i> informações sobre os temas, capacitações com a equipe sobre HAS e DM;	NASF Equipe de ESF	Favorável	Não é necessária
Aprendendo sobre doenças crônicas	<i>Cognitivo:</i> reflexões críticas sobre a forma de trabalho; <i>Político:</i> interlocução entre os setores da saúde	Equipe de ESF NASF	Favorável	Não é necessária
Estratégias na atenção	<i>Cognitivo:</i> reflexões críticas sobre a forma de trabalho. <i>Político:</i> interlocução entre os setores da saúde	Equipe de ESF Secretaria de saúde.	Favorável	Não é necessária
Como me	<i>Organizacional:</i> criação	ESF	Favorável	Não é necessário

cuidar	do protocolo de atendimento a pacientes com HAS e DM; <i>Financeiro: articulação com equipe</i> multiprofissional (NASF) Político: conseguir recursos financeiros para manutenção do projeto.	NASF.
---------------	--	-------

5.10 Décimo Passo: gestão do Projeto de Intervenção

O projeto terá a duração de 11 meses, com encontros quinzenais. Todas as atividades serão previamente elaboradas e seguidas conforme estrutura do plano. Os usuários serão convidados com antecipação.

A avaliação do projeto será realizada por todos os membros da equipe. Serão realizadas reuniões quinzenais, para discussões e pontuações de cada atividade proposta e realizada na unidade.

Serão abordados pontos positivos e os negativos até o momento de sua execução.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto de intervenção buscou abordar duas doenças crônicas de grande importância e prevalência na área da saúde. Estudos apontam que tanto a HAS e a DM são doenças que necessitam de um bom controle e adesão ao tratamento, tanto medicamentoso quanto em hábitos e estilos de vida saudáveis, para que se possa prevenir complicações das doenças. No município de Imbé de Minas – MG, onde atuo na Estratégia Saúde da Família como médico, percebo este problema como passível de intervenção.

Por meio do diagnóstico situacional em saúde realizado na unidade de saúde com os profissionais que ali trabalham, priorizou-se esta demanda pelo alto número de hipertensos e diabéticos e as atuais formas ineficientes de controle da doença.

Com o referencial teórico pesquisado, pode-se perceber que a HAS é considerado um problema de saúde pública e que os níveis de pressão arterial descompensados são fatores de risco cardiovasculares e renovasculares, e ainda, causas de óbitos consideráveis e de acidentes vasculares cerebrais.

Também a DM requer controle adequado e formas de manejo da equipe de saúde. Um trabalho multiprofissional deve ser o foco, priorizando a educação em saúde, como estratégia de conscientização e melhorias na qualidade de vida do usuário.

Sabe-se que a informação por si só não é o suficiente para manter a adesão ao tratamento, mas uma conscientização dos reais agravos da doença, através de ações práticas e acolhedoras podem surtir resultados positivos.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, T. L. Caracterização da associação entre diabetes mellitus e hipertensão arterial na atenção primária: Estudo quantitativo no município de Jeceaba – MG. 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Nescon/ Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0645.pdf>. Acesso em: 05.02.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf . Acesso em 02.12.14.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2011a. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313055&search=minas-gerais|imbe-de-minas|infograficos:-historico>>. Acesso em setembro de 2014.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011** - Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html . Acesso em: 02.12.2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php> . Acesso em: 20.10.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em 13.01.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em 13.01.2015.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>> Acesso em junho de 2014.

LOPES, M. C.L.; CARREIRA, L.; MARCON, S. S.; SOUZA, A. C.; WAIDMAN, M. P. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v.10, n. 1, p. 198-211, 2008. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n1/pdf/v10n1a18.pdf . Acesso em: 02.12.2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto: Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=170 . Acesso em 02.12.2014.

OLIVEIRA, N. F. de; SOUZA, M. C. B. de M. e; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A. dos. Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev. bras. enferm.** [online v.64, n.2, pp. 301-307, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>>. Acesso em outubro de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.95, n.1, suppl.1, pp. I-III, 2010. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8903/pdf/8903012.pdf>>. Acesso em outubro de 2014.

TAVARES, V. S.; VIDAL S. A.; FILHO, F. A. R.; FIGUEROA J. N.; LIMA, S. R. Avaliação da atenção ao diabetes *mellitus* em unidades de Saúde da Família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Servi. Saúde.** v.23 n.3, set. 2014.. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-9742014000300015&script=sci_arttext. Acesso em: 05.02.2015.