

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

JOSE MANUEL SANCHEZ ROJAS

**INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA ESF DONA
DIVINA AMARAL DIAS, DISTRITO CURRAL NOVO, ANTÔNIO
CARLOS, MG**

ANTÔNIO CARLOS – MINAS GERAIS

2016

JOSE MANUEL SANCHEZ ROJAS

**INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA ESF DONA
DIVINA AMARAL DIAS, DISTRITO CURAL NOVO, ANTÔNIO
CARLOS, MG**

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

Orientador: Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

ANTÔNIO CARLOS/ MINAS GERAIS

2016

JOSE MANUEL SANCHEZ ROJAS

**INTERVENÇÃO EDUCACIONAL PARA MODIFICAÇÃO DO ESTILO
DE VIDA DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS PELA ESF DONA
DIVINA AMARAL DIAS, DISTRITO CURAL NOVO, ANTÔNIO
CARLOS, MG**

Banca examinadora

Prof. Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório - orientador

Prof. Heriberto Fiuza Sanches – banca examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 31 de maio de 2016

RESUMO

O município de Antônio Carlos pertence à Mesorregião dos Campos das Vertentes – Microrregião de Barbacena e possui área total de 524,8 km². A população de Antônio Carlos é aproximadamente 11.112 habitantes. O presente estudo foi realizado pelo ESF Dona Divina Amaral Dias, Distrito de Curral Novo no município de Antônio Carlos. A equipe de saúde definiu como problema prioritário a alta prevalência de hipertensos e diabéticos em sua área de abrangência. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção educacional para modificação do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos pela ESF. A metodologia escolhida foi a revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e no Scientific Electronic Libray Online (SciELO), e periódicos indexados na Biblioteca Virtual em saúde (BVS), além de registros da Unidade de Saúde. Também foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) na construção do trabalho. O Plano de Intervenção propõe diminuir a incidência dos fatores de risco e reorganização dos serviços de atendimento, com intuito de aumentar a participação e adesão dos hipertensos aos programas de educação e conscientização sobre HAS e a DM. Este estudo permitiu conhecer a prevalência da HAS e a DM na área de abrangência e iniciar as mudanças necessárias para readequações da assistência a este público tornando-a ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos descompensados das referidas patologias.

Palavra Chave: Estilos de vida. Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus.

.

ABSTRACT

The municipality of Antônio Carlos belongs to Mesoregion the fields of Strands - Microregion of Barbacena and has a total area of 524.8 km². The population of Antonio Carlos is approximately 11,112 people. This study was conducted by Mrs. Divine Amaral Dias FHS New Curral district in the municipality of Antônio Carlos. The health team has defined as a priority issue the high prevalence of hypertension and diabetes in their area. The objective of this study was to develop an educational intervention project to change the lifestyle of hypertensive and diabetic by FHT. The methodology chosen was the literature review on the subject proposed using online databases Lilacs and Scientific Electronic Libray Online (SciELO), and journals indexed in the Virtual Library in Health (BVS), and Health Unit's records. Also it used the Situational Strategic Planning (PES) in the construction work. The Intervention Plan proposes to reduce the incidence of risk factors, the consequences of hypertension and DM in our area, reorganization of customer services, increasing the participation and adherence of hypertensive to education and awareness programs SAH and DM. This study allowed us to determine the prevalence of hypertension and DM in the area covered and initiate necessary changes to Readjustments assistance to this audience making it an essential tool for the prevention of decompensated diseases of these pathologies.

Keyword: Lifestyle. Arterial hypertension. Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	7
2-JUSTIFICATIVA	11
3-OBJETIVO	12
4-METODOLOGIA	13
5- REFERENCIAL TEÓRICO	15
6- PLANO DE INTERVENÇÃO	20
7-CONSIDERAÇÕES FINAIS	25
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

O município de Antônio Carlos pertence à Mesorregião dos Campos das Vertentes – Microrregião de Barbacena e possui área total de 524,8 km². O município é constituído de 4 Distritos: Antônio Carlos, Curral Novo de Minas, Dr. Sá Fortes e São Sebastião de Campo Lide. De acordo com o censo realizado pelo IBGE em 2010 a população era de 11.112 habitantes (população urbana 7836 e rural 3276).

O quadro 1 apresenta os aspectos demográficos do município de Antônio Carlos.

O Quadro1 - Aspectos Demográficos do Município Antônio Carlos/MG, 2010

Total da população do Município	11.112
AREA Urbana	7836
AREA Rural	3276

Fonte: IBGE (2010)

As principais atividades econômicas do município são agricultura e indústrias de laticínios (IBGE, 2014).

O município possui 90% de cobertura dos serviços de energia elétrica, abastecimento de água, rede de esgoto e limpeza urbana. O IDH do município é de 0,733. A taxa de urbanização é de 70,51. A renda familiar média é de R\$ 728,00, conforme apresentação do quadro 2 (IBGE, 2014).

Quadro 2 - indicadores do município de Antônio Carlos/MG, 2010

IDH	0.733
TAXA DE URBANIZAÇÃO	70.51
RENDA MEDIA FAMILIAR	728,00
ABSTECIMENTO DE AGUA TRATADA	97.22
RECOLHIMENTO DE ESGOTO	96.04

Fonte: IBGE (2010)

O percentual da população usuária da assistência à saúde no SUS é de 90%. Existem 4 Equipes de Saúde da Família (ESF), apoiadas por 1 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O município de Antônio Carlos encontra-se territorializado, com adstrição das áreas de abrangência e cobertura de 100% da população urbana e rural.

No município existe 1 hospital, 1 laboratório de análises clínicas, 12 escolas, 18 igrejas e 1 clínica de fisioterapia.

A equipe de saúde da família (ESF) Dona Divina Amaral Dias está localizada na área rural. A população local é de 2425 pessoas e 744 famílias, conforme mostra o quadro 3. É caracterizada por uma população com carência econômica e social, além da necessidade de assistência à saúde.

O quadro 3 - Aspectos Demográfico do Distrito Curral Novo em Antônio Carlos, MG, 2010

SEXO	FAIXA ETARIA (ANOS)										
	<1	1-4	5-6	7-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	+60	TOTAL
Masculino	4	52	30	52	108	112	340	182	161	19	1.231

Feminino	11	64	27	56	95	93	371	175	126	176	1.194
Total de pessoas	15	116	57	108	203	205	711	357	287	366	2.425

Fonte: IBGE (2010)

O nível de alfabetização é de 78.32 %. A taxa de emprego é de 56%, considerando as principais formas de emprego as trabalhadoras domésticas, trabalhadores agrícolas e trabalhadores de laticínios (IBGE, 2014).

As condições de moradia são precárias, sendo a maioria em condições mínimas de vida garantidas.

A taxa de mortalidade geral foi de 2/1.000 habitantes (2014), com 8 óbitos. A principal causa de morte foi por doenças cardiovascular (30,9%), seguido pelo grupo de neoplasias (16,1%), causas externas (7,6%), causas mal definidas (6,74%), doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (12%) e doenças do aparelho digestivo (5,9%) (IBGE, 2014).

O número de óbitos por causas mal definidas ainda é elevado. Entretanto, com a melhora das ações de saúde pública nos últimos anos, houve redução de 38% no período entre 2003 a 2014 (IBGE, 2014).

Após reunião com a equipe e realização de uma análise da situação de saúde da comunidade foram enumerados os problemas mais frequentes e buscado soluções para os mesmos.

As reuniões serviram para refletir sobre os dados coletados e acrescentar outros dados complementares pelos ACS's.

A ordem dos problemas de saúde identificados e priorizados pela equipe de saúde foram:

1. Alto número de pacientes com hipertensão arterial.

2. Alto número de pacientes com Diabetes Mellitus.
3. Alta incidência Dislipidemias.
4. Alta incidência de doentes com Obesidade.
5. Alto Índice de pessoas tabagistas.
6. Alta incidência de parasitismo intestinal.
7. Alta incidência de pacientes Sedentários.
8. . Alta incidência de consumo Álcool.
9. Alto número de pacientes idosos.

Em nossa área de abrangência a HAS e DM são doenças de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de 20%, podendo afetar a população idosa até 50%. A maioria dos pacientes com HAS e com DM identificados na comunidade apresentam fatores de risco como antecedentes genéticos de HAS e DM, obesidade, dislipidemia, alcoólatras, estresse, sedentarismo, tabagismo além de serem pacientes idosos.

Baseando-se nos dados coletados, e relacionando o numero de pacientes com essas patologias e o estilo de vida dessa população, optou-se pelo método de estimativa rápida, o qual quantifica o tamanho do problema, em uma coleção de entrevistas baseadas na opinião das pessoas da população, envolvendo estes, tanto na definição de seus problemas, quanto na identificação das possíveis soluções, num período curto de tempo e sem grandes gastos. Isto possibilitou a identificação de nos críticos como sendo o “alto número de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus” (DM) (ACÚRCIO,1998).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças do aparelho circulatório representam um importante problema de saúde pública em todo o mundo e no Brasil. Nos últimos 50 anos ocorreram significativas mudanças no perfil da mortalidade da população brasileira, com diminuição dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e aumento das mortes por causas externas e doenças crônico-degenerativas, tendo as doenças do aparelho circulatório como principal causa de óbito, segundo dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (BRASIL, 2001).

Aproximadamente 25% da população mundial é hipertensa e 8% possui diabetes mellitus. Tanto a hipertensão arterial, quanto a diabetes, são fatores de risco independentes para a doença cardiovascular. Quando coexistem tem um efeito multiplicador sobre o risco de complicações macro e microvasculares. A Diabetes Mellitus é uma doença que envolve maior risco de desenvolver doença cardíaca coronária. Estima-se que em relação à população em geral o risco está entre duas a quatro vezes, causando 86 % das mortes em pessoas com diabetes. Por sua vez, incrementos de 5 mmHg na pressão arterial, seja na sistólica ou diastólica, está associado ao aumento da doença cardiovascular em 20 a 30 vezes (MAX, 2004)

Dentre essas doenças, o diabetes e a hipertensão arterial (HA) constituem condições mórbidas de alta prevalência e relevância em nosso meio. Estima-se que existam, atualmente no Brasil, cerca de seis milhões de portadores de diabetes e 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, com uma tendência de crescimento desses agravos (BRASIL, 2014).

Apesar de serem doenças diferentes, a hipertensão e o diabetes frequentemente caminham lado a lado, pedindo mais cuidados durante o tratamento. De acordo com a pesquisa VIGITEL 2011, realizada pelo Ministério da Saúde, aproximadamente 22,7% da população brasileira é diagnosticada com hipertensão e 5,6% possui diabetes, entre os tipos 1 e 2. Estima-se que cerca de metade da população com diabetes também sofre de hipertensão, precisando de acompanhamento médico para as duas doenças. (CAROLINA, 2015)

3 OBJETIVOS

GERAL

Elaborar um plano de intervenção educacional para modificação do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos pela ESF Dona Divina Amaral Dias no distrito de Curral Novo em Antônio Carlos, MG.

ESPECIFICOS

1. Caracterizar o nível de conhecimento da população sobre os fatores de risco modificáveis da Hipertensão Arterial e Diabetes Melitus.

4 METODOLOGIA

O cenário de estudo para o projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da ESF Dona Divina Amaral Dias, distrito Curral Novo no Município de Antônio Carlos, MG.

Para elaboração do Plano foi realizada pesquisa bibliográfica narrativa, com busca de material em documentos do Ministério da saúde, revisão de literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Lilacs e no Scientific Electronic Libray Online (SciELO), e periódicos indexados na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) com os seguintes descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus, prevenção e atenção primária à saúde. Também foram utilizados como fonte de dados os registros da ESF. Dona Divina Amaral Dias. Tais dados foram coletados durante as consultas e através da busca ativa na área de abrangência.

Para a realização do presente trabalho, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES permite priorizar as ações, conforme a capacidade real de execução. Para priorizar o problema, foi necessário seguir o critério de seleção considerando a importância do problema na comunidade, o grau de urgência que a doença apresenta e a própria capacidade de enfrentamento da equipe (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor.

Após a revisão da literatura e os dados da unidade, teve início o trabalho com a equipe de saúde com a finalidade de elaborar um projeto de intervenção educacional para modificação do estilo de vida dos hipertensos e diabéticos pela ESF Dona Divina Amaral Dias.

Os encontros obedeceram a um roteiro pré-estruturado que permitiu identificar os doentes com hipertensão arterial, diabetes mellitus e outros fatores de riscos como problema priorizado para ambas as doenças que visa à confecção de um plano de intervenção com atividades de educação e promoção de saúde.

O plano de intervenção seguiu um cronograma de 02 meses. Foi utilizado para tanto o método de estimativa rápida visando identificação tanto do problema quanto das possíveis soluções em um curto espaço de tempo e com baixo custo. Promoveu-se a excussão das atividades em três etapas: diagnostico situacional, revisão bibliográfica narrativa com busca de material em documentos do Ministério da Saúde, utilizando base de dados Online, registros da Unidade de Saúde e a elaboração do plano de ação utilizando o Planejamento Situacional Simplificado. Após o diagnóstico e priorização dos problemas, foram levantados os nós críticos passíveis de ações. Devido à falta de capacitação dos profissionais na estratégia de saúde da família foram necessárias atividades de capacitação para o atendimento adequado aos usuários portadores da HAS e DM.

A partir do primeiro encontro, foram traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

No segundo encontro foram planejadas pela ESF atividades educacionais específicas para os doentes com HAS, DM e outros fatores de risco relacionados a estas doenças.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também terão seus resultados avaliados, em conjunto com toda a equipe de trabalho do município, Secretaria de Saúde e Prefeitura.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 A HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão arterial, mais popularmente chamada de "pressão alta", está relacionada com a força que o coração tem que fazer para impulsionar o sangue para o corpo todo. No entanto para ser considerado hipertenso, é preciso que a pressão arterial além de mais alta que o normal, permaneça elevada (CICCO, 2007).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, a hipertensão arterial e a diabetes participam de quase a metade delas acrescentando-se o risco de morte quando um doente apresenta as duas doenças. A hipertensão arterial e a diabetes mellitus vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva (BRASIL, 2007).

Uma vez identificada à pressão arterial elevada, deve ser monitorada a intervalos regulares, porque a hipertensão é uma condição para o resto da vida. Tendo como meta do tratamento evitar a morte e as complicações é importante manter a pressão arterial mais baixa que 140/90 mmHg. A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. No Brasil, cerca de 75% da assistência à saúde da população é feita pela rede pública do Sistema Único de Saúde - SUS, enquanto o Sistema de Saúde Complementar assiste cerca de 46,5 milhões. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO).

5.2 A DIABETES MELLITUS:

Atualmente o DM é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. O número de diabéticos cresce da mesma forma que crescem os problemas vigentes ao DM. Numa revisão de 44 estudos em 35 países foi demonstrado que a HAS acomete aproximadamente 30% da população na faixa etária adulta, com apresentação de índices maiores nas pessoas do sexo masculino (BRASIL, 2014).

A hipertensão arterial é uma comorbidade extremamente comum em pacientes diabéticos, afetando 20-60% das pessoas com diabetes mellitus. A prevalência de hipertensão na população diabética é de 1,5 a 3 vezes maior do que a de não diabéticos. A hipertensão contribui para o desenvolvimento e progressão das complicações crônicas do diabetes. O tempo e a apresentação da hipertensão diferem entre os diabéticos tipo 1 e tipo 2. A hipertensão se desenvolve após vários anos de evolução da doença e geralmente reflete o desenvolvimento da nefropatia diabética que se apresenta pelos níveis elevados de albumina urinária e, em fases posteriores, por uma diminuição na taxa de filtração glomerular. Ele afeta aproximadamente 30% dos pacientes (COCA, 2001).

Em pacientes com diabetes tipo 2 a hipertensão pode estar presente no momento do diagnóstico ou até mesmo antes de desenvolver hiperglicemia e é muitas vezes parte de uma síndrome que inclui intolerância à glicose, resistência à insulina, obesidade, dislipidemia e doença arterial coronariana, constituindo chamada síndrome X ou síndrome metabólica (COCA, 2001).

O DM não é uma única patologia, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o

organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (DIRETRIZES SBD, 2009).

O DM não é uma única doença e sim um grupo de doenças metabólicas que apresenta em comum a hiperglicemia, que é resultado de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. É representado por um grupo de desordens associadas com anormalidades no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas e acompanhadas de complicações renais, oftalmológicas, neurológicas, além do risco aumentado de doença cardiovascular (DCV) peso (DIRETRIZES SBD, 2009).

.A classificação do DM pode ser feita de maneira didática, dividindo em DM tipo 1 (DM1), DM tipo2 (DM2), diabetes gestacional (DMG) e outros tipos de DM. O tipo 2 é o de maior prevalência na população peso (DIRETRIZES SBD, 2009).

O DM1 caracteriza-se pela deficiência absoluta na produção e conseqüentemente na secreção de insulina, o que leva o paciente a ser obrigado a usar a insulina para diminuição do risco da cetoacidose. Sua prevalência apresenta-se numa variável de 5% a 10% dos casos de diabetes. Isto ocorre devido à destruição de células beta-pancreáticas com conseqüente deficiência de insulina por mecanismos autoimune ou idiopático. É também característico em crianças e adolescentes. De qualquer modo, é sempre importante procurar a verdadeira causa, porque existem vários fatores que podem estar envolvidos nessa problemática, assim confundindo o diagnostico (BAZOTTE, 2010; DIRETRIZES SBD, 2009).

Em relação ao DM2, este pode envolver as seguintes possibilidades: redução da ação da insulina ou resistência a ela. A sua prevalência é maior em adultos, mas pode também se iniciar na infância ou adolescência em função do crescimento da obesidade nessas faixas etárias (BAZOTTE, 2010; DIRETRIZES SBD, 2009).

No diabetes, é importante levar à população informações a respeito do assunto, com a finalidade de trabalhar na prevenção deste problema, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos irá aumentar de 285 milhões (em 2010) para 435 milhões até 2030 no mundo. Essas estimativas

indicam um número absurdo de casos de DM, caracterizando essa doença como extremamente preocupante para a população mundial (BAZOTTE, 2010).

Para Bazotte (2010), até 2025, o Brasil deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os atuais 8 milhões (2010) de portadores da doença, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos. Portanto, é interessante que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença no portador pré-diabético, para que não desenvolva maiores problemas futuros, pois se alcançarmos esta estimativa teremos mais problemas com a doença, significando maiores gastos com cuidados e necessidade de mais mão-de-obra qualificada.

A Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD (2009) calculou que no país os valores gastos diretos com o DM equivalem para os cofres públicos valores estimados entre 2,5% a 15% dos gastos anuais em saúde, pois o governo fornece hipoglicemiantes orais, insulinas, dentre outros. Mas outras conseqüências são incalculáveis como as dores, a ansiedade, a perda de qualidade de vida para o indivíduo, causando um impacto na vida dos portadores e de seus familiares, que às vezes ficam com responsabilidades de acompanhamento e do cuidado.

Estes dados mostram a necessidade da existência de acompanhamento contínuo durante toda a vida, resultando no desenvolvimento de uma política assistencialista e de prevenção, a fim de que se possa trabalhar na redução do número de pessoas afetadas com tal patologia.

Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando chega na Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstra, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária (BRASIL, 2013).

Bazotte (2010) acrescenta ainda que pacientes diabéticos também apresentam maior incidência de catarata, impotência sexual, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. O DM e suas complicações são problemas de relevância para a população mundial, e no Brasil não é diferente, o número de diabéticos aqui é assustador, já existem 13 milhões de pessoas, sendo necessárias intervenções através de políticas públicas em saúde, criando estratégias de promoção e prevenção; dentre elas o rastreamento e o diagnóstico precoce do DM.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Foi elaborada uma proposta de intervenção que tem como objetivo diminuir a incidência dos fatores de risco e as consequências da HAS e a DM na área de abrangência da ESF Dona Divina Amaral Dias. A intervenção propõe a reorganização do serviço de atendimento aos hipertensos e diabéticos, aumentando a participação e adesão dos hipertensos aos programas de educação e conscientização sobre HAS e a DM.

Os nós críticos foram identificados a partir dos fatores de risco mais frequente que apresentavam os pacientes hipertensos e diabéticos como: estilos de vida inadequados, desconhecimento dos fatores de risco e das complicações, desorganização da equipe na assistência prestada na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos.

As ações em saúde deste plano compreendem a apresentação do projeto aos diferentes setores que tem relação com a execução do plano proposto e as atividades próprias dos membros da equipe de saúde, conformes quadros 1, 2, 3, 4 abaixo.

Quadro 1: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Elevada prevalência de pacientes com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus”.

Nós críticos	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produto	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida Inadequados	Mais saúde Modificar estilos de vida	- Melhorar o conhecimento da população sobre os estilos de vida adequados. - Diminuir em 20% o consumo de cigarros, a obesidade, o consumo de	- Programa de campanha na radio local sobre os riscos de HAS e a DM. -Programa saudável sobre exercícios e regime.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação intersetorial. Financeiro: Recursos audiovisuais,

		alimentos que levam a dislipidemia e o consumo de álcool.		Folhetos. Organizacional: Organização da agenda
Nível de informação o baixo	Saber mais Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS e a DM.	Uma população mais informada sobre os riscos e as complicações da HAS e a DM.	- Elaboração e distribuição de material gráfico para promoção e prevenção dos riscos da HAS e a DM. - Programas de campanhas por rádios locais sobre promoção e prevenção dos riscos de HAS DM.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Político: Articulação Inter setorial. Financeiro: local, recurso áudio-visual, folhetos, rádio. Organizacional: Agenda organizada.
Processo de trabalho da equipe de saúde inadequado.	Linha de cuidado Aumentar o trabalho de prevenção e promoção com os pacientes com riscos de HAS DM. Melhorar o fluxo do serviço de atenção aos pacientes com riscos de HAS e DM.	- Incorporar ao grupo de hipertensos e diabéticos os pacientes com risco de HAS e DM. - Medir pressão de 100% dos pacientes com riscos de hipertensão. Medir glicose capilar de 100% dos pacientes com riscos de DM. - Elevar o conhecimento dos profissionais da equipe sobre os riscos e as complicações de HAS e a DM.	- Garantir os medicamentos para as doenças da HAS e a DM. - Aumentar a frequência da atividade com os grupos de HAS e a DM. - Capacitar os membros da equipe. - Visitar a todos os pacientes com riscos de HAS e DM.	Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: Elaborar a agenda. Político: organização Inter setorial.

Fonte: ESF Dona Divina Amaral Dias

Quadro 2 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema

Operação/Projeto	Recursos necessários
Mais saúde	Político: articulação intersetorial. Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: organização da agenda.
Saber mais	Político: Articulação intersetorial. Financeiro: local, recurso audiovisual, folhetos, rádio. Organizacional: Agenda.
Linha de cuidado	Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos. Organizacional: organização da agenda, criação de fluxos e protocolos institucionais.

Fonte: ESF Dona Divina Amaral Dias

Quadro 3 - Propostas de ações para a motivação dos atores definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema

Operação/ Projeto	Recursos necessários	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Mais saúde	Político: articulação intersetorial.	Setor de comunicação social e equipe de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos.	Setor de comunicação social e equipe de saúde		
	Organizacional: organização da agenda e exercícios.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
Saber mais	Político: articulação intersetorial.	Setor de comunicação social e equipe de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
	Financeiro:	Setor de		

		local, recurso audiovisual, folhetos, rádios.	comunicação social e equipe de saúde		
Linha de cuidado	de	Financeiro: local, recursos audiovisuais, folhetos.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
		Organizacional: organização da agenda, criação de fluxos e protocolos institucionais.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: ESF Dona Divina Amaral Dias

Quadro 4 - Plano Operativo definido para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema

Operações	Resultados Esperados	Produto	Ação estratégica	Responsável	Prazo
Mais saúde Modificar estilos de vida	- Melhorar o conhecimento da população sobre os estilos de vida adequados.	- Programa de campanha na rádio local sobre os riscos de HAS. - Programa saudável sobre exercícios e dieta saudável.	Apresentar o projeto para os usuários e a secretaria de saúde	Samyra Fernandes Enfermeira do PSF.	Apresentar o projeto entre 3 e 9 meses
	- Diminuir em 20% o consumo de cigarros, a obesidade, o consumo de alimentos que levam a dislipidemia e o consumo de álcool.		Preparar ESF para pesquisa e acompanhamento dos pacientes	Samyra Fernandes Enfermeira do PSF	Três meses para o início das atividades

<p>Saber mais Aumentar o nível de informação sobre os fatores de risco e as complicações da HAS.</p>	<p>Uma população mais informada sobre os riscos e as complicações da HAS.</p>	<p>- Elaboração e distribuição de material gráfico para promoção e prevenção da HAS.</p>	<p>Elaborar panfletos informativos sobre a HAS e DM</p>	<p>Mirian Cristina da Silva Tec Enfermagem</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>
		<p>- Programas de campanhas por rádios locais sobre promoção e prevenção da HAS.</p>	<p>Apresentar o projeto para os usuários e a secretaria de saúde</p>	<p>Samyra Fernandes Enfermeira do PSF.</p>	<p>Apresentar o projeto entre 3 e 9 meses</p>
<p>Linha de cuidado Melhorar o fluxo do serviço de atenção aos pacientes com riscos de HAS e DM.</p>	<p>- Incorporar os pacientes com risco de HAS e DM. ao grupo de hipertensos e diabéticos</p> <p>- Medir pressão de 100% dos pacientes com riscos de HAS.</p> <p>- Medir glicose de 100% pacientes com risco de diabetes</p> <p>- Melhora do fluxo de atendimento dos hipertensos e diabéticos</p>	<p>- Aumentar a frequência da atividade com os grupos de HAS.</p> <p>- Capacitar os Membros da equipe.</p> <p>- Visitar todos os pacientes com riscos de HAS e DM.</p>	<p>-Promover treinamento e capacitação da equipe.</p> <p>-Garantir efetividade nas visitas de pacientes de risco.</p>	<p>Samyra Fernandes Enfermeira do PSF</p>	<p>Três meses para o início das atividades</p>

Fonte: ESF Dona Divina Amaral Dias

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu-nos conhecer a realidade da área de abrangência da ESF Divina Amaral Dias em relação aos fatores de risco e as complicações da HAS e da DM. Reafirma-se que a HAS e a DM são prevalentes na área de abrangência da equipe, da mesma forma que a realidade brasileira apresentada por estudos já citados anteriormente. Além disso, foi possível perceber que a equipe estava despreparada para o atendimento da HAS e a DM.

O acompanhamento e a busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos podem ser considerados uma estratégia bastante eficiente. É necessário que os profissionais da equipe e da unidade de saúde entendam a necessidade dos programas de educação e conscientização para ensinar aos pacientes.

Assim, esta proposta de intervenção busca medidas voltadas para a melhoria de ações ofertadas e considera que o envolvimento e o compromisso dos diversos atores/atrizes responsáveis por essa prática, principalmente da equipe do PSF, diretamente envolvida no acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, trará um atendimento eficaz e de qualidade para esse público.

Espera-se que a partir do projeto de intervenção, mudanças sejam realizadas de forma que a atenção ao portador de HAS e a DM sofra importantes readequações, onde a comunidade possa ser mais bem assistida. É importante fomentar que a integralidade da assistência a estes pacientes torna-se ferramenta fundamental para a prevenção dos agravos advindos de quadros descompensados das referidas patologias. Hoje são observadas inúmeras alterações ligadas diretamente à HAS e a DM, podemos incluir as complicações agudas e crônicas, ditas crônico-degenerativas, em que os sinais e sintomas na grande maioria das vezes são insidiosos, com cefaléia, náuseas, mal-estar geral, perda de peso, poliúria, polidipsia, polifagia, dependendo da intensidade do quadro clínico e gerar graves consequências.

Fica muito claro diante do exposto, que este projeto pode ser inovador e ao mesmo tempo desafiador, devido à amplitude das ações requeridas à equipe de saúde da família frente às propostas sensibilizadoras constantes no mesmo. O impacto será positivo caso haja adesão da equipe para execução de uma melhor atenção a estes pacientes, sendo fundamental para tanto o estabelecimento de mudanças no processo de trabalho da unidade no que tange à promoção da saúde para portadores de HAS e DM.

REFERÊNCIAS

- ARCÚCIO, F. A. et al. Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E. V. (Org). A organização da saúde no nível local. 1a ed. São Paulo: Hucitec: 1998. P. 87-11
- BAZOTTE, R. B. Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1445>. Acesso em: 27 mar. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 71p. 9
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. (Cadernos de Atenção Básica 36)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, 37)
- CAROLINA, S. Diabetes e hipertensão: 10 cuidados para quem convive com as duas doenças. Brasil, p.1, 2015
- CICCO, L. H. S. Hipertensão arterial? E agora? Disponível em: <www.saudevidaonline.com.br/hipert.htm - 15k>. Acesso em: 17 Jan 2014.
- COCA, A. et al. Hipertensión arterial y Diabetes no insulino-dependiente. Casos Clínicos en Hipertensión Arterial. 2º ed. Barcelona, España. Masson. 2001, 101-106)
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009 / Sociedade brasileira de diabetes. - [3.ed.]. - Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.
- Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MAX, A.O. Hipertensão Arterial e Diabetes. São Jose Mellitus. Revista Costa-ricense de Ciências Medica vol.25, No, p. 3- 4,Dec.2004
< <http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script> > Acesso em: 27 mar. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia , São Paulo, v. 95, n. 1, p. 19, 2010. Suplemento 1