

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

ALINE PAIVA ALVES DE SOUZA MENDONÇA

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA ADESÃO AO CONTROLE DE
COMORBIDADES DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DR. GILSON BASTOS LEITE,
NO MUNICÍPIO DE NAZARENO – MINAS GERAIS**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

ALINE PAIVA ALVES DE SOUZA MENDONÇA

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA ADESÃO AO CONTROLE DE
COMORBIDADES DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DR. GILSON BASTOS LEITE,
NO MUNICÍPIO DE NAZARENO – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

ALINE PAIVA ALVES DE SOUZA MENDONÇA

**IMPLANTAÇÃO DE AÇÕES PARA ADESÃO AO CONTROLE DE
COMORBIDADES DE PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DR. GILSON BASTOS LEITE,
NO MUNICÍPIO DE NAZARENO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 de junho de 2016

RESUMO

Nazareno é uma cidade de aproximadamente 8000 habitantes, com altos níveis de pobreza extrema, de analfabetismo e de população rural. A unidade Dr. Gilson Bastos Leite é uma das três unidades de saúde do município e possui grande número de paciente hipertensos e diabéticos que realizam acompanhamento de forma irregular, além de não possuir ações que estimulem prevenção, promoção de saúde e o autocuidado. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento e tornar o acompanhamento das comorbidades mais eficaz e sistematizado. O desenvolvimento deste projeto foi baseado no método de planejamento estratégico situacional. Para contribuir na elaboração do projeto de intervenção foi realizada uma revisão bibliográfica com a finalidade de levantar as publicações já existentes sobre o tema. Para a descrição do problema foram utilizados dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica, além de dados levantados pela própria equipe de saúde. Para acompanhamento do plano de ação, serão monitorizados: número de pacientes em acompanhamento pela equipe de saúde; número de internações e de encaminhamentos para especialistas e níveis de glicemia e de pressão arterial nos pacientes acompanhados. Além disso, as ações propostas serão acompanhadas através dos cronogramas por toda a equipe de saúde.

Descritores: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

Nazareth is a town of about 8000 inhabitants, with high levels of extreme poverty, illiteracy and rural population. Dr. Gilson Leite Bastos unit is one of three health units in the city and has large number of hypertensive patients and diabetics who perform monitoring erratically, and has no actions that encourage prevention, health promotion and self-care. The aim of this work is to develop an intervention project to increase adherence of hypertensive and diabetic patients to treatment and make monitoring more effective and systematic comorbidities. The development of this project was based on the situational strategic planning method. To contribute to the development of the intervention project was carried out a literature review in order to raise the existing publications on the subject. For a description of the problem we used data provided by the Basic Attention Information System, in addition to data collected by the health team. To monitor the action plan will be monitored: number of patients monitored by the health team; number of admissions and referrals to specialists and blood glucose levels and blood pressure in patients followed. In addition, the proposed actions will be accompanied by the schedules throughout the health team.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REFERENCIAL TEÓRICO	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação do município

Nazareno é uma cidade situada no estado de Minas Gerais, na região do Campo das Vertentes, a 239 Km da capital Belo Horizonte. Apresenta como municípios limítrofes: São João Del Rei, Bom Sucesso, Ibituruna, Conceição da Barra de Minas, Itutinga, São Tiago e Carrancas. Possui uma área de 329,128km e o IDH municipal em 2010 era de 0,690 (IBGE, 2010).

Sua fundação está associada à extração de minérios, ocorreu no século XVIII e a cidade recebeu tal nome em homenagem a Virgem de Nazaré, o que demonstra a importância da religião ainda persistente na cultura da cidade. Além da mineração, a agropecuária, o carvão mineral e o turismo cultural são as principais atividades econômicas (IBGE, 2010).

Sobre a demografia, Nazareno apresentava, em 2010, 7954 habitantes, dos quais 4118 eram homens e 3836 eram mulheres. A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 2015 foi de 8478 habitantes (IBGE, 2010). Aproximadamente, 25% da população vivem em área rural e quase 9% dos habitantes não é alfabetizado, estando mais de 40% abaixo da linha da pobreza (NAZARENO, 2015).

Quanto à renda verificou-se que 41% da população apresentavam em 2010, renda menor que meio salário mínimo e 12% possuem renda menor que um quarto do salário mínimo. Outra característica do município é que ele não conta com rede de saneamento básico e de tratamento de água adequados para uma grande parcela da população (IBGE, 2010).

1.2 Sistema Municipal de Saúde

O município de Nazareno pertence à microrregião de São João Del Rei e à macrorregião de Barbacena. O sistema de saúde da cidade conta com os seguintes pontos de atenção à saúde:

- Unidade Básica de Saúde Padre Francisco Andrade, localizada no Centro;
- Unidade Básica de Saúde Rosina de Paula, localizada no Bairro Rosário;
- Unidade Básica de Saúde Dr. Gilson Bastos Leite, localizada no Bairro Bela Vista;
- Um hospital municipal de pequeno porte (Hospital Municipal Santo Antônio);
- Uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- Farmácia Municipal;
- Laboratório municipal;
- Clínica de Fisioterapia Municipal.

A demanda por consultas especializadas é suprida com atendimentos semanais ou mensais de algumas especialidades, como ginecologia e obstetrícia, pediatria, neurologia, psiquiatria e endocrinologia, ou com o encaminhamento para municípios vizinhos. Exames e procedimentos de média e alta complexidade também são feitos em outros municípios. Nazareno não conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e não possui Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Como recursos de apoio a saúde, encontramos na comunidade: creches, escolas, entidades filantrópicas, Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE), Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e o Centro Evangélico de Bem Estar do Menor (CEBEM).

Sobre os profissionais que atuam na área de saúde do município, cada Estratégia Saúde da Família (ESF) conta com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. Duas das três equipes de saúde da família possuem uma equipe de saúde bucal. Existe um motorista que fica à disposição das três equipes, para levá-las para as visitas domiciliares, tanto na zona urbana quanto na zona rural.

No hospital municipal existem, em cada plantão, um médico, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem. Atualmente conta com quatro farmacêuticos concursados, que se dividem entre a farmácia municipal e o hospital. Na clínica de fisioterapia municipal, trabalham dois fisioterapeutas. O município possui ainda outros profissionais, como psicólogos e nutricionistas, que trabalham com carga horária de quatro horas semanais e se revezam entre as equipes (em média, atendem uma vez ao mês em cada unidade).

A equipe de saúde da unidade básica de saúde, Dr. Gilson Bastos Leite, uma das três equipes de saúde da família da cidade e, da qual faço parte, está localizada no Bairro Bela Vista e atende uma população de 2553 pessoas, sendo 1804 em área urbana e 749 pessoas em área rural, em um total de 779 famílias.

A população do território da unidade trabalha basicamente com agropecuária e pertence, em sua maioria, às classes socioeconômicas baixas e médias. Há nessa população um alto índice de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2, bem como altas taxas de tabagismo e obesidade, o que explica os óbitos frequentes por complicações cardiovasculares.

A unidade se localiza de forma relativamente central em relação a sua área de abrangência, porém é distante da zona rural, que também é atendida pela equipe, tornando difícil o acesso de alguns pacientes. Funciona cinco dias por semana, oito horas por dia e conta com uma equipe de 10 profissionais, entre médico, enfermeira, técnico de enfermagem, auxiliar de serviços gerais, agentes comunitários de saúde, psicóloga e nutricionista.

Após o levantamento dos dados sobre a população e sobre o município, foi possível identificar um problema muito relevante na área de abrangência da unidade e que apresenta grande impacto para a saúde da população: a existência de um elevado número de pacientes hipertensos e diabéticos, que não estão em acompanhamento na unidade de saúde ou que o fazem de forma irregular. Tal fato foi percebido nas visitas domiciliares feitas pela equipe, nas consultas médicas realizadas e através da análise dos prontuários, que demonstravam o comparecimento desses pacientes

apenas em casos de agilizações das doenças crônicas ou de complicações decorrentes dessas comorbidades. Além disso, percebemos elevado número de internações hospitalares em decorrência do mal controle dessas patologias, além do grande número de eventos cardiovasculares nesses pacientes, resultando em elevada morbimortalidade nessa população.

A falta de um acompanhamento adequado desses pacientes pode ser percebida pelo fato de que há na área de abrangência aproximadamente 431 portadores de hipertensão arterial e 77 pacientes com diabetes mellitus. Entretanto, no mês de novembro de 2015 foi realizado o acompanhamento de apenas 121 hipertensos (menos de 30% do total) e de 29 diabéticos (38%). Tal fato tem como explicação vários fatores, entre eles: o hábito cultural de apenas renovar as receitas sem a realização de consultas médicas; a procura pela unidade de saúde apenas em casos de demandas agudas e a falta de acessibilidade ao serviço (horários de funcionamento restritos que dificultam a consulta de trabalhadores e a grande distância entre a unidade de saúde e a zona rural, dificultando o acesso desses pacientes).

Outro ponto dificultador do acompanhamento desses pacientes é a presença de uma cultura Hospitalocêntrica e voltada para as doenças, muito forte no município. A comunidade não vê a importância das atividades de prevenção e promoção de saúde, e não compreende a necessidade de acompanhamento seriado de suas condições crônicas, prevenindo assim agudizações e complicações dessas doenças. Falta conhecimento da população e empenho das equipes de saúde da família para alterar esse quadro.

Além disso, a rede de assistência muitas vezes é falha e dificulta o acompanhamento correto desses pacientes. Isso pode ser visto na solicitação dos exames de acompanhamento dessas condições, pois vários exames não estão disponíveis pelo SUS ou os pacientes tem dificuldade de realizá-los, pelo grande tempo de espera, tendo muitas vezes que desembolsar altos valores financeiros para que possam ter acesso a uma terapêutica adequada. Outro aspecto no qual a rede de assistência falha é no encaminhamento de pacientes de alto risco para os especialistas, pois muitas vezes não conseguimos encaminhar o paciente por falta

de profissionais ou por sobrecarga dos mesmos, tendo os pacientes que esperar por anos por uma consulta médica especializada. Essa situação gera um sentimento de descrença por parte da população e acaba por afastar os pacientes da rede, uma vez que, eles não percebem efetividade nas medidas tomadas para o seu bom controle.

Apesar dos inúmeros pontos dificultadores, acreditamos ser esse um importante objeto de estudo, pois a melhoria do acompanhamento e do controle dessas comorbidades tem impacto direto na morbimortalidade da população, além de reduzir o número de internações hospitalares e de consultas com especialistas. Além disso, os esforços para a modificação desse panorama contribuirão para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Para que isso seja viabilizado, será necessário atuar sobre os “nós críticos” do problema, que são:

- Processo de trabalho da equipe de saúde.
- Estrutura dos serviços de saúde.
- Nível de informação da equipe de saúde e da população sobre as doenças crônicas e a importância de seu controle adequado.
- Disponibilidade de recursos humanos e materiais para a realização da busca ativa dos pacientes que apresentam alguma condição crônica e que não são acompanhados pela ESF.
- Ausência de grupos operativos na ESF.

Somente com a atuação sobre esses pontos será possível modificar a condição de saúde da população da área de abrangência da ESF Dr. Gilson Bastos Leite.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da unidade básica de saúde, Dr. Gilson Bastos Leite realizou o diagnóstico e o levantamento dos principais problemas de saúde da área de abrangência, tendo sido identificado na comunidade como problema mais relevante um grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não fazem acompanhamento e controle regular de suas patologias na unidade de saúde. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando assim novos casos de agudizações dessas comorbidades e reduzindo as complicações decorrentes delas.

A equipe, após análise da situação levantada, considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, tendo considerado, portanto, o projeto viável.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos ao tratamento e tornar o acompanhamento das comorbidades mais eficaz e sistematizado.

3.2 Especifico

Identificar os motivos da baixa procura desses pacientes à unidade básica de saúde.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta do projeto de intervenção foram seguidas as seguintes etapas:

- Elaboração do diagnóstico situacional utilizando a estimativa rápida para identificar os principais problemas que afetam a comunidade adscrita a Unidade Básica de Saúde.
- Priorização dos problemas pelo método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme explicado no módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).
- Revisão bibliográfica em bancos de dados da Biblioteca Virtual em sobre o tema deste trabalho.

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na equipe de saúde o problema identificado foi o grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde.

A pesquisa nos bancos de dados dos artigos foi realizada por meio dos seguintes descritores:

- Hipertensão.
- Diabetes Mellitus.
- Atenção Primária à Saúde.
- Promoção da Saúde.
- Prevenção.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus (DM) é uma patologia de evolução crônica, que tem apresentado prevalência crescente em todo o mundo. Essa condição pode ser definida como um distúrbio metabólico que leva a um quadro de hiperglicemia, causada por defeitos na ação da insulina, na sua secreção, ou por ambas (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). A hiperglicemia crônica é o principal fator desencadeador das complicações do diabetes mellitus e tem como manifestações clínicas: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva (PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998a).

O DM é classificado em tipos 1 e 2, diabetes gestacional e outros tipos. No DM tipo 1 (DM1) ocorre uma destruição crônica das células β pancreáticas, por meio de mecanismos autoimunes, mediados por células como linfócitos T e macrófagos. No DM tipo 2 (DM2), o principal fenômeno fisiopatológico é a resistência à ação da insulina, diminuindo a captação de glicose em tecidos insulina dependentes. O DM gestacional (DMG) é determinado pela diminuição da tolerância à glicose, cujo início ou reconhecimento acontece pela primeira vez durante a gravidez, podendo ou não persistir após o parto. (FERREIRA *et al.*, 2011).

As complicações agudas decorrentes do diabetes mellitus que podem oferecer risco à vida são a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica (PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998a). A cetoacidose é uma complicação aguda característica do paciente com DM do tipo 1 e normalmente se desenvolve em uma situação de deficiência insulínica grave ou absoluta, comumente associada a condições estressantes, que levam ao aumento dos hormônios contrarreguladores. O aumento da atividade cetogênica é um componente marcante na fisiopatologia de emergência clínica. Já o estado hiperglicêmico hiperosmolar é uma complicação aguda característica do paciente com DM do tipo 2, com deficiência insulínica relativa, e que se caracteriza pela hiperglicemia, hiperosmolaridade e desidratação, principalmente envolvendo o sistema nervoso central (FOSS-FREITAS; FOSS, 2003).

O diagnóstico correto e precoce do diabetes mellitus e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o surgimento das complicações crônicas nos pacientes com diagnóstico de diabetes (GROSS. *et al.*, 2002). Os critérios diagnósticos de DM atualmente utilizados são: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200mg/dl; glicemia de jejum \geq 126mg/dl; glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200mg/dl (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Já os critérios diagnósticos para glicemia de jejum alterada são: glicemia de jejum > 100 mg/dl e < 126 mg/dl ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose entre 140 e 199 mg/dl (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014). É de grande importância a realização do diagnóstico de glicemia de jejum alterada, pois é possível diminuir significativamente a incidência de novos casos de DM através de medidas como a realização de exercício físico e redução de peso em pacientes com alterações da homeostase glicêmica ainda não classificadas como diabetes mellitus (GROSS. *et al.*, 2002). Quanto mais precoce é o diagnóstico, maiores as chances de que as intervenções sejam eficazes e previnam o desenvolvimento dessa patologia.

O tratamento do DM é composto pela abordagem não medicamentosa em associação com a medicamentosa. O tratamento não medicamentoso consiste em mudanças no estilo de vida, como: educação em saúde, alimentação adequada e realização regular de exercícios físicos. O tratamento medicamentoso deve ter início quando as recomendações nutricionais e de atividade física não forem eficazes para controle dos níveis glicêmicos. Existem diversas classes de medicamentos para redução da glicose sanguínea e controle do DM. A escolha deve levar em consideração aspectos individuais do paciente, como idade, peso, níveis da glicose sanguínea (jejum e pós-prandial) e aspectos clínicos indicativos de resistência ou deficiência insulínica como mecanismo fisiopatológico predominante (SGARBI; VILLAR, 2004).

Outra patologia de grande relevância clínica é a hipertensão arterial sistêmica (HAS). A HAS é uma condição crônica caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Ela é diagnosticada pela detecção de níveis persistentemente aumentados de PA pela medida casual. A medida da PA deve ser realizada em toda avaliação do paciente, por médicos de qualquer especialidade e por todos os demais profissionais da saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial. A HAS pode ter característica assintomática, portanto, um diagnóstico precoce só é possível de ser realizado se o mesmo estiver sendo acompanhado, rotineiramente, pela equipe de médicos ou enfermeiros (FERREIRA; ROCHA; SARAIVA, 2005).

Segundo as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, são hipertensos os adultos cuja pressão arterial sistólica (PAS) atinge valores iguais ou superiores a 140mmHg, e/ ou cuja pressão arterial diastólica (PAD) seja igual ou maior que 90mmHg, em duas ou mais ocasiões, na ausência de medicação anti-hipertensiva. Foram classificados como PA normal registros inferiores a 130/85mmHg, e PA ótima valores inferiores a 120/80mmHg (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Além disso, devemos considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas (BRASIL, 2006).

A maioria dos casos de HAS não apresenta uma causa identificável, ou seja, não apresenta uma etiologia definida, sendo conhecida como hipertensão essencial ou primária. Uma pequena porcentagem dos casos de hipertensão arterial é devida a causas muito bem estabelecidas, que precisam ser devidamente diagnosticadas, uma vez que, com a remoção do agente etiológico, é possível controlar ou curar a HAS. É a chamada hipertensão (PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP, 1998bb).

O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Há duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento baseado em modificações do estilo de vida (perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, etc.) e o tratamento medicamentoso (BRASIL, 2006).

A adoção de hábitos de vida saudáveis é parte fundamental da prevenção do surgimento de novos casos de hipertensão e do manejo daqueles casos já diagnosticados com HAS (BRASIL, 2006). Entretanto, muitas vezes é necessária a introdução da terapia medicamentosa. Os anti-hipertensivos visam não apenas reduzir a PA, mas também os eventos cardiovasculares fatais e não-fatais, e, se possível, a taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010). Existem diversas classes de medicações anti-hipertensivas, que devem ser indicadas de acordo com as características de cada paciente.

A HAS e o DM são doenças que apresentam elevada morbidade e que estão relacionadas a redução da expectativa de vida, em especial quando mal controladas. Tanto a HAS quanto o DM podem causar danos a órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos), além de alterações metabólicas, predispondo o paciente a eventos cardiovasculares, muitas vezes fatais. Além da elevada mortalidade, as doenças cardiovasculares são responsáveis por alto número de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos expressivos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

Como já foi dito, a abordagem dessas comorbidades é constituída por intervenções medicamentosas e não medicamentosas. O tratamento dessas patologias deve ser sempre acompanhado por mudanças no estilo de vida, relacionadas principalmente a uma dieta adequada e à realização de atividades físicas (MION JR *et al.*, 2006).

Assim, o controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida. Essas práticas são mais bem desenvolvidas no contexto da atenção primária, que tem o papel de prevenção de agravos, promoção da saúde e fortalecimento do autocuidado dos pacientes. Devido ao elevado risco cardiovascular que tais patologias ocasionam quando não são adequadamente conduzidas, a detecção, o tratamento e o controle da HAS e do DM são fundamentais para a redução de eventos cardiovasculares e conseqüentemente para a redução de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010)

Um acompanhamento adequado dessas comorbidades na atenção primária previne a ocorrência de alterações em diversos sistemas do paciente, reduzindo os custos com hospitalizações e de consultas com especialistas, gerando diminuição dos gastos relacionados a esses tratamentos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Uma vez definidos os problemas e as prioridades, a próxima etapa será à descrição do problema selecionado. Para a descrição do problema, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2015) e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se a pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho das operações para o enfrentamento do problema selecionado.

Foram identificados os recursos críticos para possibilitar a execução das operações, e foi também realizada a análise da viabilidade das ações, ou seja, foram identificados os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação e quais recursos cada um desses atores controla. Além disso, foram analisadas as motivações desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e o desenho de ações estratégicas para motivar os atores identificados e construir a viabilidade da operação.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto. Considerou-se os problemas e os “nós” críticos que poderiam ser trabalhados com a

governança da equipe. O quadro 1 apresenta as operações do ‘nós’ crítico processo de trabalho da equipe.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico: processo de trabalho da equipe de saúde” relacionado ao problema ‘grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde’, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Gilson Bastos Leite, em Nazareno, Minas Gerais

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação/Projeto	Implantar a linha de cuidado para manejo das doenças crônicas (HAS e DM), incluindo os mecanismos de referência e contrarreferência.
Resultados esperados	Cuidado continuado do maior número possível de pacientes com alguma doença crônica (HAS e/ou DM) – pelo menos 80% de cobertura
Produtos esperados	Linha de cuidado para HAS e DM implantada; criação de protocolos regionais para referência e contra referência desses pacientes; implantação dos protocolos das sociedades brasileiras de cardiologia e de endocrinologia; recursos humanos capacitados para lidar com tais comorbidades; regulação implantada; gestão da linha de cuidado de HAS e DM
Atores sociais/ responsabilidades	<p>Linha de cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos implantados – responsável: Médica da equipe.</p> <p>Protocolos implantados com recursos humanos capacitados – responsável: Enfermeira da ESF;</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada – responsável: Coordenadora da atenção básica.</p>
Recursos necessários	<p>Organizacional: adequação dos fluxos de pacientes (referência e contra referência); criação de protocolos para organizar os serviços e tornar as condutas mais homogêneas e adequadas às evidências;</p> <p>Cognitivo: elaboração de uma linha de cuidado que contemple recursos locais com base nos protocolos já estabelecidos pelas sociedades brasileiras;</p> <p>Político: articulação entre os diversos setores da sociedade e da área da saúde, além de buscar adesão do maior número de profissionais possível.</p>
Recursos críticos	<p>Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos);</p> <p>Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais;</p>

	Organizacional – adequação dos fluxos de referência e contrarreferência.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla o recurso financeiro: secretário municipal de saúde. Motivação: motivação indiferente; Ator que controla o recurso político: secretário municipal de saúde. Motivação: motivação favorável; Ator que controla o recurso organizacional: secretário municipal de saúde. Motivação: motivação favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e sua importância para o secretário municipal de saúde afim de obter os recursos financeiros necessários com maior facilidade.
Responsáveis	Médica da ESF, enfermeira da ESF e coordenadora da atenção básica.
Cronograma / Prazo	Início em fevereiro e finalização em julho/2016.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Linha de cuidado para pacientes hipertensos e diabéticos implantada – Projeto implantado e implementado na ESF. Protocolos implantados com recursos humanos capacitados – Ainda está ocorrendo a capacitação da equipe através de educação permanente. Gestão da linha de cuidado implantada – Ainda em discussão com a secretaria de saúde.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico: estrutura dos serviços de saúde” relacionado ao problema ‘grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde’, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Gilson Bastos Leite, em Nazareno, Minas Gerais

Nó crítico 2	Estrutura dos serviços de saúde
Operação/Projeto	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para o atendimento dos pacientes que apresentam doenças crônicas (HAS e DM)
Resultados esperados	Garantia de medicamentos e de exames de acompanhamento previstos em protocolos para a maior parte dos pacientes com DM e HAS; garantia de referência dos pacientes que apresentam alto risco ou alguma complicação decorrente dessas patologias; garantia de atendimento e acompanhamento na atenção básica a todos os pacientes portadores de doenças crônicas.
Produtos esperados	Capacitação dos profissionais; estabelecimento de acordo com as autoridades competentes para a contratação e compra de exames e de consultas com especialistas; estabelecimento de acordo com as autoridades competentes para a compra de medicamentos; organização do serviço de saúde de forma que consiga atender a demanda de todos os pacientes hipertensos e diabéticos.
Atores sociais/	Equipamento das unidades de saúde – Enfermeira da ESF;

responsabilidades	Compra de exames e de consultas especializadas, além da compra de medicamentos – Coordenadora da atenção básica.
Recursos necessários	Políticos – autorização para a liberação de recursos para a organização dos serviços; Financeiros – aumento da oferta de exames e de consultas especializadas; Cognitivo – elaboração mais adequada da rotina dos serviços de atenção básica à saúde para que a demanda das consultas e do acompanhamento consiga ser atendida.
Recursos críticos	Político – decisão das autoridades locais de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro – aumento da oferta de exames e de consultas especializadas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Atores que controlam o recurso político: prefeito municipal e secretário municipal de saúde. Motivação: motivação indiferente; Atores que controlam o recurso financeiro: prefeito municipal e secretário municipal de saúde. Motivação: motivação indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e sua importância para o prefeito municipal e para o secretário municipal de saúde visando facilitar o aumento de recursos financeiros destinados à ação.
Responsáveis	Médica da ESF, enfermeira da ESF e coordenadora da atenção básica à saúde no município.
Cronograma / Prazo	Apresentações do projeto finalizadas até fevereiro; aprovação e liberação dos recursos para a compra de medicamentos, de consultas com especialistas e de exames até maio; efetivação das compras e finalização dessa etapa do projeto até julho/2016.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Equipamento das unidades de saúde – Ainda em discussão com a secretaria de saúde; Compra de exames e de consultas especializadas, além da compra de medicamentos – Resistência da secretaria de saúde em liberar recursos financeiros.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico: nível de informação” relacionado ao problema ‘grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde’, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Gilson Bastos Leite, em Nazareno, Minas Gerais

Nó crítico 3	Nível de informação
Operação/Projeto	Aumentar o nível de informação da população e dos profissionais que atuam na área de saúde sobre as doenças crônicas (HAS e DM) e sobre a importância de seu controle adequado na prevenção de complicações e de agudizações.

Resultados esperados	População e profissionais de saúde mais informados sobre HAS e DM e seu adequado controle.
Produtos esperados	Avaliação do nível de informação da população e dos profissionais de saúde; realização de campanhas educativas nas mídias locais (rádios, televisão e redes sociais); realização de palestras nas escolas e em outros locais públicos; capacitação dos pacientes e de seus cuidadores.
Atores sociais/ responsabilidades	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças crônicas (HAS e DM) – Agentes comunitários de saúde; Campanha educativa na rádio e nas mídias locais – Agentes comunitários de saúde; Programa de saúde nas escolas, visando medidas preventivas – Enfermeira da ESF; Capacitação dos ACS, dos pacientes e de seus cuidadores – Médica da ESF.
Recursos necessários	Organizacional – organização da agenda para que esta compreenda as atividades educativas; Político – articulação intersetorial (parceria com o setor de educação), mobilização social e dos meios de comunicação. Cognitivo – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.
Recursos críticos	Político – articulação intersetorial (parceria com o setor de educação), mobilização social e dos meios de comunicação; Cognitivo – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Atores que controlam o recurso político: prefeito municipal e secretário municipal de educação. Motivação: motivação favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessário.
Responsáveis	Médica da ESF, enfermeira da ESF e agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças crônicas (HAS e DM) – início em janeiro e término em março/2016; Campanha educativa na rádio e nas mídias locais – início em abril e término em dezembro/2016; Programa de saúde nas escolas, visando medidas preventivas – início em fevereiro/2016 e avaliações seriadas; Capacitação dos ACS, dos pacientes e de seus cuidadores – início em janeiro e término em agosto/2016, com reavaliações seriadas do processo de aprendizagem.
Gestão, acompanhamento e	Avaliação do nível de informação da população sobre as doenças crônicas (HAS e DM) – projeto implantado e implementado na ESF;

avaliação	<p>Campanha educativa na rádio e nas mídias locais – projeto implantado e implementado na ESF;</p> <p>Programa de saúde nas escolas, visando medidas preventivas – projeto implantado e implementado na ESF;</p> <p>Capacitação dos ACS, dos pacientes e de seus cuidadores – ainda está ocorrendo a capacitação da equipe através de educação permanente.</p>
------------------	--

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico: disponibilidade de recursos para realização de busca ativa dos pacientes” relacionado ao problema ‘grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde’, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Gilson Bastos Leite, em Nazareno, Minas Gerais

Nó crítico 4	Disponibilidade de recursos para realização de busca ativa dos pacientes
Operação/Projeto	Aumentar a disponibilidade de recursos para que haja busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento na ESF, aproximando esses pacientes da unidade de saúde e possibilitando o acompanhamento adequado dessas comorbidades.
Resultados esperados	Acompanhar e aproximar da unidade de saúde o maior número possível de pacientes com doenças crônicas (HAS e DM), realizando um acompanhamento adequado desses pacientes e prevenindo assim a ocorrência de complicações e agudizações dessas patologias.
Produtos esperados	Maior número de hipertensos e diabéticos em acompanhamento regular na unidade de saúde; menor número de internações devido às agudizações; menor número de consultas com especialistas, na medida em que as doenças serão controladas de forma adequada; menor número de pacientes com complicações decorrentes da HAS e DM mal controladas.
Atores sociais/ responsabilidades	Compra de veículos para que as visitas domiciliares sejam realizadas de forma mais ampla
Recursos necessários	<p>Organizacional – organização da agenda da equipe de saúde permitindo que as visitas domiciliares sejam realizadas de forma regular e sistemática.</p> <p>Político – autorização para a liberação de recursos que viabilizem a busca ativa dos pacientes.</p> <p>Financeiros – aumento da oferta de transportes para que as visitas sejam realizadas.</p>
Recursos críticos	<p>Político – autorização para a liberação de recursos que viabilizem a busca ativa dos pacientes;</p> <p>Financeiros – aumento da oferta de transportes para que as visitas sejam realizadas.</p>
Controle dos recursos críticos /	Atores que controlam os recursos políticos e financeiros: prefeito municipal

Viabilidade	e secretário municipal de educação. Motivação: motivação indiferente.
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto e sua importância para o prefeito municipal e para o secretário municipal de saúde visando facilitar o aumento de recursos financeiros destinados à ação.
Responsáveis:	Médica da ESF, enfermeira da ESF e coordenadora da atenção básica à saúde no município
Cronograma / Prazo	Apresentações do projeto finalizadas até março/2016; aprovação e liberação dos recursos para a compra de veículos até maio; efetivação das compras e finalização dessa etapa até julho/2016.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Compra de veículos para que as visitas domiciliares sejam realizadas de forma mais ampla – ainda em discussão com a secretaria de saúde.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico: ausência de grupos operativos na ESF” relacionado ao problema ‘grande número de pacientes hipertensos e diabéticos que não estão em acompanhamento regular na unidade de saúde’, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Dr. Gilson Bastos Leite, em Nazareno, Minas Gerais

Nó crítico 1	Ausência de grupos operativos na ESF
Operação/Projeto	Implantar na ESF grupos operativos de hipertensos e diabéticos para que esses pacientes sejam acompanhados de forma adequada.
Resultados esperados	Melhorar o acompanhamento das condições crônicas, aprimorando os resultados e diminuindo o risco de complicações e agudizações; aproximar os usuários do serviço de saúde; aumentar o número de pacientes em acompanhamento regular na unidade; pacientes e profissionais de saúde mais orientados em relação as doenças crônicas e seu adequado controle.
Produtos esperados	Capacitação dos profissionais para que consigam gerir os grupos operativos; melhor acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos; diminuição das complicações e agudizações decorrentes da HAS ou DM mal controladas; maior número de pacientes em acompanhamento regular na unidade; pacientes mais informados e com maior capacidade de gerir seu próprio tratamento.
Atores sociais/ responsabilidades	Grupos de hipertensos e diabéticos implantados na ESF - médica da ESF.
Recursos necessários	Organizacional – organização da agenda e da rotina da equipe, possibilitando a ocorrência dos grupos operativos. Cognitivo – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.

Recursos críticos	Organizacional – organização da agenda e da rotina da equipe, possibilitando a ocorrência dos grupos operativos; Cognitivo – conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla os recursos organizacional e cognitivo: equipe de saúde da família. Motivação: motivação favorável.
Ação estratégica de motivação	Não é necessário.
Responsáveis	Médica da ESF, enfermeira da ESF e agentes comunitários de saúde.
Cronograma / Prazo	Início em fevereiro/2016 e reavaliações seriadas dos resultados obtidos e dos pacientes cobertos pelos grupos.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Grupos de hipertensos e diabéticos implantados na ESF – projeto implantado e implementado na ESF.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos estudos têm demonstrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é capaz de reduzir as complicações tanto do diabetes mellitus quanto da hipertensão arterial. A educação em saúde, o autocuidado, o monitoramento feito pelo próprio paciente dos níveis de pressão arterial e/ou glicemia, a atividade física e a dieta adequada são importantes instrumentos para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença.

Um acompanhamento adequado dessas comorbidades, principalmente no âmbito da atenção primária à saúde, previne a ocorrência de complicações decorrentes do acometimento de diversos órgãos e sistemas do paciente. Dessa forma, promove uma redução dos custos com hospitalizações e de consultas com especialistas, gerando diminuição dos gastos relacionados a esses tratamentos. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais de saúde.

Dessa forma, esperamos, com a implantação das ações propostas nesse Projeto de Intervenção, aumentar a adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos à ESF e tornar o acompanhamento dessas comorbidades mais eficaz e sistematizado. Além disso, desejamos compreender os motivos da baixa adesão desses pacientes à unidade de saúde, para que possamos atuar de modo a aumentar o comparecimento da população à Estratégia de Saúde da Família. Uma vez alcançados tais objetivos, esperamos que haja uma maior taxa de controle dos pacientes hipertensos e diabéticos e um menor número de complicações decorrentes dessas patologias, contribuindo para melhores padrões de saúde para a população da cidade de Nazareno-MG.

Para acompanhamento do plano de ação, serão utilizados como indicadores de melhora: maior número de pacientes hipertensos e diabéticos em acompanhamento regular; menor número de internações por eventos cardiovasculares ou por

agudizações das condições crônicas e de encaminhamentos para especialistas; níveis adequados de glicemia e de pressão arterial nos pacientes acompanhados.

Esses parâmetros serão confrontados com os números prévios à intervenção realizada. Além disso, as ações propostas serão acompanhadas através dos cronogramas elaborados, com a ajuda dos coordenadores dos projetos e de toda a equipe de saúde. Estas ações serão também avaliadas continuamente, possibilitando melhorias ao longo do processo de implantação do plano de ação e gerando melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014. **Sociedade Brasileira de Diabetes**; [organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
- FERREIRA L.T.; SAVIOLLI I. H.; VALENTI V. E.; ABREU L. C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182-8, Set/dez 2011.
- FERREIRA, S. R. C.; ROCHA, A. M.; SARAIVA, J. F. K. Estatinas na doença renal crônica. **Arq Bras Cardiol**. v. 85, (supl. v), p. 45-9, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v85s5/v85s5a12.pdf>.
- FOSS-FREITAS, M.C.; FOSS, M.C. Cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.36, p. 389-393, abr./dez. 2003.
- GROSS, J.L. et al., Diabete Melito: Diagnósticos, Classificação e Avaliação do controle glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo. v.46, n.1, p. 16-26, 2002.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico** do município de Nazareno/MG, 2010.
- MION J.R. *et al.* Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes **AMB/CFM**, 2002. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- NAZARENO. Plano Municipal de Educação do município de Nazareno, Minas Gerais, 2015. Disponível em: <http://nazareno.mg.gov.br>
- PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. **Lancet**. London, v. 352, n.9131, p. 837-53, 1998a.
- PROSPECTIVE DIABETES STUDY GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. **Lancet**, London, v. 352, n. 9131, p. 854-65, 1998b.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA, 2015. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB>.

SGARBI, J.A.; VILLAR, H.C.C. Projeto Diretrizes. Diabetes Mellitus: Tratamento Medicamentoso. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. 2004.

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