

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

FERNANDO CESAR FERREIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO NO ATENDIMENTO AO
HIPERTENSO E AO DIABÉTICO**

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

FERNANDO CESAR FERREIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO NO ATENDIMENTO AO
HIPERTENSO E AO DIABÉTICO**

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

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva

LAGOA SANTA – MINAS GERAIS

2013

FERNANDO CESAR FERREIRA SANTOS

**AVALIAÇÃO E APRIMORAMENTO NO ATENDIMENTO AO
HIPERTENSO E AO DIABÉTICO**

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

Orientadora: Andréa Fonseca e Silva.

Banca examinadora

Andréa Fonseca e Silva - Orientadora

Prof^a Eulita Maria Barcelos - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte 14/12/2013

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter nascido em uma família de caráter exemplar, permitindo e facilitando minha caminhada em direção ao conhecimento e por ter me colocado em uma esquina certa, na hora certa e ter conhecido minha esposa e em seguida minha filha que são fontes de inspiração na minha vida.

Agradeço também por conhecer colegas de trabalho que sempre me estimularam a ser um profissional cada vez melhor e aos pacientes que são os alvos de minha dedicação e esforço para oferecer-lhes uma vida um pouco melhor.

LISTA DE QUADROS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 - Fluxograma.....	31
Gráfico 1 – Morbidade referida – Equipe Asteca 2010.....	17
Quadro 1 – Critérios para diagnóstico de diabetes segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013.....	21
Quadro 2- Critérios para caracterização laboratorial de pré-diabetes ou risco aumentado de diabetes.....	22
Quadro 3 – Alvos metabólicos e clínicos no tratamento do diabetes.....	22
Quadro 4 – Alvos glicêmicos.....	23
Quadro 5 – Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2.....	24
Quadro 6 – Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos).....	25
Quadro 7 – Fatores de risco cardiovascular.....	28
Quadro 8 – Estratificação do risco cardiovascular global: risco adicional atribuído à classificação de HA de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos-alvo e condições clínicas associadas.....	29
Quadro 9 – Decisão terapêutica.....	29
Quadro 10 – Ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético.....	34
Quadro11 – Risco cardiovascular aumentado – planilha de acompanhamento.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica;

ADA: American Diabetes Association;

ACS: Agente Comunitária de Saúde;

CT: Colesterol Total;

DAC: Doença Arterial Coronariana

DCV: Doenças Cardiovasculares;

DM: Diabetes Mellitus;

EEUU: Estados Unidos da América;

ESF: Estratégia da Saúde da Família;

GC: Grupo de Caminhada;

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica;

INCA: Instituto Nacional do Câncer;

MEC: Ministério da Educação e Cultura;

MS: Ministério da Saúde;

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

PAD: Pressão Arterial Diastólica ;

PAS: Pressão Arterial Sistólica;

RCV: Risco Cardiovascular;

SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes;

SES/MG: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais;

SIAB: Serviço de Informação da Atenção Básica;

UBS: Unidade Básica de Saúde;

VE: Ventrículo Esquerdo;

VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo fazer uma proposta de intervenção com a finalidade de melhorar o controle dos pacientes com risco cardiovascular utilizando o conhecimento sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na melhoria da assistência prestada no serviço na Unidade de Saúde Asteca. Atualmente as orientações são em função das novas perspectivas de saúde relacionadas com o risco global de adoecer e não encarando a hipertensão e diabetes como uma doença em si e sim como fatores de risco de doenças cardiovasculares tais como infarto, acidentes vasculares cerebrais e doenças renais. Após a realização do diagnóstico situacional realizado em 2011 no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, foi verificada a importância e a relevância do problema que enfrentamos no dia-a-dia de uma maneira muitas vezes desorganizada e que trás consequências desastrosas com o decorrer do tempo. Após identificação dos artigos e análise do problema do risco cardiovascular aumentado e discussão com toda a equipe e usuários da unidade, foi possível comparar o que poderia ser incrementado nas ações diárias e assim contribuir para diminuir o impacto de complicações que tanto a hipertensão como o diabetes pode trazer. Foi então proposto um novo olhar sobre o problema que permitirá aperfeiçoar os grupos operativos, as consultas individuais, os encaminhamentos corretos para especialidades sem onerar o município.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus. Hipertensão arterial. Atenção Primária à Saúde. Doença crônica. Fatores de risco.

ABSTRACT

This study aims to make a proposal for intervention in order to improve control of patients with cardiovascular risk using knowledge about hypertension and diabetes mellitus in improving assistance service at the Health Unit Asteca . Currently the guidelines are in line with new health prospects related to the overall risk of becoming ill and not starting hypertension and diabetes as a disease in itself but rather as risk factors for cardiovascular diseases such as heart attack, stroke and kidney disease . After conducting the situational analysis conducted in 2011 Specialization Course in Primary Health Care Family , verified the importance and relevance of the problem we face in day- to-day an often disorganized and behind the disastrous consequences over time. After identifying articles and analysis of the problem of increased cardiovascular risk and discussion with all staff and users of the unit , it was possible to compare what could be pumped in daily actions and thus help reduce the impact of complications that both hypertension and diabetes can bring . It was then proposed a new look at the problem will improve the operating groups , individual consultations , referrals to specialty correct without burdening the county.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension arterial. Primary health Care. Chronic diseases. Risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Objetivo Geral.....	14
2 METODOLOGIA.....	15
3 DESENVOLVIMENTO.....	16
3.1 Conceitos sobre Risco Global de Adoecimento.....	16
3.2 Diabetes Mellitus.....	18
3.3- Hipertensão Arterial.....	24
4 PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO NA ABORDAGEM AO PACIENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO.....	32
4.1 Organização do processo de trabalho.....	32
4.1.1 Organização da demanda.....	32
4.1.2 Busca ativa.....	34
4.1.3 Prevenção.....	35
4.1.4 Pactuação das atividades para atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos.....	35
4.1.5 Qualificação da consulta.....	37
4.1.6 Organização dos grupos operativos.....	37
4.1.7 Visitas domiciliares.....	38
4.1.8 Proposta de Integração com o NASF.....	39
4.1.9 Criação do grupo de caminhadas.....	40
4.1.10 Programa de nutrição.....	40
4.1.11 Palestras educativas.....	41
4.1.12 Planilha para avaliação do plano proposto.....	42
5 CONCLUSÃO.....	43
REFERÊNCIAS.....	45

1 INTRODUÇÃO

Em passado recente a hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) eram abordados de uma maneira pontual como uma doença caracterizada quase exclusivamente por problemas genéticos. A consulta era quase sempre individual e direcionada, na maioria das vezes, para o tratamento medicamentoso. O paciente ao entrar no consultório não sabia sobre a sua patologia, saindo com a receita de medicamentos sem saber bem para o que servia, os principais efeitos colaterais, quanto tempo iria durar o tratamento e na maioria das vezes indo embora para casa mais confuso. É claro que este esquema de tratamento que durou décadas resultava no retorno dos pacientes para tratamento das complicações.

Os novos conhecimentos sobre a importância do trabalho em equipe e que mudanças comportamentais poderiam alterar a evolução ou mesmo evitar muitas doenças crônicas mudaram a perspectiva de tratamento, acompanhamento ou reabilitação dessas patologias. A mudança de visão da abordagem dessas doenças vistas como um fator de risco para outras doenças mudou a forma de como devemos avaliar um paciente que também deve ser parte integrante, consciente e participativo do seu tratamento. Hoje sabemos a importância de outros fatores que afetam profundamente a evolução das doenças crônicas tais como os problemas sociais, nutricionais, psicológicos e comportamentais (tabagismo e sedentarismo).

A formação das equipes de saúde da família pelo Ministério da Saúde (MS) em 1998 foi responsável pela unificação desses conceitos possibilitando por em prática ações que hoje comprovadamente mudaram a maneira de promover, prevenir e tratar as doenças crônicas.

A noção de território e o entendimento de anseios específicos de cada região permitiram a individualização de abordagens e assim acabar com a “receita de bolo” dos tratamentos anteriores. Junto a tudo isso os programas sociais (bolsa família, erradicação do trabalho infantil, descentralização da merenda escolar, bolsa escola, etc.) e o surgimento de novas leis (Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei Maria da Penha, Estatuto do Idoso) colaboram para melhora da estruturação familiar que se traduz em melhor autonomia e conhecimento de suas necessidades possibilitando compreender o conceito de cidadania.

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social (DALLARI, 1998, p 14).

Após o início do curso de Especialização em Saúde da Família reunimos toda a equipe para fazer um levantamento dos principais problemas encontrados na área de abrangência. Todos colaboraram. Foram feitas entrevistas com moradores antigos, levantamento de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), registros da própria equipe, do Serviço de Epidemiologia de Santa Luzia e visitas domiciliares, além de observações ativas feitas durante o período de trabalho.

Os principais problemas encontrados foram: excesso de usuários cobertos pela equipe muito além do número preconizado pelo Ministério da Saúde, lixo pelas ruas, falta de áreas de lazer, violência, gravidez na adolescência, saneamento básico precário, alcoolismo e risco cardiovascular aumentado sendo este o que mais se destacou.

Foi verificado um número elevado de pacientes hipertensos e diabéticos na área de abrangência. O número total de pacientes cadastrados pela Equipe Asteca em 2010 foi de 7.348 pessoas. Foram encontrados 788 hipertensos e 195 diabéticos, segundo dados do recadastramento de 2010 feitos pela equipe e cerca de 40% dos hipertensos e 18% dos diabéticos não estavam sendo acompanhados ou tratados de forma adequada. Foram discutidas, então, as principais causas desse resultado com a equipe e alguns fatores foram levantados como causas:

- Número de pacientes atendidos pela equipe muito maior que a preconizada pelo Ministério da Saúde;
- Elevada rotatividade de profissionais;
- Falta de medicamentos essenciais fornecidos pelas farmácias do município;
- Falta de profissionais especializados e demora excessiva de consultas com esses profissionais quando contratados;
- Desinteresse pela secretaria de saúde de estimular reuniões para avaliar problemas referentes à precariedade da infraestrutura da unidade;
- Falta de material de limpeza;
- Falta de carros para visita domiciliar;

- Falta até mesmo de um simples receituário, além de uma infinidade de detalhes que somados levavam a um desinteresse mútuo tanto dos profissionais quanto dos usuários a sair da inércia.

A fim de amenizarmos tanta escassez de recursos foi resolvido que poderíamos reorganizar nosso processo de trabalho e agirmos em equipe para melhorar o controle e o acompanhamento dessas doenças.

Foi proposto estabelecer o acolhimento, melhorar os grupos operativos, integrar de fato os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) no acompanhamento dos pacientes, criação de um grupo de caminhadas em que, aproveitando o momento de encontro, fossem realizadas brincadeiras que fomentassem o interesse dos pacientes por problemas relacionados às suas necessidades, sejam coletivas ou individuais.

Por entraves administrativos e políticos as resoluções dos problemas apresentados estão difíceis de serem resolvidos. Porém, apesar disso a intenção de melhoria da qualidade de prestação de serviço à comunidade nunca deixou de existir mesmo com tantas adversidades.

1.1 JUSTIFICATIVA

O Brasil apresenta um processo de envelhecimento de sua população e uma situação de transição epidemiológica, caracterizada pela queda relativa das condições agudas e pelo aumento relativo das condições crônicas que são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública do mundo (MENDES, 2012).

Observamos em Minas Gerais duas tendências para a população a partir das atuais estimativas nacionais: um ritmo cada vez mais lento de crescimento, envelhecimento da estrutura etária e a feminização da velhice (CAMPOS, 2010).

Atualmente as doenças crônicas são responsáveis por 60% das causas de morte no mundo (IBGE, 2010). Entretanto várias delas podem ser prevenidas ou controladas por meio de detecção precoce, adoção de dieta e hábitos saudáveis, práticas de exercícios e acesso a tratamentos adequados.

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às doenças crônicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais) (SCHMIDT et al., 2011).

Na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Asteca as características epidemiológicas não fogem a esse padrão. Apesar de todo o esforço, ainda não se conseguiu diminuir o elevado número de pacientes sem um controle adequado dessas patologias.

A mudança no estilo de vida das pessoas e a abordagem adequada dos fatores de risco, que associados aumentam muito a chance de doenças cardiovasculares, são dois pilares fundamentais para se conseguir prevenir ou retardar as complicações que acompanham a HAS e o DM. Planejar ações para o enfrentamento dessas doenças e seus fatores de risco é prioridade no território de atuação da Equipe Asteca. Para isso foi necessário rever e discutir com toda a equipe e comunidade novas estratégias para lidar com o problema. Várias reuniões foram necessárias para mostrar a todos a relevância do problema. Mostrar que no final das contas estamos todos no mesmo barco e que a ajuda de todos é fundamental. Mas não basta somente a vontade de ajudar, é necessário entender de verdade o problema e suas consequências para então saber onde atuar, como atuar, quando atuar e quem atuar. É necessário saber se as ações são pertinentes ou aceitáveis e também se estão dando certo ou não. Foi decidido então estudar as patologias no sentido de atualizar o que mudou em termos de tratamento e a relação dos fatores de risco que determinam sua gravidade para saber o quanto de investimento será dado a cada detalhe que possa modificar a mudança no estilo de vida das pessoas no intuito de amenizar o impacto negativo que a HAS e o DM trazem para os pacientes. O entendimento e a ciência que todos somos importantes no processo de trabalho e no processo de mudança da vida de outra pessoa para uma vida melhor são as justificativas que nos mantêm sempre na luta contra as adversidades.

1.2 OBJETIVO GERAL

Propor ações de intervenção no processo de trabalho com a finalidade de melhorar o controle dos pacientes com risco cardiovascular utilizando o conhecimento sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus na melhoria da assistência prestada no serviço na Unidade de Saúde Asteca.

2 METODOLOGIA

Após a definição do tema, foi feita a revisão da literatura na busca de publicações que abordassem o tema proposto. A busca da produção científica disponível ocorreu nas bases de dados virtuais, como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), publicações do Ministério da Saúde, SIAB com levantamento de artigos nos idiomas português e inglês.

Todos os artigos selecionados foram revistos e analisados, relacionando-os ao objetivo deste estudo. Partindo desta discussão embasada em produções científicas foram realizadas reflexões que poderão trazer benefícios positivos no atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos que deverão cuidar do seu bem-estar agora para futuramente desfrutar de uma velhice saudável e digna.

Foram obtidas informações que pudessem refletir as condições de saúde da área de abrangência, através da observação ativa do território, coleta de dados secundários pertinentes à questão de estudo e entrevista com informantes-chave. Os dados secundários foram originados de informações dos relatórios sínteses do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Para inclusão das publicações foi considerado o ano de publicação que compreendesse - 1998 a 2013. Foram usados os descritores : diabetes, hipertensão, Atenção Primária à Saúde, doenças crônicas e fatores de risco. A pesquisa bibliográfica trata-se de avaliar as atualizações no tratamento da HAS e DM e seus fatores de risco visando principalmente às mudanças no estilo de vida na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Após a busca e revisão dos artigos e publicações sobre o tema, foi feita uma proposta de intervenção comparando o que estava sendo realizado e o que poderia ser proposto para melhorar a qualidade das ações até então feitas para o controle da HAS e do DM na UBS Asteca de Santa Luzia (MG).

Foi ainda utilizado o diagnóstico situacional elaborado durante as atividades propostas no Curso de Especialização em Atenção Básica seguindo orientações e roteiro baseados no módulo Planejamento e Avaliação em Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

3 DESENVOLVIMENTO

3.1 CONCEITOS SOBRE RISCO GLOBAL DE ADOECIMENTO

As doenças cardiovasculares são hoje as principais causas de morte no Brasil e os principais fatores de risco para estas doenças são a hipertensão arterial, a dislipidemia, tabagismo e o diabetes (LOTUFO, 2008).

O número estimado de portadores de Diabetes e de Hipertensão é cerca de 23.000.000 milhões de habitantes. Vale lembrar que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) respondem por 50% dos casos de doença renal crônica (DRC) terminal (BRASIL, 2006 a). Considera-se hoje mais importante avaliar um paciente em termos de seu risco cardiovascular global do que tratando somente fatores de risco isolados. Desta maneira, pode-se determinar o grau de intervenção em função de seu risco de morrer em um determinado período de tempo. Pacientes hipertensos classificados, por exemplo, em um determinado estágio podem pertencer a categorias de maior ou menor risco na dependência de comorbidades ou fatores de riscos associado (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com a Linha Guia da Atenção à Saúde do Adulto para hipertensão e diabetes da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2006), são os seguintes os fatores de risco para DCV: tabagismo, dislipidemia, diabetes mellitus, a nefropatia, idade acima de 60 anos, história familiar de doenças cardiovasculares em mulheres com menos de 65 anos e homens com menos de 55 anos. São ainda considerados outros fatores de risco a relação cintura/quadril aumentada, a circunferência da cintura aumentada, a microalbuminúria, a tolerância à glicose diminuída/glicemia de jejum alterada, a hiperuricemia e a presença de proteína C reativa ultrasensível aumentada.

Já as lesões de órgãos alvo e doenças cardiovasculares seriam a hipertrofia do ventrículo esquerdo (VE), angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio, revascularização miocárdica prévia, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, isquemia cerebral transitória, alterações cognitivas ou demência vascular, nefropatia, doença vascular arterial de extremidades e retinopatia hipertensiva (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

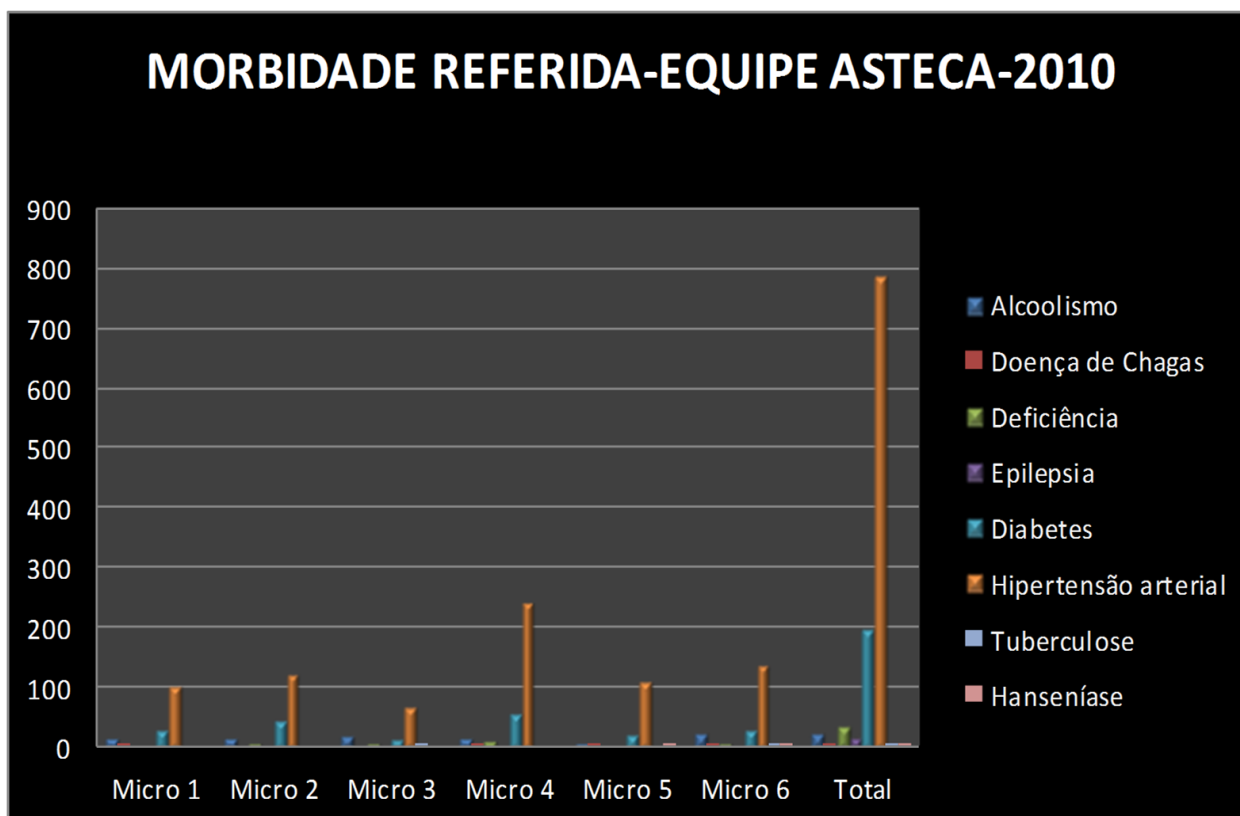
Considera-se que a hipertensão arterial, o diabetes mellitus, a obesidade, a inatividade física, a hiperlipidemia e o uso do tabaco são os fatores de risco que têm maior prevalência sendo

passíveis de controle e dentre os fatores de risco modificáveis, a HA é considerada a mais importante frente às doenças isquêmicas e para o acidente vascular cerebral (AVC) (EYKEN; MORAES, 2009).

Devido à relevância das DCV no perfil de morbimortalidade mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002) reafirmou como estratégia fundamental para redução do problema o monitoramento e vigilância das DCV e de seus principais fatores de risco (EYKEN; MORAES, 2009). Aproximadamente 75% das DCV podem ser atribuídas aos fatores de risco convencionais (NETO, 2005).

Todos estes fatores são também encontrados na área de abrangência da Equipe Asteca, sobretudo a HAS e o DM conforme o quadro1 demonstrado abaixo.

Gráfico 1 Morbidade referida na área de abrangência da equipe Asteca em 2010



FONTE: SIAB , 2010

Em um artigo publicado denominado “**Fatores de risco associados com IAM na Região Metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento**” foi demonstrado que o tabagismo, a relação cintura quadril, antecedentes de HA e de DM, história familiar de insuficiência coronariana, níveis séricos de lipoproteínas de densidade muito baixa (LDL) e de lipoproteínas de alta densidade (HDL) encontravam-se

independentemente associados com IAM na região metropolitana de São Paulo e que o tabagismo era o mais potente fator de risco independente identificado. Mostrou também que o DM tipo 2 conferia risco para DCV cerca de duas vezes maior em homens e de três vezes maior em mulheres. Que a relação cintura/ quadril (RCQ) foi um fator extremamente potente associado independentemente com o desenvolvimento de IAM, constituindo uma medida mais sensível que o índice de massa corporal (IMC) para identificação de risco independente associado com IAM (AVEZUM; PIEGAS; PEREIRA, 2005).

Já em estudo publicado no Nurses Health Study, que seguiu uma coorte de 84.941 enfermeiras americanas por 16 anos, demonstrou que o IMC, tomado a cada dois anos, correlacionava-se fortemente com o risco de desenvolvimento de DM tipo 2, no qual as mulheres com IMC entre 25-29 e 30-35 Kg/m² apresentavam um risco 7,6 e 20 vezes maior respectivamente do que aquelas com IMC < 23 Kg/m², consideradas controle (HU et al., 2001). Em outro estudo realizado em nove capitais brasileiras envolvendo 8.045 indivíduos com idade de cerca de 35 anos, no ano de 1998, mostrou que 38% dos homens e 42 % das mulheres possuem colesterol total (CT) > 200 mg/dl (DEPARTAMENTO DE ATEROSCLEROSE DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007). Sabemos que as dislipidemias são classificadas como hipercolesterolemia isolada quando o LDL-c é ≥ 160 mg/dl. Já as hipertrigliceridemias isoladas quando o triglicérides (TG) é ≥ 150 mg/dl ou hiperlipidemia mista quando os valores de ambos (LDL e TG) estão aumentados. Já o HDL-c é considerado baixo quando < 40 mg/dl em homens e < 50 mg/dl em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2007).

Scutz et al. (2008), mostra que pacientes com dislipidemia a HA mostrou-se como o principal fator de risco para doença arterial coronariana (DAC). Já a Síndrome Metabólica caracterizada pelo excesso de peso associado ao acúmulo de gordura na região mesentérica, obesidade central ou androgênica, HA, resistência à insulina e dislipidemia aterogênica, reforça a associação de fatores de risco e doença coronariana e mostra a importância e a necessidade de encarar este problema sob uma ótica interdisciplinar e multiprofissional.

3.2 DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Foi Arateu da Capadócia quem, no Sec. II d.C. deu a essa doença o nome de “*diabetes*” que em grego significa “sifão”, referindo-se ao seu sintoma mais chamativo que é a eliminação exagerada de água pelos rins (DOBSON, 1776).

É uma doença crônica acompanhada de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras. Resulta primordialmente de uma deficiência de produção de insulina pelas células beta do pâncreas, resistência periférica à ação da insulina ou ambos. Seus principais sintomas são perda inexplicada de peso, polidipsia, e poliúria. Se não tratada adequadamente em tempo hábil certamente provocará efeitos deletérios principalmente nos rins, nervos, olhos, coração e vasos sanguíneos. No Brasil, estima-se que a prevalência do diabetes em 1980 era de aproximadamente 8% da população adulta (na faixa etária de 30 a 69 anos de idade) residentes em áreas urbanas. Atualizando os dados da população brasileira segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) teríamos uma estimativa de 12.054.827 milhões de pessoas portadores de diabetes.

Já a Internacional Diabetes Federation (IDF) Diabetes Atlas (2012), mostra que mais de 371 milhões de pessoas no mundo têm diabetes. O número de pessoas com DM está aumentando em todos os países e somente metade das pessoas são diagnosticados; 4,8 milhões de pessoas morreram devido à diabetes e mais de 471 bilhões de dólares foram gastos em cuidados de saúde com a doença.

Na América do Sul e Caribe um em cada 11 adultos tem diabetes. É uma patologia que apresenta progressão principalmente nos países em desenvolvimento, em função do processo de transição demográfica e epidemiológica (CHAIMOWICZ et al., 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave, 30 a 40% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20% de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010).

O rastreamento do diabetes tipo 2 e do pré-diabetes deve ser considerado em todos os adultos (independente da idade) com $IMC \geq 25$ e um ou mais fatores de risco para DCV. Como a idade é um importante fator de risco, recomenda-se também o rastreamento de indivíduos sem fatores de risco a partir dos 45 anos de idade. Sendo normais os resultados, o rastreamento deve ser repetido a cada três anos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2010).

São critérios para o rastreamento do pré-diabetes e do diabetes em adultos de acordo com o Protocolo de Diabetes Mellitus e Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE, 2010):

O rastreamento deve ser considerado em todos adultos com $IMC \geq 25$ com um ou mais dos seguintes fatores de risco:

- Sedentarismo;
- Parente de primeiro grau portador de diabetes;
- Membros de grupos étnicos de alto risco (afro descendente, latinos, indígenas, asiáticos);
- Mulheres com história de parto de criança com mais de 4 kg ou de diabetes gestacional;
- Hipertensão arterial;
- Colesterol HDL < 35 mg/dl ou triglicérides > 250 mg/dl;
- Mulheres com síndrome do ovário policístico;
- Pré-diabetes em exame anterior;
- Outras condições associadas à resistência insulínica (obesidade grave, acantose nigricans);
- História de DCV.

No que se refere ao diagnóstico do paciente, a glicemia de jejum é o exame de escolha no diagnóstico de diabetes em crianças e adultos, excetuando-se as gestantes. Embora seja menos sensível que o Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG), é mais aceito pelos pacientes, é mais barato e de fácil realização.

O TOTG é útil na avaliação subsequente de pacientes que possuem glicemia de jejum (GJ) normal e forte suspeita de diabetes e naqueles que apresentam glicemia de jejum alterada (Pré-Diabetes).

Quadro 1- Critérios para diagnóstico de diabetes segundo Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.

CATEGORIA	GLICEMIA		
		Mg/dl	
	JEJUM*	2 hs após 75 gr de dextrosol	CASUAL**
GLICEMIA NORMAL	< 100	< 140	
TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA	> 100 < 126	≥ 140 < 200	
DIABETES	≥ 126	≥ 200	≥ 200*** (com sintomas clássicos)

*O jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas; **Glicemia plasmática casual é aquela realizada a qualquer hora do dia, sem se observar o intervalo desde a última refeição; ***Os sintomas clássicos de DM incluem poliúria, polidipsia e perda não explicada de peso.
- O diagnóstico de DM deve sempre ser confirmado pela repetição do teste em outro dia, amenos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas óbvios de DM.

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – 2012-2013

Em julho de 2009 um comitê formado por representantes da American Diabetes Association (ADA), do International Diabetes Federation (IDF) e o European Association for the Study of Diabetes (EASD) recomendaram o uso da glicohemoglobina (HbA1c) como critério para o diagnóstico do DM com a alegação de que a hemoglobina glicosilada avalia o grau de exposição à glicemia durante o tempo e os valores se mantêm estáveis após a coleta (SBD, 2009). Em janeiro de 2010 a ADA modificou o critério inicial. As recomendações atuais são as seguintes: 1. Diabetes – HbA1c > 6,5% a ser confirmada em outra coleta. Dispensável em caso de sintomas ou glicemia > 200 mg%. 2. – Indivíduos com alto risco para o desenvolvimento de diabetes - HbA1c entre 5,7 e 6,4%. Em resumo a glicohemoglobina como critério para diagnóstico de diabetes necessita de mais estudos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012-2013). Alguns indivíduos a glicemia não preenche os critérios para o diagnóstico de DM e são elevadas demais para serem consideradas normais. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

São considerados como pré-diabéticos. Veja o quadro abaixo:

Quadro 2 – Critérios para caracterização laboratorial de pré-diabetes ou Risco Aumentado de Diabetes

Critérios	Comentários
Glicemia de jejum entre 100-125 mg/dl = ou =	Condição anteriormente denominada “glicemia de jejum alterada”
Glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: de 140-199 mg/dl = ou =	Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada “tolerância diminuída à glicose”
A1C entre 5,7% e 6,4%	De acordo com recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico do diabetes e do pré-diabetes.
Importante: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.	
Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. STANDARDS OF MEDICAL CARE IN DIABETES – 2011.	

O diabetes tipo 1 ao contrário do DM tipo 2, manifesta-se de maneira geralmente abrupta e é diagnosticada logo após o início da moléstia. Não há evidências científicas que justifiquem o rastreamento universal de indivíduos assintomáticos e não existem métodos de prevenção do diabetes tipo 1, o que faz com que a identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença não se justifique. Apresenta maior incidência em adolescentes e adultos jovens e tem maior predisposição à cetose (SECRETARIA MUNICIPAL DE BELO HORIZONTE, 2010).

Em relação ao tratamento do paciente diabético visa reduzir o índice de complicações inerentes à doença. O tratamento não medicamentoso deve ser proposto a todos os pacientes e o medicamentoso será avaliado conforme alguns critérios clínicos e laboratoriais.

Quadro 3- Alvos metabólicos e clínicos no tratamento do diabetes

Parâmetro	Meta
Pressão Arterial	< 130/80 mmHg
Fumo	Não fumar
LDL	< 100
HDL	> 40
Triglicérides	< 150
Colesterol Total	< 200
Glicosúria	0
Cetonúria	0
IMC Homens	20 a 25
IMC Mulheres	19 a 24
Atividade física	> 30 min/dia

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE BH-MG, 2010 (Modificado)

A United Kingdom Prospective Diabetes Study (1998) mostrou que o controle rigoroso da PA em pacientes diabéticos aumenta sua sobrevida, pois estes pacientes são mais vulneráveis ao efeito deletério da PA. Os fatores de risco têm um efeito multiplicador quando associados,

então quanto mais dentro da normalidade menor a chance de um evento cardiovascular. (MS, 2010 d).

Quadro 4 Alvos Glicêmicos

Item	Valores
Glicemia de jejum	< 110 mg/dl
Glicemia pós prandial	< 140 mg/dl
Glicemia capilar pré prandial	70 – 130 mg/dl
Glicemia capilar pós prandial	< 180 mg/dl
Glicohemoglobina	< 7%

FONTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE BH-MG , 2 010 (Modificado)

Quando não se consegue atingir os alvos terapêuticos é necessária à introdução de medicamentos. O tipo, a quantidade (monoterapia ou politerapia) e a dosagem vão depender da idade, peso, gravidade da hiperglicemia, presença ou não de comorbidades e interações medicamentosas. A insulina é necessária para o paciente diabético tipo 1 que não produz quantidades suficientes de insulina pelas células beta do pâncreas e pacientes diabéticos tipo 2, que geralmente evoluem para a necessidade de suplementação de insulina exógena para um adequado equilíbrio metabólico (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2006).

Sabe-se que hábitos de vida saudáveis são fundamentais para prevenir ou retardar as complicações do diabetes. As mudanças de estilo de vida têm como objetivo a redução de peso, a manutenção do peso perdido, o aumento da ingestão de fibras, a restrição energética moderada, a restrição de gorduras, especialmente as saturadas, o aumento de atividade física regular, a cessação do tabagismo e diminuição de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2011b).

Às vezes o tratamento não medicamentoso por si só não consegue alcançar o objetivo proposto ou seja os índices glicêmicos não diminuem sendo necessário introduzir o tratamento medicamentoso.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o diabetes independente do tratamento realizado evolui para complicações. Quase todos os pacientes terão que usar em um determinado momento medicamentos via oral ou insulina injetável. O uso de antidiabéticos deve ser indicado no DM tipo 2 quando os valores glicêmicos encontrados em jejum e/ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico de DM. Os medicamentos

mais comumente usados são as sulfoniluréia, biguanidas, insulina de ação intermediária e insulina de ação rápida.

Quadro 5 - Fármacos para o tratamento da hiperglicemia do diabetes tipo 2.

FÁRMACO	POSOLOGIA
Metformina	500mg a 2,550gr fracionadas em 1 a 3 vezes ao dia nas refeições.
Sulfoniluréia	
• Glibenclamida	2,5mg a 20mg, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
• Glicazida	2,5mg, 1 a 3 vezes ao dia, nas refeições.
	40mg a 320, 1 a 2 vezes ao dia, nas refeições.
Insulina	
• NPH	10 UI NPH ao deitar (ou 0,2 U/kg), aumento gradual de 2 U; reduzir em 4 U quando houver hipoglicemia. Se necessário, adicionar 1 a 2 injeções diárias.
• Regular	Em situações de descompensação aguda ou em esquemas de injeções múltiplas.

FONTE: MS, 2006a

3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL

A hipertensão Arterial é definida pela persistência da Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg. É uma condição clínica multifatorial que se associa frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com conseqüente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Tem uma prevalência média no Brasil de 32,5%, com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos, acometendo 35,8% homens e 30% mulheres, portanto é uma patologia com alta prevalência e pouco controle, porém um dos principais fatores de risco modificáveis considerando ser um dos mais importantes problemas de saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A hipertensão arterial é uma doença muito comum e muitas vezes não vem acompanhado de sintomatologia, o que contribui para o atraso do diagnóstico e aumento de lesões em órgãos alvos. Recomenda-se o rastreamento a cada dois anos para pessoas com PA < 120/80 mmHg e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a pressão diastólica entre 80 e 90 mmHg (BRASIL,2010).

Quadro 6 - Classificação da Pressão Arterial de Acordo com a Medida casual no consultório (>18 anos)

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe *	130 - 139	85 - 89
Hipertensão estágio 1	140 - 159	90 - 99
Hipertensão estágio 2	160 - 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	≤ 90
Quando as pressões sistólica e diastólica e situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.		
* Pressão normal alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.		

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO - VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morte no Brasil e a hipertensão, diabetes, tabagismo e as dislipidemias são os principais fatores de risco.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) apresenta os seguintes fatores de risco: hereditariedade, idade, raça (fatores não modificáveis) e fatores modificáveis tais como o sedentarismo, tabagismo, excesso de sal, excesso de bebidas alcoólicas, peso e o estresse.

A contribuição de fatores genéticos é evidente, mas até o momento não se pode prever o risco individual que um indivíduo terá hipertensão relacionada com determinadas variantes genéticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A hipertensão é um dos fatores de risco cardiovasculares mais importantes mas sua patogênese não está completamente elucidada, mas é sabido que depende de uma interação entre fatores genéticos e ambientais (BARRETO-FILHO; SOARES; KRIEGER, 2003). Um estudo multicêntrico, financiado pelo Ministério da Saúde, vai mapear geneticamente pacientes resistentes ao tratamento da HAS. Enquadram-se nesse critério os que já tenham tentado usar três classes de drogas (COLLUCCI, 2013).

Fuentes e cols citado por Fermino et al., (2009) verificaram que quando um progenitor é hipertenso, o descendente possui até 3,5 vezes mais chances de desenvolver HA quando comparado com um descendente cujos pais são normotensos. Em estudo apresentado por Silva (2004), realizado com 23 participantes, a hereditariedade é apontada em 74% dos sujeitos.

É sabido que o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da HAS em ambos os sexos. A prevalência é superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos e o risco relativo de desenvolver DCV associado ao aumento da pressão não diminui com o avanço da

idade e o risco absoluto aumenta marcadamente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). A PA das mulheres mais jovens (até 50 anos) tende a ser mais baixa que a dos homens, porém, após essa idade, a situação é invertida (LESSA, 2001; CESARINO et al., 2008).

Com referência a raça e etnia, nos Estados Unidos da América, a raça negra é mais propensa à HAS que a raça branca (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007). A etnia negra é um forte fator predisponente à HAS, como também a um maior risco de ataque cardíaco e morte súbita, quando comparada à etnia branca (ASSIS, 2009). A cor da pele não branca eleva a chance de ter HA em 35% (OLIVEIRA et al., 2008). A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante. Estudos brasileiros demonstram predomínio de mulheres negras com excesso de HAS de até 130% em relação às brancas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Já o sedentarismo aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam risco aproximado de 30% maior de desenvolver hipertensão que os ativos. Os resultados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas realizadas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) em 2010 indicam que o Brasil e a capital mineira seguem a tendência internacional de terem mais homens sedentários do que mulheres (15 e 13,6% respectivamente) (BRASIL, 2011). No Brasil a HAS foi mais prevalente entre indivíduos com menos escolaridade quando relacionada a fatores econômicos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab, 2008) estimou que havia no Brasil, em 2008, 24,6 milhões de fumantes na população de 15 anos ou mais de idade (17,2%), que a prevalência entre homens foi de 21,6% e a de mulheres foi de 13,1% e cita que o tabagismo é considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo (MINISTÉRIO DA SAÚDE/INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2011). A OMS (2003) estima que um terço da população mundial adulta, isto é, um bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres) sejam fumantes. Segundo VIGITEL (2010), 15% dos brasileiros são fumantes sendo que 17,9% são do sexo masculino e 12,7 são do sexo feminino; 5,6% dos homens e 3,6% das mulheres fumam mais de 20 cigarros por dia. Os que têm menos escolaridade fumam mais. A capital

mineira está entre as que mais possuem percentual de adultos fumantes (17%). O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4,9 milhões de mortes anuais no mundo, o que corresponde a mais de 10.000 mortes por dia (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Quanto à alimentação é sabido que populações que consomem pouco sódio, como as populações indígenas, por exemplo, praticamente não apresentam HAS. O excesso de sal pressupõe maior volemia e conseqüentemente aumento da pressão arterial (PA). Os efeitos do sal são mais deletérios em algumas pessoas como os negros, obesos, e doentes renais crônicos. A OMS definiu recentemente que a quantidade máxima de sódio recomendada é de 2 gramas por dia (5g de sal/dia). Segundo a nutricionista Miyoko Nakasato, explica que 500 mg de sódio satisfazem as necessidades do organismo e a quantidade de sódio recomendada para uma boa alimentação é de 6g/dia de cloreto de sódio (sal de cozinha) (NAKASATO, 2004).

Já o álcool é uma substância que causa dependência chamada popularmente de alcoolismo. O alcoolismo é definido como o consumo consistente e excessivo e/ou preocupação com bebidas alcoólicas ao ponto que este comportamento interfira com a vida pessoal, familiar, social ou profissional da pessoa, podendo com frequência provocar ou resultar em outras doenças como cirrose hepática ou doenças cloridropépticas. O hábito de fumar e beber aumenta 30 vezes o risco de desenvolvimento de câncer da cavidade oral (BRASIL, 2011a). A bebida alcoólica é responsável pelo aumento de triglicérides e de ácido úrico, dois fatores de risco para doenças cardiovasculares. O alcoolismo crônico é uma entidade muito prevalente, podendo condicionar patologia cardíaca. O consumo continuado contribui para a deterioração progressiva da função miocárdica (GONÇALVES, 2005).

O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS desde idades jovens. Na vida adulta incremento de 2,4 kg/m² no índice de massa corporal (IMC) acarreta maior risco de desenvolver hipertensão (SBC; SBH; SBN, 2010). O IMC é um bom indicador, mas não está totalmente relacionado com a gordura corporal. Não reflete, necessariamente, a distribuição da gordura corporal. A medida da distribuição de gordura é importante na avaliação de sobrepeso e obesidade porque a gordura visceral (intra-abdominal) é um fator de risco potencial para a doença, independentemente da gordura corporal total (ASSOCIAÇÃO

BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2010).

Segundo um artigo de Marilda Emmanuel Novaes Lipp (2007), intitulado “**Controle do Estresse e Hipertensão Sistêmica**”, o treino de controle de estresse (TCS) na HAS tem sido objeto de estudos e indicam que é eficaz na modulação da reatividade cardiovascular em momentos de estresse emocional e que auxilia tanto na adesão ao tratamento quanto na reestruturação do modo de pensar, conduzindo a uma mudança estável e duradoura do estilo de vida, mais compatível com o autocuidado necessário no manejo das doenças crônicas.

Como já citado no tratamento do DM as modificações no estilo de vida são fundamentais no tratamento dos pacientes hipertensos. Os níveis da PA e a estratificação de risco cardiovascular (RCV) influenciam a tomada de decisão em relação ao tratamento. Para se determinar o RCV deve-se primeiro classificar o paciente segundo seus fatores de risco segundo o quadro proposto a seguir:

Quadro -7 Fatores de Risco Cardiovascular

Baixo risco/Intermediário	Alto risco	
- Tabagismo - HAS - Obesidade - Sedentarismo - Sexo Masculino - Idade > 65 anos - História Familiar (H < 55 anos e M < 65 anos) – Evento cardiovascular prévio	AVC (acidente vascular cerebral) previamente	
	IAM (infarto do miocárdio) previamente	
	Lesão periférica (LOA – Lesão de órgão alvo)	AIT – ataque isquêmico transitório HVE – hipertrofia do ventrículo esquerdo Nefropatia, retinopatia, aneurisma de aorta abdominal, estenose de carótida sintomática
	Diabetes mellitus	

FONTE: BRASIL, 2010 – Rastreamento.

Relacionando a PA aos fatores de risco podemos observar que quanto maior a PA e maior a quantidade de fatores, maiores são os riscos de complicações cardiovasculares e Lesão de Órgão Alvo, como pode ser visto no quadro abaixo.

Quadro 8– Estratificação do RCV global: risco adicional atribuído à classificação de HA de acordo com fatores de risco, lesões de órgãos- alvo e condições clínicas associadas

NORMOTENSÃO				HIPERTENSÃO		
Outros fatores de risco ou doenças	Ótimo PAS < 120 ou PAD < 80	Normal PAS 120-129 ou PAD 80 - 84	Limítrofe PAS 130-139 ou PAD 85-89	Estágio 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Estágio 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Estágio 3 PAS ≥180 PAD ≥110
Nenhum fator de risco	Risco basal	Risco basal	Risco basal	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional
1-2 fatores de risco	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Baixo risco adicional	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Risco adicional muito alto
≥ 3 fatores de risco, LOA, ou SM - DM	Moderado risco adicional	Moderado risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Alto risco adicional	Risco adicional muito alto
Condições clínicas associadas	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto	Risco adicional muito alto

LOA : lesão de órgãos-alvos; SM: Síndrome metabólica; DM: diabetes melito.

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA;SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010.

Várias estratégias têm sido adotadas para avaliar o risco com maior precisão. O mais conhecido é o Escore de Framingham que passou a identificar os principais fatores de risco para doença coronariana na próxima década de vida: sexo, faixa etária, PA, colesterol elevado e tabagismo. Assim quanto menor o risco, menor a necessidade de medicar e maiores os prazos que a equipe de saúde tem para construir estratégias contextualizadas e culturalmente aceitáveis para se alcançar uma mudança sustentável no estilo de vida, conforme proposto no quadro abaixo. (BRASIL, 2010).

Quadro 9 – Decisão Terapêutica

Categoria de Risco	Considerar
- Sem risco adicional	Tratamento não medicamentoso
- Risco adicional baixo	Tratamento não medicamentoso isolado por até 6 meses. Se não atingir meta, associar tratamento medicamentoso.
- Risco Adicional médio, alto e muito alto	Tratamento não medicamentoso + medicamentoso

FONTE: SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA;SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO;SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA .VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

Ainda, segundo a VI Diretrizes de Hipertensão da SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (2010), o paciente com HAS estágios 1 e 2 (PAS 140 - 159 e PAD 100 - 109) com RCV baixo e médio, a meta de PA a ser atingida é menor que 140/90 mmHg. Já para os hipertensos classificados como limítrofe (PAS entre 130 e 139 e PAD entre 90 e 99) com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, DM, Síndrome Metabólica ou LOA e para hipertensos com insuficiência renal com proteinúria maior que 1,0 g/L a meta de PA a ser atingida é de 130/80 mmHg como limite máximo. Estudo recente publicado não mostrou benefícios com reduções mais rigorosa da PA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

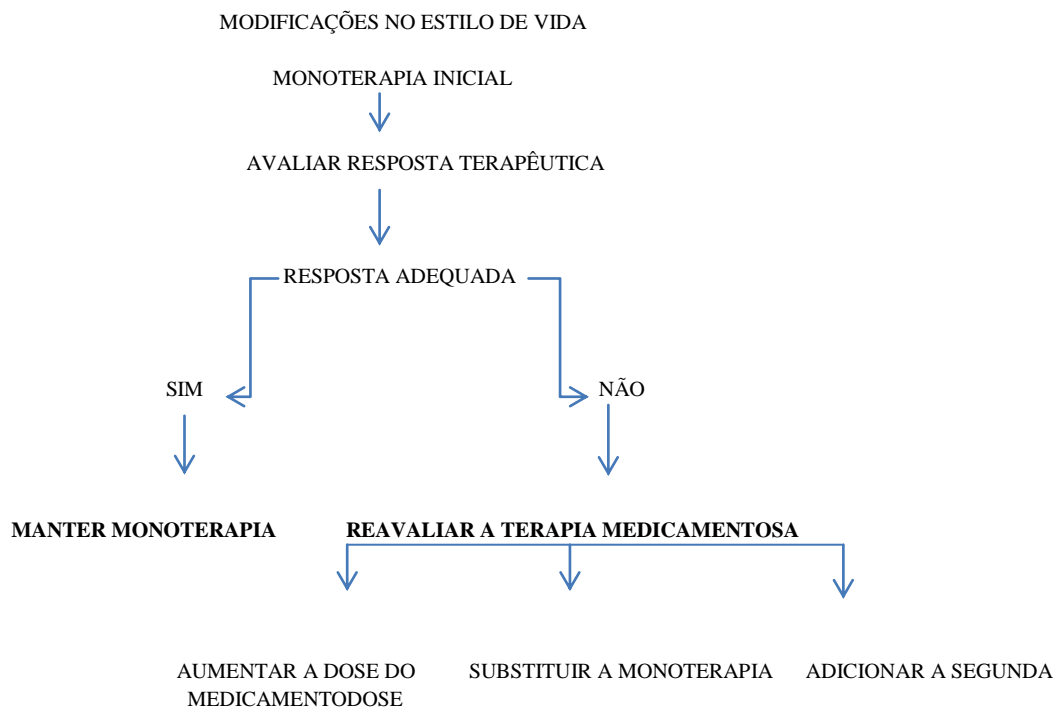
As DCV continuam sendo a primeira causa de morte no Brasil, responsável por quase 32% de todos os óbitos, além de ser a terceira maior causa de internações (PESARO, 2004). Goldman & Cook (1984) estimaram que mais da metade (54%) do declínio da taxa de mortalidade para doença arterial coronariana nos Estados Unidos entre 1968 e 1978 foi relacionada à mudanças de estilo de vida, especificamente com a diminuição de níveis de colesterol sérico (30%) e abandono do hábito de fumar (24%) (COLOMBO, 1997).

A grande maioria dos fatores de risco para DCV como controle de peso, dieta adequada, redução do consumo de sal, atividade física e controle do estresse psicossocial, estão associados com o estilo de vida das pessoas e podem ser modificados para melhor com orientações de profissionais da atenção básica principalmente. (EYLKEN, MORAES, 2009).

No tratamento medicamentoso a monoterapia pode ser inicialmente instituída, avaliada e progressivamente ajustada conforme as metas preconizadas. Deve-se aguardar pelo menos 04 a 06 semanas para que se mude o esquema inicial. A depender dos resultados pode-se aumentar a dosagem ou acrescentar novos medicamentos de preferência de classe farmacológica diferente do medicamento inicial. O medicamento inicial é geralmente um diurético, mas a depender da situação clínica pode-se iniciar já com mais de um medicamento (terapia anti-hipertensiva combinada). Os anti-hipertensivos propostos são os diuréticos; os inibidores adrenérgicos (ação central, alfa-bloqueadores, betabloqueadores); os vasodilatadores diretos; os bloqueadores de canais de cálcio; os inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA); e os antagonistas dos Receptores AT1 da Angiotensina II (AII) (SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007).

De acordo com a linha-guia da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2007) é proposto o fluxograma abaixo para facilitar a progressão do tratamento.

Figura 1 - FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO



Fonte: SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2007

4 PROPOSTAS DE APRIMORAMENTO NA ABORDAGEM AO PACIENTE COM RISCO CARDIOVASCULAR AUMENTADO

Reconhecendo haver inúmeros estudos sobre o tratamento medicamentoso restou propor intervir e melhorar na promoção da saúde e orientações para mudança nos hábitos de vida das pessoas. Tentar entender porque que apesar das condições relativamente adequadas para uma abordagem dos pacientes, ainda assim existem muitos pacientes que não consegue um controle adequado da HA e do DM. Temos um lugar para trabalho, medicamentos, instrumentos, profissionais, o NASF e principalmente vontade de melhorar e mesmo assim temos muitos pacientes que ainda não conhecem a sua própria doença. Este fato pode estar relacionado à organização do processo de trabalho que impossibilita um atendimento sistematizado mais centrado na pessoa do que na doença. Faz-se então necessário reestruturar o processo de trabalho para melhorar o atendimento que é prestado ao paciente hipertenso e diabético.

4.1 ORGANIZAÇÕES NO PROCESSO DE TRABALHO

A primeira tarefa para melhorar a qualidade na prestação de serviço proposta foi reorganizar o processo de trabalho na Unidade de Saúde. Foram organizadas reuniões para definir o que primeiro seria feito. Foi constatado que a equipe não se reunia frequentemente para planejar as atividades e também não havia designação de quem era responsável pelas atividades de acordo com sua formação. Ficou pactuado então que haveria pelo menos uma reunião da equipe por mês onde seria realizada distribuição de tarefas e discutido o objetivo de melhora na qualidade do tratamento dos pacientes com RCV aumentado. Outro detalhe a partir de então foi a melhoria na comunicação e relacionamento da equipe. Foi dado a oportunidade a cada um para discutir e compreender a dimensão do problema relativo a assistência prestada. Diante da necessidade o primeiro passo foi a organização para atendimento da demanda espontânea e programada.

4.1.1 ORGANIZAÇÃO DA DEMANDA

Após várias discussões com a equipe e representantes da comunidade foi implementado o acolhimento na unidade. O objetivo do acolhimento visa ampliar o acesso dos usuários ao serviço, humanizar o atendimento e funcionar com dispositivo para reorganização do processo de trabalho (TAKEMOTO; SILVA, 2007). Inicialmente ocorreram divergências quanto ao novo método de trabalho tendo em vista que culturalmente

quem chega primeiro é atendido primeiro e o que somente o médico resolve todas as questões. Franco e Merhy (2003) consideram que o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, em especial dos profissionais não médicos que realizam assistência, visto que a organização do serviço passa a ter a “equipe de acolhimento”.

Para Teixeira (2003) o acolhimento num serviço de saúde é entendido como uma rede de conversações. Trata-se de um diálogo orientado pela busca de uma maior “ciência” das necessidades de que o usuário se faz portador, e das possibilidades e dos modos de satisfazê-las. Pressupõe uma atitude da equipe de comprometimento em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, por meio de uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários, estruturados enquanto “relação de ajuda”.

A esse respeito, Camelo et al., (2000) chama a atenção para o fato de que não é o bastante agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico perguntar sobre a queixa e orientar. É preciso mais. A qualidade do atendimento ao usuário implica em ter disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para seu problema (FLÁVIA et al., 2010).

Para ajudar a organizar a demanda dos pacientes hipertensos e diabéticos no acolhimento foi criada uma tabela para agrupamento dos pacientes em seus níveis de PA, fatores de risco, data da última consulta, uso ou não de medicamentos, data da última vez que pegou medicamentos, data da última consulta com oftalmologista, data do último exame laboratorial e ECG realizado. A tabela individual proposta abaixo busca facilitar a priorização de agendamento de consultas tendo em vista o número elevado de pacientes na área de abrangência e pelo fato da constante rotatividade do profissional médico da outra equipe o que sobrecarrega ainda mais a Equipe Asteca.

Quadro10 - Ficha de acompanhamento do hipertenso e diabético

Nome do Paciente:				Idade:	DN:			Urgência Sim não
Endereço			Nº	Unidade:				
Hipertenso Sim__ não__			Diabético Sim__ não__			Tabagismo Sim__ não__	Uso de Medicamentos Sim__ não__	
Data								Assinatura do Profissional
PA								
Glicemia								
IMC								
Fatores de risco								
Circunferência Abdominal								
Última consulta com clínico								
Última consulta com oftalmologista								
Data dos últimos Ex. Laboratoriais								
Data último ECG								
Participação em GO	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	
Atividade física	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	
Segue Dieta	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	
Efeito colateral de medicamentos	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	
Etilista	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	Sim não	
Agendamento da próxima consulta médica								
Agendamento para GO								
Agendamento para Grupo de caminhada								
Agendamento com profissional do NASF								

GO: Grupo operativo ; GC: Grupo de caminhada; IMC: Índice de massa corporal

FONTE: Próprio autor.

4.1.2 BUSCA ATIVA

As Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) se propuseram a reavaliar as visitas domiciliares com o propósito de questionar os componentes da família ou os próprios pacientes o uso ou não dos medicamentos prescritos, se sabiam da data do grupo operativo, se houve internações e por qual motivo. Perguntaram ainda, se seguiam ou não a dieta prescrita, se fazia ou não atividades físicas, se sabiam ou não do grupo de caminhada e por fim realizavam a promoção da saúde argumentando a importância da mudança dos hábitos de

vida e as implicações do não controle adequado da hipertensão ou do diabetes. Preencheram parte da tabela acima, ajudando a configurar os pacientes que não compareceram à unidade de saúde e que normalmente procuram ajuda quando de complicações.

4.1.3 PREVENÇÃO

As atividades educativas também foram programadas pela equipe. Foram escolhidos temas pertinentes aos fatores de risco para DCV. Foram escolhidas estratégias pedagógicas que permitissem a participação dos pacientes. Ocorreu o envolvimento de todos componentes da equipe que utilizaram seus saberes individuais, característicos de cada profissão na abordagem do tema proposto. Foram abordados a importância do uso correto de medicamentos, dieta saudável, implicações do tabagismo, uso de bebidas alcoólicas e do estresse, sempre reforçando a prevenção de doenças e manutenção da saúde.

4.1.4 PACTUAÇÃO DAS ATIVIDADES PARA ATENDIMENTO DOS PACIENTES HIPERTESOS E DIABÉTICOS.

Todos os membros da equipe têm a clareza das atividades que podem exercer dentro da especificidade de sua formação profissional e de sua competência, sempre respeitando a função do outro.

- **Agente comunitário de saúde**

Após reunião com a equipe foi reforçado a importância das ACSs que servem como elo entre a comunidade e a UBS. As funções do ACS estão muito claras e bem definidas pelo Ministério da Saúde. Foi pactuado que durante as reuniões com o NASF os agentes apresentariam os pacientes prioritizados relatando a sua necessidade de acompanhamento especializado. Estes pacientes seriam agendados e teriam prioridade para uma consulta ou um encaminhamento mais rápido ou mesmo uma visita domiciliar do médico, enfermeira ou um componente do NASF. Depois compartilhar com o paciente a terapêutica proposta para que o mesmo seja e esteja ciente de que também é responsável pelo sucesso ou não do tratamento. Afinal o que está em jogo não é uma saúde ideal, objeto de uma fantasia científica, mas a saúde singular do indivíduo singular que está ali sendo tratado (MARTINS, 2004).

- **Auxiliar de Enfermagem**

Coube aos auxiliares de enfermagem, verificar os níveis da PA, peso, altura, circunferência abdominal e registrá-lo na tabela. A partir daí agendar consulta com a enfermeira ou com o médico além de informar os dias do grupo operativo (GO) ou grupo de caminhada (GC). Orientar sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, sobretudo ao abandono do tabagismo, dieta saudável e atividades físicas. Encaminhar os pedidos de exames e solicitações de encaminhamentos para os serviços de referência. Avaliar os estoques da medicação de emergência seguindo orientações da enfermeira e da farmacêutica do NASF. Fornecer medicamentos aos pacientes explicando-lhes sobre o horário, dosagem e importância seguir as recomendações e o autocuidado.

- **Enfermeiro**

Com o enfermeiro, ficaram estabelecidas as atividades de orientar e capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, de forma permanente. Ainda, realizar consultas, participar dos grupos operativos como coordenadora, realizar curativos ou orientar como fazê-lo, fazer visitas domiciliares, avaliar a necessidade de encaminhamento para o médico, coordenar as prioridades das consultas e grupos de caminhadas. Ficou ainda responsável por solicitar exames laboratoriais estabelecidos pelos protocolos da secretaria de saúde do município, avaliar e solicitar juntamente com os farmacêuticos medicamentos necessários na urgência e solicitar manutenção de aparelhos usados na consulta médica (otoscópios, esfigmomanômetros, glicosímetros, termômetros, etc.).

- **Médico**

Após definição de prioridades, os pacientes foram encaminhados para a consulta médica. Foram reavaliados os fatores de risco destes pacientes e possíveis lesões em órgãos alvos com a finalidade de classificação do perfil de risco do paciente. São solicitados aos pacientes, novos exames quando necessário e são avaliados os que já foram feitos. Ainda cabe ao médico, avaliar o progresso do tratamento e se atingiram ou não as metas propostas. Frequentemente, são solicitados encaminhamentos definidos por protocolos ou outros dependendo de comorbidades ou LOA. Nas visitas domiciliares além da avaliação do paciente, observa-se com mais atenção o ambiente, luminosidade, posição de móveis, higiene e são dadas ao paciente e cuidadores orientações tais como noções básicas de dieta saudável,

posição adequada do paciente no leito, manutenção de um ambiente tranquilo e principalmente orientações quanto a responsabilidade legal em caso de maus tratos. O envelhecimento da população provoca aumento das doenças crônico-degenerativas e conseqüentemente a necessidade de pessoas que se responsabilizem por estes pacientes. As atribuições do cuidador devem ser pactuadas entre a equipe e a família, democratizando saberes, poderes e responsabilidades.

4.1.5 QUALIFICAÇÃO DA CONSULTA

Sabemos que a consulta na maioria das vezes fica prejudicada pela alta demanda e pela pressão dos gestores por produção. Infelizmente o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil ainda é centrado no hospital e no saber médico (BRASIL,2012). Ainda é comum o paciente ficar insatisfeito e irritado por não ter conseguido consultar com o médico gerando um ambiente de tensão na recepção. Com a implantação do acolhimento bem estruturado e a informação diária de como funciona o novo atendimento, o número de consultas poderá diminuir e a qualidade do serviço prestado poderá melhorar. As filas tendem a diminuir e o tempo de espera também com a adoção de critérios de risco.

O Programa de Educação Permanente (PEP) trouxe a possibilidade de discutir, dividir dúvidas e somar conhecimentos. Mudar a filosofia do atendimento seguindo os preceitos da Política Nacional de Humanização é necessário. É fundamental o paciente saber o que tem, saber os riscos que corre, os medicamentos que toma, efeitos colaterais, opções de tratamento e a relação de tudo isso com seu modo de vida, família, emprego, religião e lazer. A consulta compartilhada já é uma prática comum na unidade.

4.1.6 ORGANIZAÇÃO DOS GRUPOS OPERATIVOS

Devido à alta demanda espontânea, os grupos operativos funcionavam basicamente como troca de receitas. Eram trocadas receitas de pacientes que há meses nem conferiam a PA ou a glicemia. Reformulamos o grupo operativo para hipertensos e diabéticos e assim foi definido como terapêutico-educacional. Foi definido um número de dez pacientes por grupo. Os convites foram entregues nas visitas domiciliares pelas ACSs mostrando o local e hora. Os pacientes levavam a última receita e exames realizados. Hoje, é verificado o peso, altura, PA, glicemia, medida da cintura abdominal. Preenchido a ficha de acompanhamento do

hipertenso e diabético. Aqueles que não se enquadrarem nas metas propostas seriam agendadas consultas prioritárias com o médico ou com a enfermeira.

Verificando a deficiência em determinada área, o paciente é encaminhado para consulta com um dos especialistas do NASF. Após os procedimentos são verificadas dúvidas quanto ao uso correto dos medicamentos, efeitos colaterais esperados, a importância da continuidade dos mesmos. Sempre tentamos da maneira mais simples possível, esclarecer qual é a patologia que têm e os fatores de risco que possuem e qual a relação entre eles. Estamos questionando e aprendendo com o grupo, qual a maneira mais adequada de abordagem do cuidado, em função do nível da educação do grupo, do nível econômico ou cultural.

As questões são abertas, discutidas e coordenadas para que todos tenham oportunidade de se expressar. Todos os detalhes são registrados, até mesmo expressões negativas ou positivas sobre determinado assunto e posteriormente analisados. A exposição de alguns são certamente problemas comuns a todos e a resposta ou proposta de outros pode ser a solução ou melhora da qualidade de vida de outros. O grupo é uma unidade que se comporta como uma totalidade e vice-versa (ZIMERMAM, 2007). O conceito de Grupo Operativo nasceu quando Pichon-Rivière, durante uma greve do pessoal de enfermagem do hospital de La Mercês na Argentina, colocou pacientes menos comprometidos para assistir aos mais comprometidos com a finalidade de amenizar a crise estabelecida e observou melhora significativas em ambos os grupos (DIAS; CASTRO, 2006). Para ele, é impossível conceber uma interpretação do ser humano sem levar em conta seu contexto, ou a influência do mesmo na constituição de diferentes papéis que assume nos diferentes grupos por que passamos.

4.1.7 VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares (VD) realizadas pelas ACSs são consideradas um marco nas ações de saúde pública brasileira por ser um elo que faltava na aproximação efetiva da realidade da comunidade e as ações das UBS. O objetivo inicial era diminuir a mortalidade infantil e a mortalidade materna principalmente nas regiões norte e nordeste.

O Programa Saúde da Família (PSF) incorporou o ACS e a VD como estratégia de abordagem ao indivíduo, a família e à comunidade (práticas pedagógicas em atenção básica à Saúde). A VD realmente é um momento especial onde se pode conhecer a origem de muitas patologias e a origem de muitas respostas ao não controle adequado dos tratamentos propostos. Durante a VD pode-se observar a relação do paciente com familiares ou cuidadores, a higiene local, presença de vizinhança amigável ou não, a coleta de lixo,

presença de fossas, roedores, condições de animais de estimação. São ainda observados o tipo de água ingerida (tratada ou não), exposição solar, armazenamento dos medicamentos, acomodações adequadas e condições de saúde dos outros familiares que possam e comumente afetam a saúde do paciente visitado.

É fundamental conhecer o modo de vida do paciente para proporcionar um tratamento diferenciado ou adaptado conforme suas crenças e recursos sem deixar de lado o conceito de integralidade do tratamento.

Além disso, a VD permite uma aproximação mais íntima, afetuosa e segura o que proporciona um aprofundamento nas raízes de muitos problemas crônicos que uma simples consulta em um consultório nunca poderia descobrir. A partir desses conceitos foi realizada uma maior valorização da VD por todos da equipe sempre procurando relacionar o sucesso ou o fracasso do tratamento com particularidades intradomiciliares que seriam discutidas nas reuniões com o grupo do NASF.

4.1.8 PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO COM O NASF

O Ministério da Saúde cria através da portaria GM/MS Nº:154 de 24 de janeiro de 2008 e republicada em 04 de março de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com o objetivo de ampliar a abrangência das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. Este apoio matricial proporciona agilidade em muitas intervenções que levariam dias pela via de referência e contrarreferência.

Atualmente o trabalho em equipe é realizado em todas as áreas e sem dúvida nenhuma seria diferente na área da saúde onde a abordagem multidisciplinar é essencial. Apesar da importância de se trabalhar em equipe ainda é muito difícil devido as diferenças do modo de agir e pensar das pessoas. Trabalhar com as diferenças exige tempo e compreensão. Mas através do diálogo é possível romper barreiras e realizar um trabalho muito bom com empenho e cooperação de todos os membros da equipe. O respeito mútuo e a liberdade de expressão são ferramentas importantíssimas para manter a harmonia do grupo e evitar as desavenças. Deve-se sempre fazer um alinhamento dos conhecimentos sobre determinada patologia para que todos falem a mesma linguagem.

Para Piancastelli, Faria e Silveira (2008, p. 46) o trabalho em equipe é um “conjunto ou grupo de pessoas com habilidades complementares, comprometidas umas com as outras pela missão comum, objetivos comuns (obtidos pela negociação entre os atores sociais envolvidos) e um plano de trabalho bem definido”.

O NASF sem dúvida foi de fato um grande avanço na melhora da qualidade do tratamento não somente de hipertensos e diabéticos, mas em toda a dinâmica das ações da unidade. A partir da reestruturação dos serviços, pacientes que não faziam atividades físicas ou faziam inadequadamente eram agendadas com a fisioterapeuta; outros que não tomavam corretamente ou não pegavam os medicamentos eram orientadas pela farmacêutica; alguns que apresentavam distúrbios emocionais que dificultavam o tratamento eram agendados coletivamente ou individualmente com a psicóloga. A assistente social passou a ajudar nos conflitos familiares e assistir os cuidadores na questão de medicamentos, fraldas e locomoção para hospitais, ou consultas especializadas quando necessário. O nutricionista assumiu acompanhamento e monitoramento dos pacientes desnutridos, com sobrepeso e os obesos. Nas reuniões quinzenais são discutidos os pacientes que fogem das metas assinaladas na ficha de acompanhamento e é então proposto o atendimento em grupo para este paciente.

4.1.9 CRIAÇÃO DE GRUPOS DE CAMINHADAS

Fo criado o grupo de caminhada na área da associação dos moradores. Esta atividade é coordenada pela fisioterapeuta que além de promover e estimular as atividades físicas coletivas ou individuais é também um lugar onde se propõe a interação e troca de saberes entre os próprios pacientes. São programadas atividades lúdicas como dança, jogos e teatros relacionados ao cotidiano das pessoas mas que abordem questões de saúde, higiene, relacionamento familiar, drogas, violência, e respeito mútuo. Durante as atividades (caminhadas, danças, etc.), são tiradas dúvidas individuais de uma maneira aparentemente casual (informal), mas que às vezes fixam melhor do que se fossem feitas no consultório. Como se fosse uma conversa entre amigos (o que deveria sempre ser a humanização).

4.1.10 PROGRAMA DE NUTRIÇÃO

Durante as consultas temos o hábito de orientar os pacientes a fazer uma dieta adequada ou praticar atividades físicas. Sentimos uma falsa sensação de alívio quando o paciente sai do consultório. A resposta dos pacientes para esta recomendação é quase sempre a mesma: “mas eu já estou fazendo dieta”. Qual dieta? Qual alimentação? Qual quantidade de sal? Qual quantidade de carne vermelha ou de gordura? Está ganhando ou perdendo peso? Está se hidratando adequadamente? Urinando adequadamente? Após discutirmos estas

questões foi programado fornecer para todo paciente, principalmente para aqueles que se encontra em um risco maior de eventos cardiovasculares, uma cartilha de noções básicas como atingir o IMC adequado, aumentarem a ingestão de alimentos ricos em potássio (melão, mamão, banana, abacaxi, abacate, maracujá, laranja, água de coco, feijão, lentilha, abóbora, cenoura, mandioca, cará, batata doce, tomate, espinafre, etc.). Propõe-se diminuir o sal até o máximo de 6g por dia, o que equivale a uma colher de chá rasa. É orientado fazer 5 refeições diárias por dia, evitar enlatados, frituras, embutidos, conservas, gorduras e salgadinhos tipo “chips”. Há pouco tempo a nutrição era um fator relacionado à falta de dinheiro e hoje está relacionado à qualidade dos alimentos. O resultado é que trocamos a desnutrição pela obesidade. O uso e abuso de bebidas alcoólicas também é um dos grandes problemas encontrados na região e este assunto será coordenado pela psicóloga que dará suporte aos percalços que levam algumas pessoas a exagerarem na bebida.

4.1.11 PALESTRAS EDUCATIVAS

Com a introdução do NASF propusemos a realizar palestras aproveitando saberes individuais dos seus integrantes. Quinzenalmente um profissional falaria sobre um tema relacionado à hipertensão arterial, diabetes, ou fatores de risco como tabagismo, obesidade, atividades físicas e nutrição. Estudamos na literatura para saber como seria a melhor forma de realizar esta tarefa.

Seguindo orientações de David Zimmerman (2007) o tamanho de um grupo não pode exceder ao limite que ponha em risco a indispensável preservação de comunicação, tanto visual, como auditiva e a conceitual. Deve-se levar em conta a preservação do espaço (os dias e o local certo das reuniões), de tempo (horários, tempo de duração das reuniões, etc).

Para melhor divulgação foi construído um quadro com letras grandes mostrando o tema, o horário, o nome do palestrante, duração da palestra. Pacientes específicos e suas famílias eram especialmente convidadas, dependendo do grau de dificuldade relacionado com o tratamento proposto e o grau de influência que o tema afetaria na melhora de seu tratamento. Sabemos por exemplo que o tratamento de um obeso tem que ser abordado em todo o contexto familiar. Um alcoólatra ou um tabagista dificilmente deixará de beber ou fumar sem o apoio familiar. A cura ou a estabilidade de um paciente com distúrbio mental será facilitada com o conhecimento dos sintomas de determinada doença pelos familiares.

4.1. 12 PLANILHA PARA AVALIAÇÃO DO PLANO PROPOSTO

Enquanto aguardamos a informatização do sistema para realização e implantação do prontuário eletrônico (e-SUS AB ou do SISHIPERDIA) para avaliação e controle dos pacientes, foi proposto pela equipe elaborar uma planilha para avaliação dos resultados ou metas a serem atingidas em seis meses e um ano.

Quadro 11- Risco cardiovascular aumentado – Planilha de Acompanhamento

	INDICADORES MOMENTO ATUAL EM 6 MESES		EM UM ANO		NÚMERO	%
	NÚMERO	%	NÚMERO	%		
HIPERTENSOS ESPERADOS						
HIPERTENSOS CADASTRADOS						
HIPERTENSOS CONFIRMADOS						
HIPERTENSOS ACOMPANHADOS CONFORME PROTOCOLO						
HIPERTENSOS CONTROLADOS						
DIABÉTICOS ESPERADOS						
DIABÉTICOS CADASTRADOS						
DIABÉTICOS CONFIRMADOS						
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS CONFORME O PROTOCOLO						
DIABÉTICOS CONTROLADOS						
PORTADORES DE DISLIPIDEMIA						
OBESOS						
TABAGISTAS						
SEDENTÁRIOS						
COMPLICAÇÕES DE PROBLEMAS CARDIOVASCULARES						
INTERNAÇÕES POR CAUSAS CARDIOVASCULARES						
ÓBITOS POR CAUSAS CARDIOVASCULARES						

FONTE: MÓDULO- PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO EM AÇÕES DA SAÚDE – NESCON- UFMG (CAMPOS ,2012)

Esta ficha começará a ser preenchida a partir do início de 2014 após novos dados obtidos do SIAB e pela própria equipe. Servirá para acompanhar a proposta de intervenção pactuada com a equipe e se está sendo eficiente, mostrando que eventuais mudanças poderão ser feitas com os resultados obtidos.

5 CONCLUSÃO

A hipertensão arterial e o diabetes continuarão sendo por muitos anos patologias e fatores de risco para doenças cardiovasculares mais importantes em termos de saúde pública. São patologias de alta prevalência e pouco controle. São doenças que se caracterizam por provocarem complicações irreversíveis como a cegueira e acidentes vasculares cerebrais se não forem adequadamente tratadas. Os fatores de risco, incluindo o próprio DM e a HAS têm um efeito multiplicador quando associados. Tanto é verdade que o controle rigoroso da PA nos diabéticos aumenta sua sobrevida e a PA e o DM controlados diminuem as doenças cardiovasculares.

O número de pacientes diabéticos e hipertensos na área de atuação da Equipe Asteca é muito grande e acompanha as estatísticas mundiais. Apesar de existirem outros problemas diagnosticados na região, o impacto das doenças cardiovasculares se sobrepõe por ser a principal causa de morbimortalidade na população brasileira.

Atualmente temos quase todas as ferramentas para melhorar a cada dia o atendimento a esses pacientes que são na maioria carentes de quase tudo. Apesar de todas as dificuldades relacionadas ao desinteresse da saúde pública pelos gestores e a falta de compromisso de muitos funcionários das equipes, ainda assim temos perspectivas de melhoras.

Sabemos que as modificações do estilo de vida das pessoas são fundamentais para a prevenção e tratamento da hipertensão e do diabetes e conseqüentemente doenças cardiovasculares e suas complicações. São procedimentos que temos muita governabilidade para desenvolver em curto e médio prazo e que trará resultados importantes se feitos com critério e organização.

A criação das equipes de saúde da família pelo MS foi o marco inicial. Antes considerado uma monocultura com o modelo médico assistencial privatista, hoje é um canteiro onde se pode cultivar muitas boas idéias e é o que temos visto acontecer nas últimas décadas. Com a visão mais aberta sobre a doença e seus determinantes vemos os fatores de risco como o obstáculo a ser enfrentado tendo em vista o crescimento das doenças crônico-degenerativas advindas com a mudança do perfil epidemiológico.

As mudanças no estilo de vida contam com estratégias muitas vezes baratas e aumentam a eficácia do tratamento medicamentoso, além do objetivo principal que é a redução do risco cardiovascular. A presença da simultaneidade dois ou mais fatores de risco em um mesmo indivíduo reforça a idéia que as ações para redução dos riscos devem ter uma abordagem multidisciplinar. A estratificação de risco cardiovascular é uma ferramenta útil que permite

tratamentos diferenciados para pacientes com diferentes níveis de PA ou fatores de risco. Permite também, estabelecer uma melhora na organização do trabalho, utilizar saberes na hora certa e para a pessoa certa. O entendimento de novos conceitos sobre acolhimento, grupos operativos, humanização, visitas domiciliares, trabalho em equipe e principalmente a participação do usuário nas decisões que serão tomadas mudará para melhor o prognóstico da hipertensão e do diabetes.

As modificações para melhoria das ações em atenção básica ainda são lentas, mas um dia serão rápidas e teremos universidades, hospitais e unidades de saúde monumentais e médicos, enfermeiras, psicólogos, nutricionistas e ACSs fenomenais.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Luana, S et al.; Atenção da Enfermeira à Saúde Cardiovascular de Mulheres Hipertensas. Esc Anna Nery **Rev Enferm** abr-jun; 13 (2): 2009 265- 70.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes** – 2011. Diabetes Care 2011;34(Suppl 1):S11-S61.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA (ABESO). **Diretrizes Brasileiras de Obesidade**, 2010

AVEZUM, Álvaro.; PIEGAS, Leopoldo, S.; PEREIRA, Júlio, C, R.;- **Fatores de risco associados com IAM na região metropolitana de São Paulo. Uma região desenvolvida em um país em desenvolvimento** – São Paulo, SP, 2005.

BARRETO-FILHO, José A, S.; KRIEGER, José E.; Genética e hipertensão arterial: Conhecimento aplicado à prática clínica?Fonte: **Rev. Soc. Cardiol.** Estado de São Paulo;13(1):46-55, jan.-fev. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde- Secretaria de Atenção à Saúde –**Diabetes Mellitus** - Departamento de Atenção Básica- Caderno de Atenção Básica-nº 16, Brasília – DF, 2006a

_____. Ministério da Saúde - **Hipertensão Arterial Sistêmica** - Caderno de Atenção Básica-nº 15, BRASÍLIA – DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Primária 29 – **Rastreamento** . Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília DF, 2010 .

_____. Ministério da Saúde. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA)/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS), **Pesquisa Especial de Tabagismo – PETab Relatório Brasil , Rio de Janeiro - RJ**, 2011. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/control_cancer e <http://www.inca.gov.br>

_____. Ministério da Saúde - **Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA – Situação do Tabagismo no Brasil**. Dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância do Tabagismo da Organização Mundial da Saúde realizados no Brasil entre 2002 e 2009, R J , 2 0 1 1a.

_____. Ministério da Saúde - **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** - Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2011b.

_____. Ministério da Saúde. Brasília- DF, 2012 Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 1. Brasília DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. PREVENÇÃO CLÍNICA DE DOENÇA CARDIOVASCULAR, CEREBROVASCULAR E RENAL CRÔNICA. **Cadernos de Atenção Básica** - n.º 14 Brasília – DF 2006a

CAMELO, Silvia, H. H. et al. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto, 2000. **Rev. Latino-am. enfermagem** – Ribeirão Preto – v. 8 – n.4 – p. 30-37 – agosto 2000 30.

CAMPOS, Alessandro, R.; PEDROSO, Maria, A, G. RELEXOS DA TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES NO SUS EM MINAS GERAIS, 2010.

http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2010/D10A011.pdf.

Acessado em 12/10/13.

CAMPOS, Francisco, C, C.; FARIA, Horácio, P.; SANTOS, Max, A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde**, Belo Horizonte, Nescon, UFMG, 2012.

CESARINO, Cláudia, B. et. al. - Prevalência e fatores sócio demográficos em hipertensos de São Jose do Rio Preto. **ArqBras Card.** 2008; 91(1):31-5.

CHAIMOWICZ, Flávio et al.; Saúde do idoso, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, UFMG. Belo Horizonte, Editora Coopmed 2009.

COLLUCCI, Cláudia. **Brasil pesquisa influência da genética na pressão alta**. FOLHA DE SÃO PAULO Coluna Equilíbrio e Saúde, 30 de setembro de 2013.

COLOMBO, Cunha, R.; AGUILLAR, Olga, M. ESTILO DE VIDA E FATORES DE RISCO DE PACIENTES COM PRIMEIRO EPISÓDIO DE INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 5 - n. 2 - p. 69-82 - abril 1997.

DALLARI, Dalmo de Abreu . *Direitos humanos e Cidadania*. São Paulo: Moderna, 1998. P.14.

DIAS, Ruth, B.; CASTRO, Fábio, M. **Grupos Operativos**. Estudos em Saúde da Família. AMMFC: Belo Horizonte, 2006. Disponível em

<http://www.smmfc.org.br/gesf/goperativo.htm>. Acesso em 10/09/2013

DOBSON, M. "Nature of the urine in diabetes". *Medical Observations and Inquiries* 5: 298–310. 1776. Disponível em : http://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus . Acesso em 10/10/2013.

EYKEN, Elisa, B, B,D, V.; Moraes,Cláudia, L.Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares entre homens de uma população urbana do Sudeste do Brasil, 2009. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol.25, n.1, pp. 111-123. ISSN 0102-311X. 2009

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100012>. Acesso em 10/09/2013

FERMINO, Rogério, C. et al. Fatores genéticos na agregação familiar da pressão arterial de famílias nucleares portuguesas, **Arq. Bras. Cardiol.** v.92 no.3 São Paulo Mar.2009.

FRANCO, Túlio, B; MERHY, Elias. PSF. **Contradições e novos desafios**. Conferencia Nacional de Saúde On-Line, abril, 2003.

GONÇALVES, Ana, M. et al. Miocardiopatia alcoólica – significado clínico e prognóstico. **Artigos de Revisão**. Serviço de Medicina I – Sector C do Hospital de Santa Maria, Lisboa vol. 12, Nº 2 | ABR/JUN 2005.

HU Frank B. et al. Diet, life-style and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. **N Engl J Med**, 2001; 345: 790-7.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, **IDF DIABETES ATLAS**, fifth edition, 2012 update, The latest global and regional diabetes statistic, 2013. www.idf.org/diabetes-atlas.

INTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, 2010

LESSA, Ínes . Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica e da insuficiência cardíaca no Brasil. **Rev. bras. hipertens**;8(4), out.-dez. 2001.383 392

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes.; Controle do Estresse e Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev. Bras. Hipertensão** v.14(2): 89-93, 2007.

LOTUFO, Paulo Andrade. O escore de risco de Framingham para doenças cardiovasculares. **Rev Med** (São Paulo). 2008 out.-dez.; 87(4): 232 - 7.

MARTINS, André. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de Saúde. **Interface - Comunic.**, Saúde, Educ., v.8, n.14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

MEDEIROS, Flávia, A. **Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco** - Departamento de Odontologia , Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal-RN, Brasil. 2010.

MENDES, Vilaça, E. **O CUIDADO DAS CONDIÇÕES CRÔNICAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O IMPERATIVO DA CONSOLIDAÇÃO DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA**. Brasília-DF, 2012

NAKASATO, Miyoko. Sal e hipertensão arterial.**Rev.bras.hipertens**;11(2):95-97, abr.-jun. 2004.

NETO, Raimundo, M, N. **ATLAS corações do Brasil**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. v 1, P 59, 2005.

OLIVEIRA, Sônia, M, J, V et al. Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. **Texto contexto Enferm**, Florianópolis v.17 (2): 241-9 Apr./June 2008.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000200004>. Acesso em 02/09/2013

PESARO, Antônio, E, P; SERRANO Jr. Carlos, V; NICOLAU, José, C. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO – SÍNDROME CORANARIANA AGUDA COM SUPRADESNIVELAMENTO DO ST. **Rev Assoc Med Bras**; 50(2): 214-20, 2004

PIANCASTELLI, Carlos, H.; FARIA, Horácio, P.; SILVEIRA, Marília, R.**O Trabalho em Equipe** – Texto de apoio da unidade didática 1. Modelo Assistencial em Saúde Básica, Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

ROSINI, Nilton.; MACHADO, Marcos, J.; XAVIER, Hermes, T. **Estudo de Prevalência e Multiplicidade de Fatores de Risco Cardiovascular em Hipertensos do Município de**

Brusque, SC, Secretaria Municipal da Saúde de Brusque, *Universidade Federal de Santa Catarina e**Faculdade de Ciências Médicas de Santos - Brusque, SC – Florianópolis, 2005.

SCUTZ, Rodrigo. et al. Associações entre diferentes fatores de risco para doenças cardiovasculares e hipertensão arterial de pacientes com dislipidemia pertencentes a uma comunidade universitária* **Núcleo de Ensino e Pesquisa, Ensino e Assistência a Dislipidemia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (NIPEAD-HU-UFSC)** - RBAC, vol. 40(2): 97-99, 2008.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS – **Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e diabetes**, Belo Horizonte, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE – **Protocolo de Diabetes Mellitus e Atendimento em Angiologia e Cirurgia Vascular** – Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2010.

SILVA, Jorge, L, L; SOUZA, Solange, L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 06, n. 03, p. 330-335, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SOCIEDADE BRASILEIRA de CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** 2010; 95 (1 supl.1): 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. IV Diretriz Brasileira sobre Dislipidemia e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia – v 88, suplemento 1, Abril 2007

SCHMIDT, Maria, Inês et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Publicado Online 9 de maio de 2011 DOI:10.1016/S0140- 6736(11)60135-9

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, **IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose Departamento de Aterosclerose**, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. **Tratamento e acompanhamento do DM**. Sociedade Brasileira de DM, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES . Diretriz da sociedade Brasileira de diabetes **Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus**, 2012-2013.

TAKEMOTO, Maíra, L, S; SILVA, Eliete, M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de Saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):331-340, fev, 2007.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben, A (Org.). O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. [Publicado em *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.. IMS-UERJ/ABRASCO*. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111].

ZIMERMAN, David. **A importância dos grupos na saúde, cultura e diversidade** - Vínculo v.4 n.4 São Paulo dez. 2007.

WIKIPÉDIA. http://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus.