



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Marcos Jose Gomes Cedraz

Fatores de risco associados à obesidade em pacientes
acompanhados no Programa Saúde da Família do bairro
Jardim Redentor no Município de Belfort Roxo, RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Marcos Jose Gomes Cedraz

Fatores de risco associados à obesidade em pacientes
acompanhados no Programa Saúde da Família do bairro Jardim
Redentor no Município de Belfort Roxo, RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Ione Jayce Ceola Schneider
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Marcos Jose Gomes Cedraz

Fatores de risco associados à obesidade em pacientes
acompanhados no Programa Saúde da Família do bairro Jardim
Redentor no Município de Belfort Roxo, RJ

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Ione Jayce Ceola Schneider
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: Nos dias atuais, doenças como hipertensão arterial e diabetes apresentam-se como a principal causa de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento. Essas doenças são consideradas um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, por sua magnitude, riscos e dificuldades no seu controle. **Objetivo:** Consiste em elaborar uma intervenção educativa para reduzir fatores de riscos de HAS e DM na Unidade de Saúde Maria Anésia de Araújo Silva, município Belford Roxo-RJ. **Métodos:** Serão identificados os fatores de riscos, mais comuns dos pacientes atendidos na unidade, a caracterização dos pacientes de acordo com as características sociodemográficas e ações de educação em saúde para a diminuição dos fatores de risco de HAS e DM. **Resultados esperados:** Espera-se aumentar hábitos de vida saudáveis da população e, com isso, a prevenção de complicações e do desenvolvimento de outras patologias. Acredita-se que esse projeto ampliará o vínculo entre a comunidade e profissionais, e fortalecer o trabalho interdisciplinar. Espera-se com esse trabalho melhorar a qualidade de vida das pessoas, bem como aumentar o hábito de vida saudável como a realização de atividade física e alimentação adequada.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Doenças Cardiovasculares, Obesidade

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
1.1	DIAGNÓSTICO DA REALIDADE	9
1.2	SITUAÇÃO PROBLEMA	10
1.3	JUSTIFICATIVA	11
2	OBJETIVOS	13
2.1	OBJETIVO GERAL	13
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
3.1	HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS)	15
3.2	DIABETES MELLITUS (DM)	16
3.3	DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL	17
3.4	POLÍTICAS PÚBLICAS	19
3.5	RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO	20
4	METODOLOGIA	23
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

1.1 DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O município de Belford Roxo, localizado no Estado do Rio de Janeiro, vizinho à cidade do Rio de Janeiro, e encontra-se integrado ao sistema viário e ferroviário da capital do Estado. Quanto à sua demografia, segundo o IBGE, no Censo de 2010, o município possuía uma população de 469.332 habitantes, 226.757 homens e 242.575 mulheres. A população estimada, para 2017, está em torno de 495.783 pessoas.

A origem da população reflete uma formação histórica da comunidade de pessoas de diversos estados do Brasil, principalmente da região Nordeste e de Minas Gerais que se mudaram para o Rio de Janeiro em busca de oportunidades para trabalhar no setor de serviços e pequenas indústrias na região Metropolitana do Rio de Janeiro, assim como na Construção Civil, principalmente nos municípios dos arredores da baixa da fluminense, locais próximos de suas residências.

A densidade demográfica, em 2010, era de 6.031,38 hab/km². A renda mensal, que garante as necessidades básicas das famílias dessa região, não chega a suprir as reais necessidades de alimentação para todos os membros, ficando estes, sem condições de adquirir materiais de higiene pessoal, medicamentos controlados, roupas, etc. Tais carências, que garantem a subsistência, comprometem a harmonia e equilíbrio do lar. O nível sócio-político-econômico e cultural das pessoas interfere na qualidade de vida da população, além da saúde coletiva e individual.

O quadro social apresentado na Estratégia Saúde da Família Maria Anésia de Araújo Silva, que fica localizado no Jardim Redentor, um dos bairros de Belford Roxo é de extrema pobreza, atendendo ainda, pessoas de várias partes do município. A estrutura da ESF está localizada num bairro pobre há 10 km do Centro, adaptado num imóvel originariamente residencial. A unidade de saúde conta com três consultórios, uma sala de vacinação, uma recepção e um escritório da administração. Conta ainda com um computador funcionando e dois com problemas, três marcas e seis mesas, cerca de 20 cadeiras para os profissionais e pacientes utilizarem, há um bebedouro a qualidade da água é péssima, os profissionais levam água de casa, possui apenas três ventiladores e dois estão quebrados.

A ESF baseia-se na integração do trabalho multidisciplinar, onde encaminha o paciente para especialidades médicas, com a finalidade de atender as enfermidades mais complexas, assim como a solicitação de exames quando se faz necessário. A hipertensão arterial e a diabetes são as principais queixas dos pacientes. O estilo de vida e hábitos alimentares inadequados representam os principais responsáveis pelo agravamento dessas doenças.

A equipe de trabalho atuante é composta por duas equipes: a Equipe 1 é responsável

por cerca de 3.500 pacientes e a Equipe 2 responsável por 2.653 pacientes. As equipes são conduzidas por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde. O NASF não interage e nem apoia nossas duas equipes. Dentre as potencialidades das equipes de trabalho em detrimento das limitações estruturais, ganha destaque a flexibilidade e dinamismo das equipes multidisciplinares na interação com a população.

A principal vulnerabilidade, no território de atuação da ESF, é a deficiência de suporte dos profissionais e dos usuários do sistema de saúde do município, que quando necessitam encaminhamento para algumas especialidades médicas, devido à precária e lenta velocidade dos sistemas de regulação, encontra dificuldades na integração em busca de soluções rápidas e eficientes.

A promoção da saúde no município de Belfort Roxo está expressa no Plano de Saúde e na Programação Anual de Saúde através do planejamento de diversas ações, porém nem sempre estas ações, assim como a noção de promoção da saúde, estão incorporadas nas ações das equipes de saúde.

No diagnóstico social da realidade, encontra-se uma profunda degradação da relação do estado com os pacientes do Sistema Único de Saúde, assim como os Profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que sentem-se desprestigiados com a falta de reposição das perdas inflacionárias de suas remunerações, decepcionados com a retirada de "adicionais de insalubridade", diminuição da ajuda de custo para o deslocamento para áreas de difícil acesso de trabalho, aliados ao crescente aumento do custo de deslocamento para exercerem suas atividades de trabalho.

1.2 SITUAÇÃO PROBLEMA

Nos dias atuais, doenças como hipertensão arterial e diabetes apresentam-se como a principal causa de óbitos evitáveis nos países em desenvolvimento. Essas doenças são consideradas um fator de risco modificável para doenças cardiovasculares, e um dos mais importantes problemas de saúde pública, por sua magnitude, riscos e dificuldades no seu controle.

Estudos epidemiológicos têm associado a hipertensão arterial a diversas características sociodemográficas (faixa etária, grupo étnico, nível socioeconômico), consumo de álcool, ingestão de sódio, estresse, diabete, obesidade e sedentarismo (BRASIL, 2010).

A equipe de trabalho do PSF Maria Anésia de Araújo Silva tem observado dificuldade pela população para prevenir fatores de riscos de doenças por desconhecimento.

Durante os atendimentos no ESF, o número acentuado de pacientes com hipertensão e diabetes, chama atenção da equipe, que constatou a falta de acompanhamento adequado e de dieta correta, com total falta de desconhecimento sobre os principais fatores de risco fundamentais para o tratamento das doenças.

O projeto de intervenção é uma ferramenta essencial para a prevenção de doenças como a hipertensão arterial e a diabetes em usuários cadastrados e acompanhados na ESF Maria Anésia de Araújo Silva do município de Belfort Roxo e área de abrangência, pois visa conscientizar a população dessa região a adquirir estilos de vida mais saudável.

Diante do agravo à saúde que representa a Hipertensão arterial e diabetes todos os esforços devem ser feitos no sentido de viabilizar estudos que sejam direcionados para o conhecimento deste agravo pela população estudada em geral. Neste sentido o presente projeto de intervenção espera responder a seguinte questão: Que intervenções educativas são necessárias na prevenção e controle de pacientes com HAS e DM atendidos no PSF Maria Anésia de Araújo Silva, do município de Belfort Roxo

1.3 JUSTIFICATIVA

A equipe que atua em ESF deve trabalhar com diversas ações direcionadas a indivíduos, grupos, famílias ou comunidades. Essas ações devem contar com atividades no atendimento que priorizem as incidências e prevalências das doenças crônicas não transmissíveis, e a HAS e diabetes estão entre as mais importantes.

A HAS e DM são consideradas nos dias atuais um grave problema da saúde pública, não apenas por apresentar alta prevalência, mas também por representar um dos maiores fatores de riscos para doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e doença renal crônica.

Para a equipe que atua no PSF essas doenças representam um problema de saúde que demanda atendimento, organização, trabalho em equipe e motivação. Assim, espera com este projeto diminuir os casos de atendimentos de pacientes com crises hipertensivas e diabetes descontroladas nas consultas dessa Unidade de Saúde.

2 Objetivos

2.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar uma intervenção educativa para reduzir fatores de riscos de HAS e DM na Unidade de Saúde Maria Anésia de Araújo Silva, município Belford Roxo-RJ.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os fatores de riscos, mais comuns dos pacientes atendidos na unidade.

Caracterizar os pacientes de acordo com as características sociodemográficas.

Executar junto a estes usuários trabalho educativo e preventivo para a diminuição dos fatores de risco de HAS e DM.

3 Revisão da Literatura

3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL (HAS)

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores (CASSANI et al., 2009).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (ABESO, 2009).

A hipertensão arterial é um distúrbio multifatorial caracterizado por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (ABESO, 2009). Esta doença é diagnosticada por método auscultatório indireto ou por técnica oscilométrica. Seu controle pode ocorrer por meio de medidas não medicamentosas, baseadas na adequação dos hábitos de vida ou através de medidas medicamentosas, sendo que a necessidade da terapia medicamentosa deve ser determinada clinicamente em condições de risco cardiovascular global alto ou muito alto (ABESO, 2009).

Os fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, são os seguintes: idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genética e outros fatores, como por exemplo, o ambiente de uma família com hábitos de vida pouco saudáveis, tão presentes em nosso mundo atual (ABESO, 2009).

Existem dois tipos de hipertensão arterial: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (CASSANI et al., 2009).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação

ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

Para MONTEIRO (2001), a HAS é uma doença silenciosa e o diagnóstico médico implica consulta recente em relação ao momento da entrevista, no repasse da informação tanto sobre ser ou não hipertenso quanto dos níveis pessoais de pressão arterial; exige exclusão de vários vieses que estão relacionados aos instrumentos, técnicas de aferição, perfis sócio-demográfico e médico-social da amostra e memória dos participantes, entre outros.

3.2 DIABETES MELLITUS (DM)

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica cuja gravidade decorrente do mau controle metabólico leva às complicações crônicas tornando os meios para controlá-la muito onerosos, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, como também, para o sistema de saúde. Dessa forma, há necessidade de estabelecer políticas públicas voltadas para a criação de mecanismos que minimizem tanto o aparecimento quanto o agravamento da doença, com o intuito de reduzir os custos advindos da falta de detecção precoce e das complicações agudas e crônicas relacionadas às dificuldades de controle metabólico no DM (CORREIA, 2003).

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

A classificação do DM inclui quatro classes clínicas: diabetes tipo I; diabetes tipo II; diabetes gestacional; e outros tipos específicos relacionados com defeitos genéticos da

função das células beta ou defeitos genéticos da ação da insulina (doença do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções, indução química ou via 19 drogas e associação com outras síndromes genéticas) (MACINKO; HARRIS, 2015).

Conforme a Associação Americana de Diabetes (2004), o DM tipo I ocorre em 5 a 10% dos diabéticos adultos devido a comprometimento nas células beta pancreáticas, cujo o tratamento é realizado com insulina exógena diariamente. Inclui casos decorrentes da doença auto-imune (imunomediado) e aqueles nos quais a causa da destruição de célula beta não é conhecida (idiopático). Já o DM tipo II ocorre em qualquer idade, porém é mais frequente no adulto após os 40 anos e com histórico familiar; apresenta-se de forma silenciosa podendo permanecer assintomático por longos períodos.

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal (BRASIL, 2006).

Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006).

No estágio I do DM, o tratamento consiste em adequação do plano alimentar, incremento da atividade física, mudança de estilo de vida e treinamento para o monitoramento da glicemia capilar. No estágio II, além das orientações do estágio I, utiliza-se medicamentos para obesidade e antidiabéticos orais em monoterapia ou em combinação. No estágio III, além das práticas recomendadas no estágio I, usa-se a insulina associada ao tratamento oral ou adoção da insulina como monoterapia. No estágio IV ocorre a intensificação do tratamento insulínico em conjunto com as demais orientações do estágio I (MACINKO; HARRIS, 2015).

Em termos de morbidade, o DM representa, atualmente, uma das principais doenças crônicas que afeta o homem contemporâneo, não fazendo distinção entre sexo, raça ou classe social em todo o mundo (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES, 2004).

3.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS NO BRASIL

As doenças cardiovasculares no Brasil nos últimos cem anos aumentaram sua incidência entre os grupos populacionais, e este fato deve-se às modificações nos modos de produzir e reproduzir vivenciados pela sociedade contemporânea. Tais transformações desencadearam a necessidade de novos estilos de vida entre os indivíduos, o que determinou o surgimento de distintos modos de adoecimento e morte nos diferentes grupos sociais

homogêneos, ou seja, aquelas pessoas que compartilham de semelhantes formas de vida e do perfil de morbidade (MALTA et al., 2017).

Estima-se em 36 milhões o número de mortes prematuras até o ano de 2015. Com especial atenção aos países em desenvolvimento, que, ao contrário dos desenvolvidos, têm sua população doente cada vez mais jovem, frequentemente com complicações e mortes precoces (BARROS, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a prevalência nacional de hipertensão arterial sistêmica na população adulta varia de 22,3% a 43,9%. Embora a maior parte dos diagnósticos de hipertensão arterial sistêmica seja firmada em pacientes com idade avançada, existem evidências de que a doença tem seu início na infância ou na adolescência 4,5. A pressão arterial elevada na infância é fator preditor de hipertensão arterial na vida adulta; portanto, o aumento da doença na infância pode significar o aumento de HAS nos adultos (CORREIA, 2003).

No Brasil, não existem dados de inquéritos epidemiológicos referentes à prevalência desse agravo na infância e adolescência que cubram todo o território nacional. Contudo, estudos pontuais em diversas regiões do país têm mostrado altas prevalências de hipertensão, oscilando entre 2,5% a 44,7% (SARTORELLI; FRANCO, 2003). Essa ampla variação pode decorrer, sobretudo, das diferentes metodologias empregadas, em especial no que diz respeito aos pontos de corte adotados e ao número de aferições da pressão realizada durante o atendimento.

O problema da hipertensão arterial para o Sistema Único de Saúde é um dos mais importantes. Dos 35% da população diagnosticada com HAS (17 milhões de brasileiros), 75% do atendimento deste grupo é realizado na Atenção Primária por serviços ligados ao SUS, o que determina a necessidade de investimentos financeiros constantes para o desenvolvimento das ações ligadas à promoção, prevenção e tratamento, mas, principalmente, na recuperação dos acometidos por complicações dessa doença decorrente do mau controle pressórico no decorrer da vida (BRASIL, 2013).

Estudos epidemiológicos indicam que diabetes e hipertensão são condições comumente associadas. A prevalência de hipertensão é de, aproximadamente, o dobro entre os diabéticos, em comparação com os não diabéticos. Ademais, a hipertensão afeta 40,0% ou mais dos indivíduos diabéticos (BRASIL, 2013).

A OMS estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á, de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes. Entre as complicações do diabetes, as doenças cardiovasculares e renais estão entre as mais custosas, em termos de sofrimento humano como de gastos para os sistemas de saúde (CULLEN; BARANOWSKI; SMITH, 2001).

Atualmente, doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão arterial sistêmica representam um importante problema de Saúde Pública para o Brasil. O levantamento de

dados e análise sobre essas doenças são de fundamental importância (SHAW et al. 2010).

MONTEIRO et al. (2004) estimaram a prevalência padronizada por sexo e idade de diabetes, tendo como referência a população mundial de 2010, e obtiveram projeções para 2030 em diversos países do mundo, entre eles o Brasil. De acordo com essas estimativas, entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69,0% no número de adultos, na faixa etária de 20-79 anos, com diabetes nos países em desenvolvimento; e um aumento de 20,0% nos países desenvolvidos. Em 2010, a prevalência estimada de diabetes, padronizada por sexo e idade e tendo como referência a população mundial, foi de 6,4% no Brasil. Essa prevalência foi menor do que aquela estimada para os Estados Unidos da América (10,3%), o Canadá (9,2%) e o México (10,8%); contudo, foi superior à estimada para o Japão (5,0%), a Argentina (5,7%) e o Chile (5,7%).

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu em 2001, um plano de reorganização da Atenção a Saúde, através de Portaria 393/GM, de 29/03/2001. Este Plano tinha como estratégia aumentar a prevenção, o diagnóstico e o controle da HAS e do DM, com objetivo de reduzir o número de internações, a procura por pronto-atendimento, gastos desnecessários com tratamento por complicações evitáveis, aposentadorias precoces e a mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2013).

A HAS e o DM são condições inicialmente assintomáticas, altamente prevalentes, de alto custo social e de grande impacto no perfil de morbimortalidade da população brasileira, trazendo um desafio para o sistema público de saúde, sendo que a cronicidade dessas condições torna este desafio ainda maior. Pensando nisto, em 2002, foi desenvolvido, pelo Ministério da Saúde (MS), em parceria com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e outras instituições relacionadas à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (CASTRO et al., 2004).

Dentro das iniciativas do Plano, o Ministério da Saúde elaborou o HIPERDIA, que é um sistema de informação que permite cadastrar e acompanhar os hipertensos e diabéticos em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e que garante o recebimento dos medicamentos prescritos. Tem como principais objetivos permitir o monitoramento dos pacientes cadastrados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à HAS e DM e gerar informações de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. Além disso, é uma ferramenta útil que gera informações para os gestores de saúde e Ministério da Saúde a respeito do perfil epidemiológico da população, a fim de propor estratégias, visando à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas (CASTRO et al., 2004).

A implantação deste plano de intervenção busca garantir maior eficiência e eficácia do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, pontuando e reavaliando as deficiências do sistema HIPERDIA, viabilizando e incorporando intervenções que atendam a comunidade assistida, quer seja em termos de necessidade individual quer seja coletiva, asseguradas nas determinações do SUS. Uma vez que vários estudos demonstram que a maior parte dos pacientes com diagnóstico de hipertensão apresenta uma baixa adesão ao tratamento, indicando uma baixa efetividade das ações de controle dessa doença no país (CASTRO et al., 2004).

Com o surgimento da portaria n° 648, de 28 de março de 2006, que confirma a Política Nacional de Atenção Básica e constitui as leis para sua organização compreendendo o Programa de Saúde da Família (PSF), garante que a equipe multiprofissional seja responsável por, no máximo, 4.000 moradores, a média indicada de 3.000 moradores, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2006).

3.5 RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

Para melhoria do controle da hipertensão arterial e do Diabetes Mellitus nos pacientes do Programa Saúde da Família Maria Anésia de Araújo Silva, localizado em Belfort Roxo, a equipe de saúde deve elaborar um plano de intervenção, sendo relevante dar importância na análise situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são possíveis de resolução e, qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração da proposta de intervenção deve dar condições a equipe de formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

O Projeto de Intervenção deve contar com atividades que sejam realizadas conjuntamente com a participação da Equipe do PSF, através de encontros semanais realizados com os hipertensos e diabéticos da unidade, sendo assim, apresentado uma abordagem geral sobre hipertensão e diabetes juntamente com as propostas do trabalho da equipe.

Uma abordagem educativa deve acontecer de forma integrada entre os profissionais de saúde, pois o enfoque exclusivo nos processos cognitivos não é por si só suficiente para atingir a totalidade dos problemas vivenciados pelo paciente diabético. É preciso abordar, para além dos aspectos relacionados com uma alimentação cuidada e a prática regular do exercício físico, também os fatores emocionais e a sua influência na adesão ao tratamento (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

O trabalho estruturado em equipes multidisciplinares formadas por médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisiologistas do exercício, revelam-se fundamentais para o desenvolvimento de programas de educação e promoção da saúde

dos pacientes e familiares que procuram o PSF.

O plano de tratamento para cada pacientes deve ser individualizado, embora possam distinguir-se algumas regras gerais no tratamento dos diferentes tipos de DM e HAS. No âmbito da intervenção, a caracterização da experiência de doença (discurso, percepções, significados), assume particular importância na influência das percepções de doença sobre os estados emocionais associados e sobre os comportamentos de adesão e de procura de cuidados, bem como as relações entre as estratégias de confronto, o controlo dos sintomas, a evolução da doença e a prevenção das recaídas (SCHMIDT *et al.*, 2011).

O tratamento do diabetes mellitus e da hipertensão arterial inclui orientação e educação em saúde, modificações no estilo de vida e, se necessário, o uso de medicamentos. As orientações são necessárias, tanto no que se refere ao tratamento medicamentoso quanto ao não medicamentoso. A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento. A participação ativa do indivíduo é a única solução eficaz no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (BRASIL, 2014).

Uma abordagem educativa com ênfase apenas nos processos cognitivos revela-se insuficiente para atingir a totalidade dos problemas, uma vez que os fatores emocionais desempenham grande influência na adesão ao tratamento (JAIME, 2001). Neste sentido, a intervenção ao nível da prevenção primária, nomeadamente ao nível da promoção de estilos de vida saudável, mas sobretudo ao nível da prevenção secundária, intervindo na prevenção e gestão dos efeitos da diabetes, constitui na atualidade um grande desafio para os profissionais da saúde que trabalham nos centros de saúde e em unidades hospitalares distritais.

No âmbito do trabalho das equipas de saúde multidisciplinares para a educação do paciente diabético, os grupos de apoio e intervenção psicoeducativa têm-se focalizado, a par dos diversos aspectos psicológicos envolvidos no tratamento, na máxima fundamental do tratamento: alimentação, medicação e atividade física. A grande maioria das intervenções documentadas na literatura tem tido como objetivos gerais a criação de um espaço de partilha que facilite a troca de experiências e que constituía uma fonte de apoio social específica face à diabetes, de forma a promover um maior ajustamento psicológico dos doentes e melhorar a adesão ao tratamento e suas complicações agudas e crônicas, levando os participantes a alcançar a manutenção dos autocuidados (EVERT, 2013).

A equipa de saúde deve objetivar a análise permanente da situação de saúde da população para prestar uma assistência integral, contínua, resolutive e de qualidade às necessidades de saúde da população na unidade de saúde e no domicílio. Além disso atuamos sobre os fatores de risco aos quais a população adstrita está exposta; humanizando as práticas de saúde através do estabelecimento de vínculo; e compartilhando o conhecimento do processo saúde-doença.

4 Metodologia

O estudo será realizado no PSF Maria Anésia de Araújo Silva, localizado no município de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro, onde se encontra integrado ao sistema viário e ferroviário da capital do Estado, dada sua vizinhança à cidade do Rio de Janeiro. Os beneficiados com o plano de intervenção serão pacientes que apresentem sintomas de hipertensão arterial e diabetes, e que tenham vontade de participar no projeto, que será realizado dentro de sua área de abrangência.

O plano de intervenção utilizou-se de uma revisão da literatura sobre o tema proposto, de forma a analisar os fatores de risco associados à hipertensão arterial e diabetes mellitus, de forma a identificar os dados epidemiológicos dessas doenças no Brasil e das ações voltadas ao controle da HAS e DM através das políticas públicas efetivas para a prevenção, diagnóstico e controle dessas doenças.

Posteriormente diante de uma análise situacional que identificou os problemas da área e as possíveis resoluções para cada problema, se elaborou uma proposta de Plano de intervenção para diminuir a incidência da HAS e DM na área de abrangência do Município de Belfort Roxo.

As ações voltadas para o controle da HAS e DM permitiu ampliar o conhecimento dos mecanismos e processos implicados na operacionalização das ações, contribuindo para seu aperfeiçoamento.

Para prevenir os fatores de riscos e as complicações que a HAS e DM podem trazer para os pacientes do PSF Maria Anésia de Araújo Silva, primeiramente formou-se uma equipe capacitada que se empenhou na identificação de pacientes hipertensos e diabéticos, presentes e cadastrados na PSF, para assim, direcionar as ações preventivas.

Os pacientes selecionados são convidados a responder a um questionário referente ao conhecimento sobre as doenças, e os fatores de riscos que podem provocar as mesmas. A importância da consulta periódica é outro fator primordial na conscientização dos pacientes para que seja realizado monitoramento dos valores de pressão arterial e avaliação dos fatores de riscos do HAS e DM.

Outra ação importante deste plano de intervenção é de realizar reuniões quinzenais no PSF em um consultório do posto, onde um profissional selecionado para a realização da mesma escolherá um dia para ser discutido um tema relacionado com os fatores de riscos e orientações médicas.

Os recursos materiais necessários para a aplicação do plano de ação serão ficha de avaliação, folhas, cartolinas, canetas, cartilhas educativas, calculadora, notebook, laptop, impressora.

Para alcançar os objetivos estabelecidos os recursos humanos serão formados por médico, enfermeiro, técnico e/ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

O médico irá prestar atendimento a todos os integrantes de cada família, independente de sexo e idade, desenvolve com os demais integrantes da equipe, ações preventivas e de promoção da qualidade de vida da população.

O enfermeiro supervisiona todo o trabalho de forma a assistir as pessoas que precisam de cuidados.

O técnico de enfermagem realiza procedimentos de enfermagem do PSF no domicílio e executa ações de orientação.

O agente comunitário realiza as visitas à domicílio uma vez por mês de forma a acompanhar o cadastramento das famílias.

Os recursos materiais necessários para a aplicação do plano de ação serão ficha de avaliação, folhas, cartolinas, canetas, cartilhas educativas, calculadora, notebook, laptop, impressora.

5 Resultados Esperados

A prevalência de HAS e DM no PSF Maria Anésia de Araújo Silva, localizado no município de Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro, tem sido um dos problemas priorizados no Diagnóstico situacional, devido ao seu elevado índice de pacientes que vem a óbito e passam por internações devido ao fato que essas doenças manifestam alguns fatores de risco, como, cardiopatia hipertensiva, aterosclerose e trombose, que se manifestam por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

Este plano de intervenção que possui o propósito de controlar e reduzir as altas prevalências de HAS e DM na população descrita, espera cumprir seu objetivo no sentido de garantir o acesso universal de seus pacientes aos serviços de saúde pública, cumprindo todas as metas estipuladas nos períodos, de forma a conquistar notoriedade, conforme os resultados esperados. Havendo interação de toda a equipe envolvida neste plano de intervenção espera-se que ocorra uma melhor efetividade nos serviços de saúde. As mudanças de hábito, alimentação, atividade física e informações sobre estas doenças correspondem ao monitoramento realizado através dos profissionais capacitados aos hipertensos e diabéticos atendidos nas visitas domiciliares.

O maior desafio do plano de intervenção é notadamente a atenção básica de toda equipe de saúde da família do Maria Anésia de Araújo Silva, que espera contribuir com seus pacientes de maneira multiprofissional e através de um vínculo com a comunidade que respeite a coletividade, a integralidade, o respeito e compromisso com todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

Em relação à viabilidade do plano de intervenção, espera-se que as ações desenvolvidas viabilizem em curto prazo a implantação do projeto, contribuindo assim para minimizar os custos operacionais que, muitas vezes, são o entrave para a realização destas ações.

Espera-se com esse trabalho melhorar a qualidade de vida das pessoas, bem como aumentar o hábito de vida saudável como a realização de atividade física e alimentação adequada. Acredita-se que esse projeto também irá desenvolver as competências dos profissionais, bem como a clínica ampliada e ações interdisciplinares.

Referências

- ABESO, A. B. para Estudo da Obesidade e da S. M. *Diretrizes Brasileiras de Obesidade*. São Paulo: AC Farmacêutica, 2009. Citado na página 15.
- BARROS, M. B. A. *Tendências das desigualdades sócias e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Citado na página 18.
- BRASIL, M. da S. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil*, 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Citado na página 10.
- BRASIL, M. da S. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 19.
- BRASIL, M. da S. *estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 21.
- BRASIL, M. da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de A. B. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Citado 3 vezes nas páginas 16, 17 e 20.
- CASSANI, R. S. L. et al. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores de uma indústria brasileira. *Agência Brasileira de Cardiologia*, p. 16–22, 2009. Citado na página 15.
- CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardio-vasculares: os marcadores de risco em adultos. *Revista Nutrição*, p. 369–377, 2004. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- CORREIA, F. H. S. Influência da gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*, p. 1–7, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 18.
- CULLEN, K. W.; BARANOWSKI, T.; SMITH, S. P. using goal setting as strategy for dietary behaviour change. *Journal American Dietetic Association*, p. 562–566, 2001. Citado na página 18.
- EVERT, A. B. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care*, p. 3821–3842, 2013. Citado na página 21.
- JAIME, P. C. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no governo brasileiro. *Revista Nutrição*, p. 809–824, 2001. Citado na página 21.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. J. Brazil's family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *Journal of Medicine*, p. 2177–2181, 2015. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- MALTA, D. C. et al. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e unidades federadas, 2015. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, p. 217–232, 2017. Citado na página 17.

- MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da obesidade. *Lemos Editorial*, p. 15–30, 2001. Citado na página 16.
- MONTEIRO, C. A. et al. Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing countries: a review. *Bulletin of the World Health Organization*, p. 940–946, 2004. Citado na página 18.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, p. 29–36, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 20.
- SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in brazil: burden and current challenges: burden and current challenges. *Lancet*, p. 1949–1961, 2011. Citado na página 21.