

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

SAULO CORRADI BECHELAINE

**HIPERTENSÃO E DIABETES: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Ponto Chique / MG
2014

SAULO CORRADI BECHELAINE

**HIPERTENSÃO E DIABETES: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

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

Orientadora: Prof^a. Ivana Montandon Soares Aleixo

Ponto Chique / MG
2014

SAULO CORRADI BECHELAINE

**HIPERTENSÃO E DIABETES: ESTRATÉGIAS PARA MELHORAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

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

Banca Examinadora

Prof^a Ivana Montandon Soares Aleixo (Orientadora)

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (Examinadora)

Aprovada em Belo Horizonte, em ____/____/____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me proporcionar a oportunidade de atuar e me desenvolver nesta arte que é a medicina, aos meus familiares que, tão longe, me apoiam em cada caminhada, aos professores e orientadora do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais que tanto ajudaram ao longo do curso.

RESUMO

O município de Ponto Chique localizado no norte de Minas, às margens do rio São Francisco, possui uma população aproximada de 4.000 habitantes de nível socioeconômico muito baixo e carente de educação em saúde. Portanto, há a necessidade de detectar quais são as principais necessidades nesta importante área. Através de análise direta, conversa com os membros da equipe e entrevista com os usuários, foram definidos problemas a serem resolvidos. Após serem definidas as prioridades e a capacidade de enfrentamento de cada um, é escolhido o que deverá ser abordado. O diagnóstico situacional da ESF Antônio Colivan apontou a necessidade de maior adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica como principal meta para intervenção do serviço, tendo como alvo uma maior informação sobre a doença, incentivo a exercícios físicos, uso correto da medicação e maior atuação da equipe no enfrentamento destas patologias. Este trabalho representa uma proposta de intervenção da equipe da ESF Antônio Colivan sobre estratégias para melhorar a adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Hipertensão, educação em saúde.

ABSTRACT

The municipality of Ponto Chique located in northern of Minas Gerais, bordering São Francisco river, has a population of approximately 4,000 inhabitants of very low socioeconomic status and has a poor health education. Then, there is the need to detect which are the main needs in this important area. Through direct analysis, discussion with team members and interviews with users, problems to be solved were defined. After the priorities and coping ability of each being defined, is chosen which is going to be addressed. The situational analysis of the FHS Antonio Colivan pointed out the need for greater adherence of Diabetes Mellitus and Hypertension as a primary target for intervention service, targeting further information about the disease, encouraging physical exercise, proper use of medication and higher performance of the team in tackling these diseases. This work is a proposal for intervention Unit FHS Antonio Colivan staff on strategies to improve adherence to treatment of Diabetes Mellitus and Hypertension.

Keywords: Diabetes Mellitus, Hypertension, health education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ECG – Eletrocardiograma

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

PES – Planejamento Estratégico Situacional

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Apresentação das fontes selecionadas	14
Quadro 2	Ações desenvolvidas na ESF de controle e prevenção da HAS e DM	20
Quadro 3	Problemas Identificados na ESF Antônio Colivan	21
Quadro 4	Delineamento das operações	22
Quadro 5	Recursos críticos	23

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	JUSTIFICATIVA	11
3	OBJETIVO	13
4	METODOLOGIA	14
4.1	Crítérios de Inclusão e bibliografia selecionada	14
5	REVISÃO DA LITERATURA	15
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica	15
5.2	Diabetes Mellitus	16
5.3	Dificuldades para o controle e prevenção das doenças	18
5.4	Ações desenvolvidas na ESF de controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus	19
6	PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1	Identificação e priorização dos problemas	20
6.2	Identificação dos “nós críticos”	21
6.3	Ações propostas	22
6.4	Recursos críticos e atores	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
	REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Ponto Chique, localizada ao norte de Minas Gerais, na micro-região do vale do rio São Francisco, fica distante 450 km da capital do estado, Belo Horizonte. O município possuía em 2010, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), uma população de 3.966 habitantes, distribuída no segmento urbano e rural. A cidade vive basicamente do carvão, agricultura e pecuária. A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que se revezam a frente da administração municipal ao longo desses anos. A cidade tem forte tradição na área cultural e movimenta a região com duas grandes festas e ainda preserva suas festas religiosas.

A cidade apresenta hoje, 02 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a equipe Antônio Colivan e a equipe Augusto Ramos.

A ESF Antônio Colivan foi implantada em 2006. A unidade atende a 1923 habitantes em 508 famílias, sendo responsável pelo atendimento da totalidade da zona rural do município, além de parte dos habitantes da zona urbana. A equipe é formada por um médico, um enfermeiro, três técnicos em enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, um fisioterapeuta, uma nutricionista, um técnico em eletrocardiograma (ECG) e informática, um dentista, uma técnica em higiene bucal e duas auxiliares de serviços gerais. A unidade funciona de segunda a sexta, das 8h às 17h reservando uma hora para o almoço. Conta ainda com uma boa estrutura física com recepção, cinco consultórios, sala de curativo, sala de eletrocardiograma, sala de nebulização, sala de cuidados básicos, sala de gerência, cozinha e cinco banheiros, além de um amplo terraço.

Através de observação direta, discussão entre a equipe e entrevista com os usuários do sistema, foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles, acessibilidade dos usuários, demanda espontânea versus demanda programada, necessidade de consultas especializadas, alta rotatividade dos profissionais da unidade, principalmente de enfermeiros, e médicos e finalmente o problema eleito como prioridade que é a baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM).

A adesão ao tratamento é de suma importância para as doenças descritas, sua falta ou insuficiência pode levar a agravos sérios ou até a morte do portador. Sendo assim, alguns nós críticos foram delimitados, tais como a falta de informação da população que tem como causa o baixo nível de escolaridade dos pacientes, muitos analfabetos, pois muitos foram obrigados a abandonarem os estudos para trabalharem na infância. Outra causa seria a falta de explicação dos profissionais da saúde, a começar pelo médico na sua consulta e dos agentes de saúde no acompanhamento e visitas domiciliares o que leva a outro problema que é a falta de conhecimento dos próprios pacientes sobre sua doença, o que ela causa e a importância do tratamento correto. Outro problema é a falta de exercícios físicos que são fundamentais no enfrentamento de problemas de saúde. Ela tem como causas a falta de informação do paciente, de incentivo, e também da falta de companhia para a prática de exercícios.

Sabe-se que cada uma das medidas não farmacológicas, tais como redução de peso, consumo de dieta rica em frutas e vegetais, redução no consumo de bebidas alcoólicas, parar de fumar, redução no consumo de sódio, açúcar e a realização de exercícios físicos regularmente resulta em melhores níveis pressóricos e glicêmicos. A combinação dessas medidas resulta em melhores resultados. Estas medidas reduzem a pressão arterial, melhoram níveis glicêmicos, aumentam a eficácia dos fármacos e reduzem a mortalidade cardiovascular (LOPES; NETO, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

A HAS e o DM estão entre as doenças mais prevalentes e de maior relevância na população brasileira (LOPES; NETO, 2006). Além disso, o tratamento é de especial importância, pois são doenças com altos índices de morbimortalidade (LOPES; NETO, 2006).

A título de conceituação, a hipertensão arterial pode ser traduzida como o aumento dos níveis pressóricos acima do recomendado para uma determinada faixa etária e condição clínica. Para seu diagnóstico, deverão ser realizadas no mínimo duas aferições da pressão arterial com intervalo

de um a dois minutos entre elas. Dessa forma, o achado de medida da pressão arterial sistólica maior que 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior que 90mmHg para indivíduo adulto com base na média de duas ou mais aferições em diferentes visitas, com técnica e aparelho calibrado e com indivíduo em posição sentada define o diagnóstico. (LOPES; NETO, 2006 p 712)

Dentre as causas, sabe-se que fatores genéticos estão estreitamente envolvidos na HAS, porém ainda não se sabe com clareza como esses fatores interferem na etiopatogênese da hipertensão. Sendo uma doença complexa, é predominantemente poligênica e tem interação direta com fatores ambientais como tabagismo, ingestão de sódio, consumo de bebidas alcoólicas, estresse, obesidade e sedentarismo. Pode também ser secundária a uma doença como no feocromocitoma, causa renovascular, coarctação da aorta, doença renal crônica, hiperaldosteronismo primário, uso de medicações dentre outras (LOPES; NETO, 2006).

O DM é o resultado de uma secreção inapropriada de insulina pelas células beta pancreáticas, de defeitos na ação da insulina ou a associação desses dois distúrbios (LOPES; NETO, 2006). Não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, com etiologias diferentes, que apresentam em comum a hiperglicemia crônica acompanhada de alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. Dentre as causas destacam-se o componente genético e a auto-imunidade, além de fatores ambientais como infecções virais (rubéola, coxsackie e citomegalovírus), alimentares (introdução precoce ao leite de vaca e deficiência de vitamina D), toxinas, obesidade e sedentarismo (LOPES; NETO, 2006).

Devido a altos índices de morbidade e mortalidade, o tratamento correto dessas entidades se torna necessário para o paciente e para a saúde pública, pois são gastas enormes quantias em internações e tratamentos de comorbidades, valores que poderiam ser economizados com a atuação da atenção primária e a medicina preventiva. A condução incorreta de pacientes hipertensos e diabéticos pode acarretar em prejuízos temporários ou permanentes a saúde e queda na qualidade de vida dos mesmos.

A falta de adesão ao tratamento pode levar a sérios agravos como nefropatias, cardiopatias como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, neuropatias, oftalmopatias, cetoacidose, e até o coma. Alguns destes

agravos podem levar a danos irreversíveis aos pacientes ou até mesmo a morte (LOPES; NETO, 2006).

Sendo assim, é de responsabilidade da equipe de saúde garantir tratamento e consequentemente qualidade de vida aos usuários de sua área de abrangência.

Devido à falta de informação, incentivo ou mesmo desconhecimento da própria doença, muitos desses usuários não dão importância ao tratamento correto e continuado que deveriam, desencadeando outros problemas de saúde mais graves que poderiam ser prevenidos.

Por ser tão prevalente e cada vez mais incidente em nosso meio e, não diferente, na área de abrangência da ESF Antônio Colivan e por acarretar tantos danos à saúde dos usuários, torna-se necessária a resolução do problema pela equipe. Devido ao alto grau de necessidade encontrado na população adscrita à unidade (156 hipertensos e 22 diabéticos cadastrados), fez-se necessário um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento de DM e HAS.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Elaborar um plano operativo para efetivar a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus na ESF Antônio Colivan, na cidade de Ponto Chique - MG

Objetivos Específicos:

- Abordar através da literatura a análise de evidências científicas sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus;
- Identificar quais as dificuldades para o controle e prevenção das doenças;
- Conhecer quais as ações desenvolvidas na ESF de controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus
- Aumentar a adesão ao tratamento da Hipertensão e do Diabetes Mellitus.

4 METODOLOGIA

Propôs-se neste estudo, elaborar um plano de intervenção, baseando-se nas informações obtidas após a realização da revisão de literatura, para a implementação futura de ações que contribuam para a efetivação da adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da ESF Antônio Colivan.

Realizou-se uma revisão da literatura de saúde, mediante consulta em livros, manuais do Ministério da Saúde e nas bases eletrônicas de dados bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO). Os descritores empregados para a busca foram: Hipertensão Arterial Sistêmica, tratamento, Diabetes Mellitus.

4.1 Critérios de Inclusão e bibliografia selecionada

Todos os artigos que atenderam ao objetivo do estudo foram incluídos, compreendendo os artigos em português, no período de 2003 a 2013. Os que não atenderam aos critérios de inclusão, não foram utilizados.

Após o levantamento da bibliografia nos bancos de dados foram identificados 16 artigos e 4 livros, no entanto, após a leitura dos mesmos, foram selecionados 6 artigos e 3 livros. Todo o material bibliográfico foi analisado e discutido, com o objetivo de descrever sobre a adesão ao tratamento da HAS e do DM. A bibliografia selecionada está apresentada no quadro 1.

Quadro 1: Apresentação das fontes selecionadas.

Autor	Ano	Título	Gênero textual
Edelman, SV; Henry, RR	2003	Diagnóstico e Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2	Livro
Duncan, BB; Schimidt, MI;	2004	Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em	Livro

Giugliani, ER		Evidências	
Silva, FM; Silva, MM	2005	Diabetes Mellitus do tipo II nos dias atuais	Artigo
Lopes, AC; Neto, VA	2006	Tratado de Clínica Médica	Livro
Miranzi, SS, Ferreira, FS, Iwamoto, HH, Pereira, GA, Miranzi, MA	2008	Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família	Artigo
Pereira, JC, Barreto, SM, Passos, VM	2008	O perfil de saúde dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional	Artigo
Arbex, FS, Almeida, EA	2009	Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento	Artigo
Carvalho, MV, Siqueira, LB, Sousa, AL, Jardim, PC	2013	A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida	Artigo
Marques, MB; Silva, MJ; Coutinho, JF; Lopes MV	2013	Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado.	Artigo

Fonte: Autoria própria (2014)

Para a elaboração do plano de ação para a baixa adesão ao tratamento dos pacientes hipertensos e diabéticos da ESF Antônio Colivan foram realizadas as etapas de diagnóstico situacional através de observação direta, reuniões da equipe de saúde e entrevistas aos usuários, revisão bibliográfica e a elaboração de um plano operativo com base no método PES (planejamento estratégico situacional) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é uma doença crônica multifatorial, de detecção muitas vezes tardia por sua evolução lenta e silenciosa. A HAS é um dos principais fatores de risco cardiovascular e pode resultar em consequências graves a alguns órgãos como coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos, além de ser considerada um grave problema de saúde pública pela sua cronicidade, pelos altos custos com

internações, pela incapacitação por invalidez e aposentadoria precoce (CARVALHO *et al.*, 2012).

Na população abaixo de 60 anos, a prevalência da HAS varia, de acordo com a região estudada (22% a 44% no Brasil), sendo de 60% a 80% entre os idosos (CARVALHO *et al.*, 2012).

No Brasil, Miranzi *et al.* (2008) salientam que 17,6% das internações são em virtude da HAS e que são gastos com esse agravo 5,9% dos recursos dispendidos pelo SUS.

Os principais fatores de risco para a HAS incluem: hereditariedade, idade, raça, obesidade, estresse, vida sedentária, álcool, sexo, anticoncepcionais e alta ingestão de sódio. Outros fatores, tanto sociais quanto físicos, também são destacados, não por serem causadores da HAS, mas por estarem frequentemente associados a ela (baixo nível educacional, colesterol elevado e diabetes *mellitus*). Assim, pela sua estreita correlação com estilo de vida, a HAS pode ser evitada, minimizada ou tratada com a adoção de hábitos saudáveis (CARVALHO *et al.*, 2012).

Apesar das dificuldades na adesão ao tratamento, os avanços no conhecimento e a evolução obtida na terapêutica têm aumentado a expectativa de vida da população (PEREIRA; BARRETO; PASSOS, 2008).

Com a longevidade, é importante que os indivíduos mantenham a autonomia e a saúde, pois o envelhecimento aumenta o risco de doenças crônicas, sobretudo as cardiovasculares. Além disso, com o aumento da sobrevida dos pacientes com doenças crônicas e/ou graves, a qualidade de vida passou a ser mais valorizada e a importância de sua avaliação foi reconhecida e incorporada aos ensaios clínicos. As informações sobre qualidade de vida dos hipertensos, em estudos nacionais, ainda é escassa, e dados comparativos com a população geral são importantes dentro desse contexto (ARBEX; ALMEIDA, 2009).

5.2 Diabetes Mellitus

O DM é uma doença caracterizada por hiperglicemia crônica, acompanhada de distúrbios de carboidratos, proteínas e gordura; como resultados de defeitos da

secreção e/ou ação da insulina. A longo prazo, a doença leva à disfunção e falência de vários órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Os referidos autores ainda afirmam ser o DM tipo I o resultado da destruição das células β - pancreáticas, geralmente ocasionando deficiência absoluta de insulina (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004).

De acordo com Edelman e Henry (2003), o DM tipo II é caracterizado pela diminuição da secreção pancreática de insulina e/ou resistência periférica à insulina (acentuada redução da sensibilidade dos tecidos alvo aos efeitos metabólicos da insulina). A produção hepática de glicose aumentada também pode ser uma característica de DM tipo II, entretanto, é considerada secundária aos dois primeiros fatores, considerando que geralmente os pacientes com este tipo de diabetes, apresentam excesso de peso e possuem idade superior a 40 anos. Os mesmos autores relatam que sua etiologia é, portanto, a obesidade (principalmente a central ou visceral); o modo de vida sedentário e uma dieta rica em gorduras; além do processo de envelhecimento, especialmente em indivíduos geneticamente suscetíveis.

Silva e Silva (2005) referem-se às complicações da hiperglicemia a longo prazo que podem se desenvolver em pacientes com DM tipo II e incluem: doença macrovascular (doença arterial coronariana; doença vascular periférica e doença cerebrovascular); doença microvascular (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabéticas; disfunção sexual), além do transtorno do pé diabético. Um agravante para a doença macrovascular é a dislipidemia presente em alguns destes pacientes, além de que a aterosclerose se desenvolve em idade precoce, se acelera mais rapidamente e é mais extensa.

Edelman e Henry (2003) afirmam que o tabagismo e a falta de exercícios contribuem em grande escala para a doença macrovascular (mesmo na população não diabética). A insuficiência renal pode aumentar o risco e acelerar a doença macrovascular. Este risco pode ser diminuído adotando-se medidas como controle de peso (em pacientes obesos), como também exercícios aeróbicos apropriados. Na doença microvascular, a retinopatia faz-se frequente em indivíduos com 20 anos ou mais de doença, sendo que o desenvolvimento e progressão também dependem da duração e severidade da hiperglicemia, sendo piorada pela hipertensão; não

apresentando sintomas até que tenha atingido um grau avançado, sendo, portanto, detectada quando os pacientes referem problemas visuais (SILVA; SILVA, 2005).

Ainda segundo Silva e Silva (2005), a nefropatia diabética é progressiva (atinge 20% dos pacientes diabéticos por 20 anos ou mais), apresentando como primeiro sinal a microalbuminúria (que também está associada à doença da artéria coronária em pacientes com DM tipo II); além da hiperfiltração indicada por elevação da creatinina. Após detectar-se proteinúria, culminando com a insuficiência renal.

Edelman e Henry (2003) apontam que os fatores determinantes para sua progressão são a hipertensão; a hiperglicemia crônica não controlada; infecção e obstrução do trato urinário e ingestão de drogas nefrotóxicas. Silva e Silva (2005) afirmam que a neuropatia diabética é uma das complicações a longo prazo mais comuns, acometendo cerca de 50% dos pacientes após 20 anos de doença sendo que sua apresentação é de forma variada, dependendo de sua localização em fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômica, podendo ser assintomática até fisicamente incapacitante. Seu aparecimento identifica indivíduos em risco de desenvolver lesões e conseqüentemente, amputações em membros inferiores, considerando também que a impotência e ejaculação retrógrada são complicações frequentes no homem com diabetes e na mulher, podem ocorrer dispareunia e redução da libido. O pé diabético é responsável por 40 a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores; sendo precedidas de ulcerações decorrentes principalmente da neuropatia periférica, traumatismos e deformidades (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2004).

5.3 Dificuldades para o controle e prevenção das doenças

Um dos aspectos relevantes para o tratamento da HAS e do DM é o autocuidado, pois beneficia o estado de saúde, reduzindo custos decorrentes de internações e complicações. O autocuidado exige mudanças de comportamento em função das quais, somadas às orientações e ao uso de medicamentos, se espera a estabilidade da doença, além de ser ação que envolve parceria entre o profissional

de saúde e o portador. O autocuidado pode ser compreendido como uma prática executada pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida e do bem-estar, sendo elemento-chave na manutenção adequada de cuidados em patologias crônicas passíveis de avaliação (MARQUES *et al.*, 2013).

A capacidade do indivíduo para o engajamento no autocuidado está condicionada a fatores como: idade, estado de desenvolvimento, experiência de vida, orientação sociocultural, saúde e recursos disponíveis. Nesse sentido, as ações dos profissionais de saúde na atenção ao portador de DM devem respeitar os fatores citados. Em relação à idade, é relevante pontuar que idosos portadores de DM devem participar de forma ativa na manutenção do tratamento, sendo corresponsáveis no processo de atenção à saúde, desenvolvendo competências para ações de autocuidado (MARQUES *et al.*, 2013).

A maior dificuldade em controlar doenças como as supracitadas é a adesão do paciente ao tratamento através da educação em saúde que tem como principais disseminadores os profissionais que trabalham na atenção básica. Essa dificuldade vem principalmente dos baixos níveis socioeconômicos, baixo grau de escolaridade, desconhecimento da doença e do tratamento, idade avançada e falta de cuidado por parte dos familiares. Portanto, faz-se necessária uma maior intervenção por parte dos profissionais de saúde para garantirem uma maior adesão dos usuários.

5.4 Ações desenvolvidas na ESF de controle e prevenção da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

A unidade de saúde faz seu papel no controle e prevenção da HAS e do DM por meio de consultas agendadas e de livre demanda, visitas domiciliares conforme a demanda que varia entre dez a quinze visitas por mês e reuniões para ministrar palestras aos usuários de uma a duas vezes por mês (Quadro 2).

Quadro 2: Ações desenvolvidas na ESF de controle e prevenção da HAS e DM

	Consultas	Frequência
Controle e prevenção da HAS	60 Consultas / mês	5 Consultas / dia
Controle e prevenção da DM	15 Consultas / mês	1 Consulta / dia
Visitas domiciliares	15 Visitas / mês	4 Visitas / semana
Reuniões e palestras	2 Palestras / mês	2 Palestras / mês

Fonte: Autoria própria (2014)

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificação e priorização dos problemas

A ESF Antônio Colivan, na cidade de Ponto Chique – MG atende 508 famílias e 1923 pessoas. E as doenças que mais acometem a população atendida são a hipertensão e o Diabetes Mellitus.

Através de observação direta, discussão entre a equipe e entrevista com os usuários do sistema, foram identificados alguns problemas que a comunidade enfrenta, dentre eles, acessibilidade dos usuários, demanda espontânea versus demanda programada, necessidade de consultas especializadas, alta rotatividade dos profissionais da unidade, principalmente de enfermeiros, e médicos e finalmente no problema eleito como prioridade que é a baixa adesão ao tratamento de HAS e DM como se pode ver no quadro 3.

Quadro 3: Problemas Identificados na ESF Antônio Colivan

Problema	Importância	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão ao tratamento de Hipertensão e Diabetes Mellitus	Alta	Parcial	1
Demanda espontânea x demanda programada	Alta	Dentro	2
Acessibilidade dos usuários	Médio	Parcial	3
Necessidade de consultas especializadas	Médio	Fora	4
Alta rotatividade de médicos e enfermeiros	Médio	Fora	5

Fonte: Autoria própria (2014)

6.2 Identificação dos “nós críticos”

Depois de identificar o problema, que no caso do trabalho é a baixa adesão ao tratamento de Hipertensão e Diabetes Mellitus, é necessário identificar as principais razões que originam o problema que necessita ser enfrentado, que são conhecidas como nós críticos.

Nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de Impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65)

Alguns nós críticos foram delimitados neste trabalho tais como: a falta de informação da população que tem como causa o baixo nível de escolaridade dos pacientes, muitos analfabetos, pois muitos foram obrigados a abandonarem os estudos para trabalharem na infância. Outra causa seria a falta de explicação dos profissionais da saúde, a começar pelo médico na sua consulta e dos agentes de saúde no acompanhamento e visitas domiciliares o que leva a outro problema que é a falta de conhecimento dos próprios pacientes sobre sua doença, o que ela causa e

a importância do tratamento correto. Outro problema é a falta de exercícios físicos que são fundamentais no enfrentamento de problemas de saúde. Ela tem como causas a falta de informação do paciente, de incentivo, e também da falta de companhia para a prática de exercícios.

6.3 Ações propostas

Nesta etapa são delineadas as ações para solução dos nós críticos do problema levantado. São objetivos desta etapa:

- Descrever as operações para o enfrentamento dos “nós críticos”;
- Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

O quadro 4 apresenta o delineamento das operações.

PLANO OPERATIVO

Quadro 4: Delineamento das operações

Operações	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Informação ao paciente Aumentar o nível de conhecimento do paciente sobre a doença	Melhorar o nível de informação sobre diabetes e hipertensão de toda a população atendida pela ESF	Palestras nas comunidades e escolas Grupos de Hipertensos e Diabéticos	Não é necessária	Médico Enfermeiro Nutricionista	6 meses
Atuação profissional Explicar melhor sobre a doença e importância da adesão ao tratamento	Fazer com que os profissionais da ESF se empenhem mais na busca de tratamento de maior qualidade	Capacitação dos ACS e demais profissionais da ESF	Grupos de discussão da equipe de saúde da família	Enfermeiro	2 meses

Exercícios físicos e qualidade de vida Melhorar saúde física da população alvo	Diminuir sedentarismo, tabagismo e melhorar alimentação da população	Programa de caminhada orientada Programa de ginástica na praça Programa de prevenção nas escolas	Reuniões entre a equipe de saúde da família Reuniões entre a equipe de saúde, secretaria de saúde e órgãos competentes da prefeitura	Médico Enfermeiro	8 meses
Uso de medicação Uso correto das medicações em quantidade e horários corretos	Fazer com que o paciente use de forma correta a medicação	Programa “copinho da hora”	Capacitação dos ACS Visitas domiciliares para Ensino do método	Médico Enfermeiro Agentes Comunitários de Saúde	4 meses

Fonte: Autoria própria (2014)

6.4 Recursos críticos e atores

Esta etapa do plano delimita os recursos indispensáveis para realização das operações e os atores responsáveis para que as mesmas sejam implementadas (quadro 5).

Quadro 5: Recursos críticos

Operação/projeto	Recursos críticos	Atores
Informação ao paciente	Financeiro: para aquisição de panfletos e confecção de novas informações ao paciente. Político: aprovação do projeto pelo coordenador da atenção primária. Adesão dos profissionais de saúde para a agenda programada	Coordenador da Atenção Primária à Saúde Coordenador da Atenção Primária à Saúde Profissionais de saúde
Atuação profissional	Organizacional: organização da equipe, entendimento dos membros Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de ensino e abordagem	Profissionais de saúde
Exercícios físicos e qualidade de vida	Organizacional: organizar caminhadas e exercícios físicos, campanhas anti-tabagismo e palestras nutricionais	Profissionais de saúde

	Cognitivo: informações sobre o tema Político: mobilização em torno das questões, espaço para exercícios, implantação de academia e NASF Financeiro: recursos para construção de academia popular, recursos para implantação do NASF	Secretários de saúde e esporte Prefeito e vereadores
Uso de medicação	Organizacional: organizar estratégias para uso de medicações Cognitivo: ensinar a usar medicação de forma correta e nos horários prescritos Financeiro: material para auxílio no uso da medicação, recipientes e adesivos	Profissionais de saúde Profissionais de saúde Secretário de saúde

Fonte: Autoria própria (2014)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi elaborado um plano operativo para enfrentamento do problema identificado como prioritário pela equipe da ESF Antônio Colivan no município de Ponto Chique - MG, a baixa adesão ao tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

Seu desenvolvimento demonstrou que é possível implantar ações de prevenção das doenças, através de hábitos de atividade física e alimentação saudável, além do uso adequado de medicação.

A utilização do plano de ação para desenvolver propostas de intervenção possibilitou a equipe se basear em uma orientação para a busca de recursos, realização de tarefas, orientação da população e atuação profissional adequada visando o objetivo do trabalho.

Ressalta-se a necessidade de medidas educativas que influenciem no autocuidado dos cidadãos, considerando-se mudanças que ofereçam um maior controle dos fatores de risco associados à hipertensão e ao diabetes, visando contribuir para uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARBEX, F.S.; ALMEIDA, E.A. Qualidade de vida e hipertensão arterial no envelhecimento. **Rev Bras Clin Med.** v.7, n.5, p.339-342, 2009.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CARVALHO, M.V.; SIQUEIRA, L.B.; SOUSA, A.L.; JARDIM, P.C. A influência da hipertensão arterial na qualidade de vida. **Arq Bras Cardiol.** v.100, n.2, p.164-174, 2013.

DUNCAN, B.B.; SCHIMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

EDELMAN, S.V.; HENRY, R.R. **Diagnóstico e Manejo do Diabetes Mellitus Tipo 2.** 5 ed. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, 2003.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010.** Disponível em : <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em 23 de jan de 2014.

LOPES, A.C.; NETO, V.A. **Tratado de Clínica Médica.** 1ed. São Paulo. Roca, 2006. 3 v.

MARQUES, M.B.; SILVA, M.J.; COUTINHO, J.F.; LOPES, M.V. **Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado.** Rev Esc Enferm USP 2013;47(2):415-20

MIRANZI, S.S.; FERREIRA, F.S.; IWAMOTO, H.H.; PEREIRA, G.A.; MIRANZI, M.A. **Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família.** Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):672-8.

PEREIRA, J.C.; BARRETO, S.M.; PASSOS, V.M. **O perfil de saúde dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional.** Arq Bras Cardiol. 2008;91(1):1-10.

SILVA, F.M.; SILVA, M.M. **Diabetes Mellitus do tipo II.** Jornal Brasileiro de Medicina. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, Jan./Fev.,2005.