

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE**

NADJA KELLY MARTINS DE MENEZES

**CUIDANDO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM PLANO DE INTERVENÇÃO
PARA O GERENCIAMENTO E INCENTIVO AS AÇÕES DE
PROMOÇÃO À SAÚDE. ALTINHO, PERNAMBUCO 2012.**

RECIFE

2012

NADJA KELLY MARTINS DE MENEZES

**CUIDANDO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O GERENCIAMENTO E INCENTIVO AS
AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE. ALTINHO, PERNAMBUCO 2012**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista.

ORIENTADORA: INÊS EUGÊNIA RIBEIRO DA COSTA

RECIFE

2012

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M541c Menezes, Nadja Kelly Martins de.

Cuidando dos hipertensos e diabéticos na atenção primária: um plano de intervenção para o gerenciamento e incentivo as ações de promoção à saúde. Altinho, Pernambuco2012. / Nadja Kelly Martins de Menezes. — Recife: N. K. M. Menezes, 2012.

54 p.: il.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Inês Eugênia Ribeiro da Costa

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Diabetes Mellitus - prevenção e controle. 4. Hipertensão - prevenção e controle. 5. Doenças Cardiovasculares. I. Costa, Inês Eugênia Ribeiro da. II. Título.

CDU 614:616.12

NADJA KELLY MARTINS DE MENEZES

**CUIDANDO DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM
PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O GERENCIAMENTO E INCENTIVO AS
AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE. ALTINHO, PERNAMBUCO 2012.**

Monografia apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Inês Eugênia Ribeiro da Costa
SES/PE

Prof^a Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
CPqAM/Fiocruz/PE

Dedico este trabalho a minha mãe e amiga, que
sabiamente me ensinou a arte da busca pelo
conhecimento e aperfeiçoamento de ideias,
iluminando os meus passos para que pudesse
chegar até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela vida, por estar sempre no meu caminho, iluminando guiando-me nas escolhas certas.

Aos meus pais: Telma Martins e Jose Valdemir (in memorian), que foram à base de tudo pra mim, apoiando-me nos momentos difíceis com força, confiança, amor, ensinando-me a persistir nos meus objetivos e ajudando-me a alcançá-los e ao meu padrasto Luis Oscar, pelo carinho, incentivo e por acreditar no meu potencial em todos os momentos.

Ao meu esposo Jonas e minha filha Maria Luisa pela paciência e entendimento nos momentos de ausência para realização do curso e desse trabalho.

Ao prefeito de Altinho Sávio Omena e a Diretora do Hospital Jesus Nazareno Flora pelo apoio e liberação do trabalho para realização do curso.

A minhas amigas de trabalho: Edilza, Sybelle e Fabíola pelas horas compartilhadas de alegrias e pela parceria nos momentos de ausência, dando resolutividade ao serviço.

Aos meus amigos: Márcia, Efraim, Cristiane, pela companhia, carinho e momentos de descontração durante as viagens para realização do curso em Recife.

À minha amiga Rubenita , pela paciência , carinho , apoio e dedicação, disponibilizando hospedagem em sua casa durante a realização do curso .

À minha amiga Graace e ao meu amigo Magno , pelo apoio e colaboração na estruturação do trabalho.

Aos meus amigos da pós-graduação do curso em especial Márcia, Efraim, Cristiane, Luciana Langlos, Ana Paula, Elaine, Aline, Núbia pelo convívio , amizade, momentos de descontração, lanches e estudos.

A minha orientadora e amiga muito especial Inês Eugenia, que com paciência e sabedoria soube me conduzir, sendo de extraordinária elegância até nos momentos de correção dos textos, sempre me levando a refletir um pouco mais sobre o contexto abordado.

Agradeço aos professores o desempenho e dedicação com que elaboraram as aulas ministradas apresentando didática de fácil entendimento e abordagem segura dos temas abordados.

A todos da equipe da Secretaria de Saúde de Altinho, com destaque especial as amigas Sylvania, Aninha, Jucileide, Ocenilda, Mércia, Sineide e Ieda que nos momentos de ausência souberam trabalhar em equipe, atendendo às demandas e conduzindo da melhor maneira possível os trabalhos.

Agradeço aos técnicos: Nancy e Semente pela logística de apoio empregada durante o desenrolar das aulas ministradas, criando laços de respeito e amizade.

É difícil agradecer a todas as pessoas que de algum modo, nos momentos serenos e ou apreensivos, que fizeram ou fazem parte da minha vida.

MENEZES, Nadja Kelly Martins de. Cuidando dos Hipertensos e Diabéticos na Atenção Primária: um plano de intervenção para o gerenciamento e incentivo as ações de promoção à saúde. Altinho, Pernambuco 2012. Monografia (Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

RESUMO

O processo de desenvolvimento gera uma modificação na lógica social, modificando de maneira drástica o perfil de morbimortalidade da população tendo como fatores predominantes as doenças e mortes decorrentes de afecções não transmissíveis, entre elas destacam-se as doenças cardiovasculares tendo como principais fatores de risco a Hipertensão arterial (H A) e Diabetes Mellitus (DM). As desigualdades sócio econômica e culturais, os diferentes aspectos regionais e as diversidades no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, o sedentarismo, o uso de álcool e o tabagismo entre outros fatores, são as causas das principais doenças crônicas não transmissíveis que exigem a implementação de políticas públicas efetivas. Um dos grandes desafios para a promoção do impacto da morbimortalidade da população que apresenta H A e DM é a garantia do acompanhamento sistemático de pessoas identificadas com estes agravos e uma qualificação na intersectorialidade das ações quando da construção de um modelo de serviço que conduza a uma melhor qualidade de vida, tendo nas Unidades Básicas de Saúde da Família o lócus para o ordenamento do cuidado visando a redução e o controle dos casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Este trabalho apresenta uma proposta de intervenção voltada para o gerenciamento do cuidado e assistência integral ao paciente, enfatizando a busca das mudanças nos processos de trabalhos das equipes centrado no sujeito e suas necessidades. Como conclusão, observamos que os impactos esperados nos indicadores acima referidos exige uma necessidade premente na ação do poder público, com implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis que possam garantir a prevenção e o controle das doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, fortalecendo a rede de atenção a saúde através da linha de cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

PALAVRAS CHAVE: 1. Atenção Primária à Saúde. 2. Promoção da Saúde. 3. Diabetes Mellitus – prevenção e controle. 4. Hipertensão – prevenção e controle. 5. Doenças Cardiovasculares.

MENEZES, Nadja Kelly Martins. Caring for Hypertensive Diabetics and in Primary Care: an action plan for the management and incentive actions to promote health. Altinho, Pernambuco 2012. Monograph (Specialization in Management Systems and Health Services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

ABSTRACT

The process of development creates a change in the social logic, changing dramatically the morbidity profile of the population as having predominant factors illnesses and deaths from non-communicable diseases, among which stand out as having cardiovascular disease risk factors leading to High blood pressure (hypertension) and diabetes mellitus (DM). The socio economic and cultural inequalities, the different aspects and regional diversity in access to goods and services, low education, physical inactivity, alcohol use and smoking among other factors, are the major causes of chronic diseases that require the implementation of effective public policies. A major challenge for the promotion of the impact of morbidity and mortality that has HTN and DM is the guarantee of systematic monitoring of people identified with these problems and a qualification in intersectoral actions when building a service model that leads to a better quality of life, taking in the Basic Family Health locus for spatial attention and control aimed at reducing cases of hypertension and diabetes mellitus. This paper presents a proposal for an intervention for the management of care and comprehensive care to patients, emphasizing the pursuit of changes in work processes of teams focused on the subject and needs. In conclusion, we found that the expected impacts on the indicators above requires a pressing need in the action of government, with the implementation of effective public policies, integrated, sustainable which can ensure the prevention and control of chronic diseases and their risk factors, strengthening the network of health care through the line care Hypertension and Diabetes Mellitus.

KEYWORDS: 1. Primary Health Care. 2. Health Promotion. 3. Diabetes Mellitus - prevention and control. 4. Hypertension - prevention and control. 5. Cardiovascular Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Atributos da Atenção Primária à Saúde.....	14
Figura 2 - Distribuição percentual de internações hospitalares e óbitos por hipertensão segundo faixa etária. Pernambuco, 2010.....	20
Figura 3 - Etapas da Pesquisa-Ação	33
Figura 4 - Mapa Rodoviário de acesso ao município de Altinho.....	35
Figura 5 - Distribuição da População por sexo segundo grupos de idade. Altinho-PE, 2010.	36
Quadro 1 - Fatores de risco para as doenças cardiovasculares.....	18
Quadro 2 - Estágios de apresentação da Hipertensão.....	19
Quadro 3 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgão – alvo e doença cardiovascular.	22
Quadro 4 - Fatores de risco para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II.....	27
Quadro 5 - Valores de glicose plasmática (mg/dl) para o diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos.....	27
Quadro 6 - Número de internações segundo causa dos residentes em Altinho, no período de 2008 á 2011. Pernambuco, maio de 2012.....	39
Quadro 7 - Número de óbitos segundo causa morte dos residentes em Altinho/PE no período compreendido entre 2008 a 2010.	39

LISTA DE SIGLAS

- ADA** – ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES
- APS** – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- AVC** - ACIDENTE CARDIO-VASCULAR
- ECA** – ENZIMA CONVERSORA DA ANGIOTENSINA
- DCNT** – DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
- DM** –DIABETES MELITUS
- ESB** – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL
- ESF** – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- ESF** – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
- HAS** – HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA
- IBGE** – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
- MS** – MINISTÉRIO DA SAÚDE
- OMS** – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
- PA** – PRESSÃO ARTERIAL
- PSF** – PROMOÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA
- RPT** – RESISTÊNCIA PERIFÉRICA TOTAL
- SAMU** – SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
- SIM** – SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE MORTALIDADE
- SUS** – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	MARCO TEÓRICO	17
2.1	Doenças Cardiovasculares no contexto atual	17
2.2	Hipertensão Arterial Sistêmica	18
2.2.1	<i>Conceito</i>	18
2.2.2	<i>Epidemiologia</i>	20
2.2.3	<i>Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica</i>	21
2.2.4	<i>Diagnóstico da hipertensão arterial e estratificação do risco cardiovascular</i>	22
2.3	Diabetes Mellitus	24
2.3.1	<i>Conceito</i>	24
2.3.2	<i>Epidemiologia</i>	24
2.3.3	<i>Sintomas e fatores de riscos</i>	25
2.3.4	<i>Classificação e diagnóstico do Diabetes Mellitus</i>	26
2.3.5	<i>Tratamento</i>	27
2.4	A Atenção Primária como estratégia de Atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos	28
3	OBJETIVOS	31
3.1	Objetivo Geral	31
3.2	Objetivos Específicos	31
4	METODOLOGIA	32
4.1	Etapas ou Passos da Pesquisa-Ação	32
4.1.1	<i>Diagnóstico</i>	33
4.1.2	<i>Planejamento da Ação</i>	33
4.1.3	<i>Avaliação</i>	34
4.1.4	<i>Reflexão</i>	34
5	ASPECTOS FÍSICOS E DEMOGRÁFICOS DO LOCAL DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	35
5.1	Aspectos Sócios- demográficos	35
5.2	Rede Municipal de Saúde e Situação Atual	37
5.3	Perfil Epidemiológico	38
5.3.1	<i>Morbidade</i>	38
5.3.2	<i>Mortalidade</i>	39

6	PLANO OPERATIVO	40
6.1	Matriz do Plano de Intervenção	40
6.2	Matriz de Intervenção	42
6.3	Matriz de Intervenção	45
7	RECURSOS FINANCEIROS	46
8	ASPECTOS ÉTICOS	47
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

O processo de desenvolvimento industrial, ocorrido no último século, com suas conseqüentes alterações da lógica social, - urbanização, controle de doenças infecciosas, alterações dos hábitos alimentares, estresse psicossocial e sedentarismo - modificou drasticamente o perfil de morbimortalidade da população, predominando as doenças e mortes decorrentes de afecções não transmissíveis, como o câncer e as doenças cardiovasculares.

Estas doenças acarretam elevados custos econômicos para os sistemas de saúde e para a previdência social, devido à mortalidade e invalidez precoce. (GALINDO, 2010)

No Brasil, dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) demonstram que em 2010, as doenças cardiovasculares foram às principais causas de morte, respondendo por 28,58% do total de óbitos ocorridos no país, 30,40% dos óbitos de Pernambuco e 40,83% dos óbitos do Município de Altinho (Dados preliminares de 2010 do BRASIL).

Dentre os fatores de risco para a morbimortalidade cardiovascular, a Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes *Mellitus* (DM) são importantes fatores que contribuem decisivamente para o agravamento deste quadro no cenário nacional e em particular no estado de Pernambuco. Segundo O Ministério da Saúde, a HA afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos de idade e a prevalência da DM na população adulta é de 7,6%. Quando não devidamente cuidado estes agravos podem levar a invalidez parcial ou total do indivíduo, trazendo repercussões seja no contexto social e/ou familiar (BRASIL, 2000).

Diante desse cenário o Ministério da Saúde (MS) em 2000 lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus*, objetivando não só a redução dos indicadores mais também a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. É composto por quatro componentes: capacitação de multiplicadores; campanha de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis; confirmação diagnóstica e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HA e DM nas unidades básicas de saúde (BRASIL, 2000).

Um dos grandes desafios para a promoção do impacto na morbimortalidade da população que apresenta HA e DM é a garantia do acompanhamento sistemático de pessoas identificadas com esses agravos. Evidências epidemiológicas e sociais demonstram um número crescente de pessoas que vivem com ou em risco de desenvolver esses agravos e estabelecem a necessidade de estruturação de programas e políticas públicas de saúde que minimizem as dificuldades dessas pessoas, de suas famílias, e propiciem a manutenção da sua qualidade de vida. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo

e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da HA e DM (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Nesse diapasão, Harzheim (2011) afirma que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a melhor estratégia para produzir melhorias sustentáveis e a ampliação da equidade no estado de saúde da população. Para tanto, conforme o autor é necessário que a APS possua alguns atributos, que se constituem nos elementos estruturantes da rede de serviços de saúde (Figura 1):

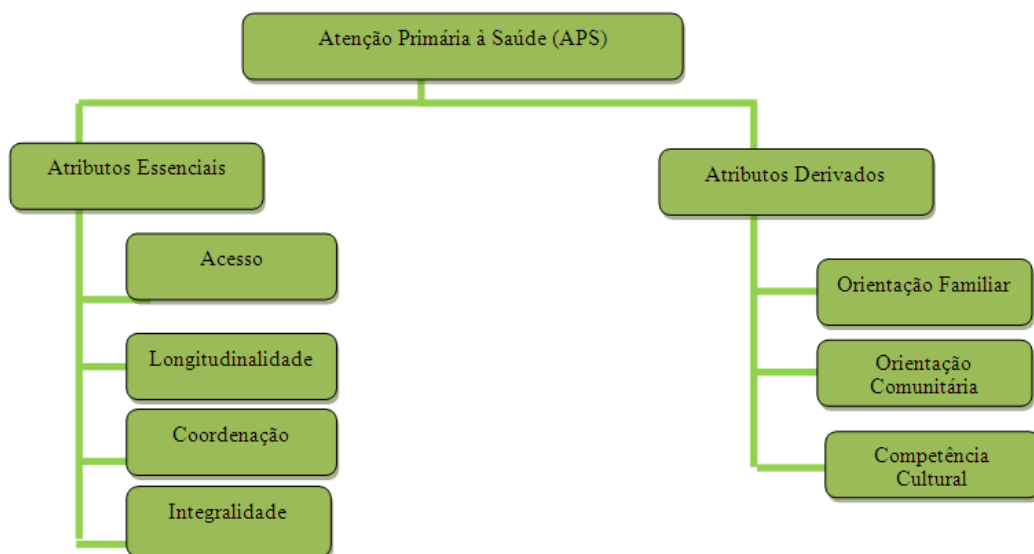


Figura 1 - Atributos da Atenção Primária à Saúde
Fonte: adaptado de Starfield (1992)

Afirma ainda o autor, que a APS pode ser entendida como:

Um conjunto de valores- direito ao mais alto nível de saúde, solidariedade e equidade - um conjunto de princípios-responsabilidade governamental, sustentabilidade, intersetorialidade, participação social entre outros - e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes da rede de serviços de saúde: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (HARZHEIM, p 52; 2011)

Nessa perspectiva, observa-se que a APS se constitui na figura central para a formulação e implantação do cuidado as pessoas com HA e DM, sendo a equipe de saúde da família o provedor desse cuidado, devendo ser capaz de reconhecer os problemas relacionados à implantação dessa atenção e de promover a integração das ações realizadas a fim de se obter o cuidado global ou integral, como afirma Starfield (1992). Seguindo este raciocínio Harzheim (2011) esclarece que há diferentes formas de organização local da estratégia saúde da família, que estão intimamente relacionadas às características de cada

região ou de cada município, e são estas formas de diferentes de organização que são determinantes para garantir a construção de redes sólidas, eficientes e eficazes.

Afirma-se que no campo da resolutividade a APS devidamente qualificada pode resolver de 85 a 90 % dos problemas de saúde de uma comunidade, desde que as equipes de saúde atuem tanto na promoção de saúde e prevenção de doenças, como também no atendimento de pessoas com doenças já estabelecidas, tanto crônicas como agudas. Espera-se que a equipe de saúde da família seja promotora de saúde, ou melhor, saiba realizar de forma exitosa a promoção, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das condições de saúde apresentadas pela população de sua responsabilidade sanitária.

Para Merhy (1999), o modelo assistencial cria missões diferenciadas para estabelecimentos de saúde aparentemente semelhantes, as quais se traduzem em diretrizes operacionais bem definidas, e conformam a organização e a divisão do processo de trabalho que se estruturam pelo objetivo final que se quer atingir. Nesse sentido, a lógica da produção dos serviços centrada na concepção médico-curativa tem como finalidade a cura. Para se pensar um novo modelo assistencial em saúde, centrado no usuário, exige a mudança da finalidade desse processo, que passa a ser a produção do cuidado, na perspectiva da autonomização do sujeito, orientada pelo princípio da integralidade e requerendo, como ferramentas, a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, o trabalho em equipe, a humanização dos serviços e a criação de vínculos usuário/profissional/equipe de saúde.

Pires e Göttems (2005) afirmam que a gestão do cuidado entendida como a forma com que as relações intersubjetivas de ajuda-poder se organizam e se manifestam no processo de trabalho, conformam cenários mais próximos do domínio ou da emancipação do outro, ou seja, a forma como cuidamos do outro provocará nele a dependência ou sua efetiva integração ao cuidado no que concerne a sua co-responsabilização.

Neste estudo compreende-se que a unidade básica de saúde da família é o lócus para o ordenamento do cuidado às pessoas com HA e DM e que a estruturação de ações voltadas à integralidade da atenção através da organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família irá contribuir para a redução e controle de casos de HA e DM no município de Altinho em Pernambuco.

Parte-se da hipótese que o processo de trabalho das equipes de saúde da família está estruturado de forma fragmentada, pouco fundamentada na identificação de necessidades, na construção de mapas de risco e não atende ao que preconiza os protocolos clínico de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde (MS).

Nesse sentido, é importante compreender algumas questões, a fim de se estruturar um plano de intervenção que venha contribuir de fato com a melhoria do cuidado as pessoas que apresentam este agravo: Qual conhecimento teórico prático dos profissionais das oito Equipes de Saúde da Família do Município de Altinho sobre os protocolos da Atenção Primária de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde? Como contribuir para melhoria do gerenciamento do cuidado dos Hipertensos e diabéticos cadastrados na Rede de Atenção Primária do Município de Altinho? Como estruturar ações de promoção à saúde que provoquem adesão das pessoas acompanhadas pelas equipes de saúde da família?

Pretende-se ao final apresentar uma proposta de intervenção voltada para oferecer assistência integral, com cadastramento, acompanhamento, incentivo a atividade física, promoção de atividades educativas, fornecimento de medicamentos, oferta de exames básicos, referência a especialista, a todos os hipertensos e diabéticos adscritos, estruturando o cuidado a partir das equipes de saúde da família levando em consideração as especificidades.

Para implementação do projeto, observa-se viabilidade Política, por ser as doenças cardiovasculares a de maior incidência na morbimortalidade do Município e por ser uma meta do Ministério da saúde a reorganização do cuidado dos hipertensos e diabéticos nas unidades Básicas de Saúde, sendo enfatizado a busca das mudanças nos processos de trabalho das equipes e de priorização no modelo centrado no sujeito e suas necessidades.

O projeto será apresentado ao Conselho Municipal de saúde, profissionais e coordenação da Atenção Primária de Altinho para avaliação da possibilidade financeira e viabilidade operacional.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Doenças Cardiovasculares no contexto atual

Doença cardiovascular é um termo genérico que designa todas as alterações patológicas que afetam o coração e/ou os vasos sanguíneos. “Entende-se por doenças cardiovasculares todas as situações que afetam a fisiologia do coração e vasos; é uma categoria diagnóstica genérica que consiste em várias doenças” (BENNET; PLUM, 1997). Constituem-se na principal causa de óbitos no Brasil. Em 2008, ao se excluir os óbitos por causas mal definidas e a violência, as mortes por doença cardiovascular corresponde a 37% dos óbitos ocorridos no país (BRASIL, 2008). A principal causa de morte em todas as regiões é o acidente vascular cerebral, acometendo em maiores proporções as mulheres (LOTUFO, 1998)

Estudiosos sobre o assunto afirmam que há uma tendência lenta e gradual de redução das taxas de mortalidade cardiovascular nos últimos anos em países desenvolvidos e no Brasil. Entretanto, apesar do declínio observado no país, a mortalidade permanece elevada e acomete indivíduos mais jovens em comparação a outros países (LOTUFO, 1998; CESSE, 2009). Além disso, o risco de morte por doença cerebrovascular e doença isquêmica do coração é heterogêneo nas regiões brasileiras, apresentando tendência de queda no Sul e Sudeste e aumento no Nordeste e Centro-Oeste (CESSE, 2009). Conforme Oliveira, Klein e Silva (2003), estima-se, para o ano de 2020, que 24.800.000 pessoas morrerão por estas causas, sendo 45% por doenças isquêmicas do coração e 31% por doenças cerebrovasculares.

Em Pernambuco, os óbitos por doenças cardiovasculares perfizeram 16.659 correspondendo a 30,52% do total de óbitos ocorridos em 2010. (Dados preliminares de 2010 do BRASIL).

A alta incidência dos fatores de risco para as doenças cardiovasculares está relacionada, em parte, ao estilo de vida que propicia o desenvolvimento dos fatores de risco, os quais comprovadamente contribuem para o aumento do número de pessoas acometidas por essa doença. Nessa perspectiva Steemburgo et al, (2005) destaca que o problema se agrava quando a humanidade passa a ter uma rotina de vida diária exaustiva, onde a má alimentação, a falta de atividade física e hábitos como o fumo se tornam comuns. Relacionados a esses fatores, ocorre o surgimento de diversas doenças, como a obesidade, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM), que quando associadas, apresentam graves riscos ao surgimento de doenças ligadas ao coração.

São inúmeros os fatores que podem estar relacionados à importância cada vez maior destas doenças. Em parte, pode estar relacionado à transição demográfica e epidemiológica, porém uma porção considerável está ligada ao controle inadequado dos fatores associados ao desenvolvimento destas doenças. Os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares estão descritos abaixo (Quadro 1) e a presença dos mesmos explica quase 90% do risco atribuível a população.

Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares
1. DAC prematura em familiares do primeiro grau: homens < 55 anos e mulheres < 65 anos
2. Idade: homem > 45 anos e mulheres > 55 anos
3. Hipertensão Arterial Sistêmica
4. Diabetes Mellitus
5. Hipercolesterolemia
6. Tabagismo
7. Obesidade
8. Sedentarismo
9. Síndrome metabólica (HDL baixo, triglicérides elevados, HAS, disglucemia, gordura abdominal)
10. Estresse psicossocial
11. Dieta pobre em frutas e vegetal

Quadro 1 - Fatores de risco para as doenças cardiovasculares.
Fonte: BRASIL (2006).

Os fatores de risco responsáveis e relacionados ao desenvolvimento e a progressão de doenças cardiovasculares são modificáveis através de medidas adequadas que contribuirão para a diminuição dos mesmos evitando eventos fatais ou não.

2.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

2.2.1 Conceito

A pressão arterial é entendida como a força em que o coração bombeia o sangue para os vasos. De acordo com Fernandes Filho (2003, p.146), ela é “um componente fundamental no comportamento fisiológico dos seres humanos, regulando o metabolismo orgânico e possibilitando atividades de ordem voluntária e involuntária”. Ao elevar-se passa a apresentar características de um quadro hipertensivo no ser humano, logo ele manifesta sintomas de hipertensão arterial que é entendida como pressão sangüínea arterial elevada (CECIL, 1993).

De acordo com Barreto Filho e Krieger (2003, p.47), esse processo é entendido da seguinte maneira:

A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm HG de pressão sistólica e 90

mm HG de diastólica. – em pelo menos duas aferições subseqüentes, obtidas em dias diferentes ou em condições de repouso e ambiente tranqüilo.

Corroborando com esse entendimento, Brunner e Suddarth (1999, p.613), entendem que:

A hipertensão pode ser arbitrariamente definida como a presença de um nível persistente de pressão arterial em que a pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e a pressão diastólica acima de 90 mmHg. Na população idosa, a hipertensão é definida como pressão sistólica acima de 160 mmHg e pressão diastólica acima de 90 mmHg.

Ao analisar os conceitos trazidos pelos autores acima, entende-se então que a pressão arterial apresenta dois processos denominados por sístole e diástole e que qualquer alteração pode elevá-la de forma a trazer várias conseqüências.

A hipertensão pode ser dividida em vários estágios como apresentado no quadro 2 abaixo.

Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (<18 anos)		
PAD (mmHg)	PAS (mmHg)	Classificação
< 85	< 130	Normal
85 – 89	130 -139	Normal Limítrofe
90 - 99	140 -159	Hipertensão leve (estágio 1)
100 – 109	160 – 179	Hipertensão moderada (estágio 2)
110	180	Hipertensão grave (estágio 3)
90	140	Hipertensão sistólica isolada

Quadro 2 - Estágios de apresentação da Hipertensão.

FONTE: www.medicinanet.com.br/.../diagnostico_e_classificacao_da_hipertensao

Embora a hipertensão branda seja a forma mais comum de pressão arterial alta na população adulta, todos os estágios estão associados a maior risco de eventos cardiovasculares não fatais e doença renal. É determinada por débito cardíaco e resistência periférica total (RPT) e, portanto, pode ser levada ou como resultado de débito cardíaco elevado, RPT elevada ou ambos” (TEXEIRA, 2008; MANUAL DO ACSM, 2000).

A relação entre a Pressão Arterial (PA) e riscos cardiovasculares é um evento contínuo, consistente e independente de outros fatores de risco. Uma maior PA aumenta as chances de ataque cardíaco. A presença de cada fator de risco adicional aumenta os riscos para a hipertensão. Existe uma correlação positiva entre hipertensão arterial e doença cardiovascular, desde uma pressão arterial sistólica (PAS) de 115 mmHg e de uma pressão arterial diastólica (PAD) de 75 mmHg. O risco cardiovascular aumenta para cada aumento de 20-10 mmHg, respectivamente (TEXEIRA, 2008, p. 330).

Quanto ao seu tratamento, a hipertensão pode ter tratamento farmacológico (betabloqueadores, vasodilatadores, entre outros) ou não farmacológico (perda de peso se houver excesso, evitar álcool, fumo e sódio).

2.2.2 Epidemiologia

Entre os fatores de risco para a mortalidade por doença cardiovascular, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) explica 40 % das mortes por acidente cardiovascular cerebral e 25% daqueles por doença coronariana, tem uma maior prevalência na população acima dos 40 anos, pois ela está associada à idade, sobrepeso e a presença de dislipidemias (GUS, 2002).

Estima-se que em todo mundo, 7.1 milhões de pessoas morram anualmente por causa da pressão arterial elevada e 4.5% da carga de doença do mundo seja causada pela hipertensão arterial. Inquéritos de base populacional realizados em algumas cidades do Brasil mostram prevalência de hipertensão arterial ($\geq 140/90$ mmHg) de 22.3% a 43.9%, sendo a maior prevalência encontrada nas cidades de Araraquara e Cotia no estado de São Paulo (MION et al, 2006).

Estudo realizado em Bambuí-MG, com indivíduos adultos, evidenciou que 50,8% sabiam ser hipertensos, 40,5% estavam em tratamento e apenas 10,4% tinham pressão arterial controlada ($\leq 140/90$ mmHg). Idade avançada, obesidade e baixo nível educacional mostraram-se associados a menores taxas de controle (FIRMO et al, 2003).

Em 2010, Pernambuco obteve a 11ª colocação dentre os estados brasileiros com maior número de internações (5.531) por hipertensão arterial, com 1.069 óbitos. Do total de hipertensos internados, 62,0% eram do sexo feminino e 41,5% tinha entre 60 e 79 anos. No que se refere aos óbitos, a maioria era do sexo feminino (55,7%) e 47,7% tinha 80 anos e mais.

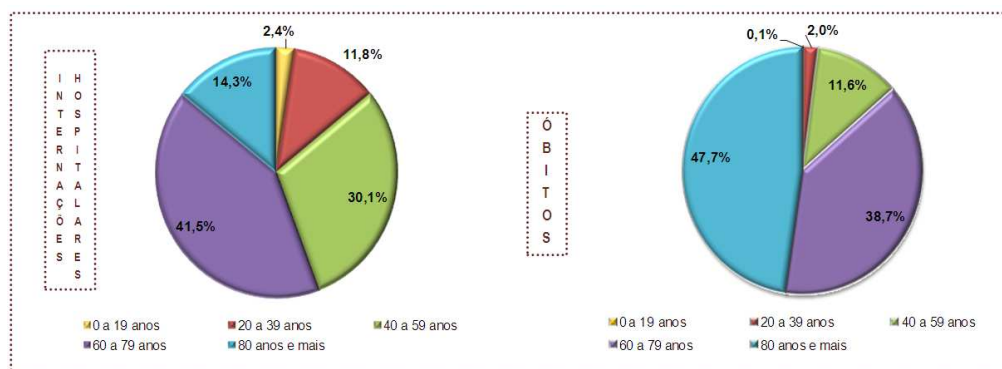


Figura 2 - Distribuição percentual de internações hospitalares e óbitos por hipertensão segundo faixa etária. Pernambuco, 2010.

Fonte: SIH / SIM – SES-PE

2.2.3 Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica

Pouco se conhece sobre a origem das doenças cardiovasculares, porém sabe-se que são muitos os fatores que as envolvem, entre eles o fumo, álcool, obesidade, hereditariedade, hipercolesterolemia, estresse.

Para Pierin, Gusmão e Carvalho (2004, p.100):

O fator de risco inclui características constitucionais, como sexo, idade, etnia e antecedentes pessoais, fatores esses não modificáveis. Os aspectos socioeconômicos e culturais também merecem consideração, pois variáveis como escolaridade, renda e ocupação, exercem influência direta no perfil das doenças crônicas não-transmissíveis.

De acordo com o autor acima, esses fatores de riscos tem a seguinte classificação:

- **Negros e miscigenados**

Nos negros, a prevalência e a gravidade da hipertensão são maiores, o que pode estar relacionado a fatores étnicos e/ou socioeconômicos. Em nosso país predominam os miscigenados, que podem diferir dos negros quanto às características da hipertensão. Não há evidências de ação diferenciada das drogas anti-hipertensiva em nossa população. Entretanto, estudos recentes em populações de indivíduos negros norte americanas, o uso de ECA (Enzima Conversora da Angiotensina) se mostraram menos eficazes, especialmente na prevenção de AVC (Acidente Cardio-vascular), que outras classes de anti-hipertensivos. Devendo, portanto, não serem considerados de primeira escolha nesta população (BRASIL, 2006).

- **Idosos**

Estima-se que pelo menos 65% dos idosos brasileiros são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. Para o tratamento do idoso hipertenso, além da estratificação de risco, é fundamental a avaliação de comorbidades e do uso de medicamentos. O objetivo do tratamento é a redução gradual da pressão arterial para níveis abaixo de 140/90 mmHg. Em alguns pacientes muito idosos é difícil reduzir a pressão abaixo de 140 mmHg, mesmo com boa adesão e múltiplos agentes. Nestes casos, afastada causas secundárias, podem-se aceitar reduções menos acentuadas de pressão arterial sistólica (160 mmHg). Os estudos mostram que o tratamento da hipertensão no idoso reduz a incidência de déficit cognitivo. Hipertensos com mais de 80 anos e com cardiopatia associada devem ser tratados. Por outro lado, a terapia farmacológica de idosos com mais de 80 anos e sem

comorbidades cardiovasculares ainda está sob investigação, mas provavelmente confere proteção cardiovascular (BRASIL, 2006).

- **Crianças e adolescentes**

A prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes pode variar de 2% a 13%, sendo obrigatória à medida anual da pressão arterial a partir de três anos de idade. Além da avaliação habitual em consultório, recomenda-se a medida rotineira da PA (pressão arterial) no ambiente escolar. (BRASIL, 2006)

2.2.4. Diagnóstico da hipertensão arterial e estratificação do risco cardiovascular

De acordo com critérios estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Cardiologia e publicados na V Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial em 2006, pode-se classificar o grau de hipertensão e estratificar o risco cardiovascular dos indivíduos, conforme descrito no Quadro 3 abaixo.

Fatores de Risco	Pressão Arterial				
	Normal	Limítrofe	HAS I	HAS II	HAS III
Sem fator de risco	Sem risco adicional		Baixo	Médio	Alto
1 e 2 fatores de risco	Baixo	Baixo	Médio	Médio	Muito Alto
3 ou mais fatores de risco, lesão de órgão alvo ou Diabetes Mellitus	Risco médio	Risco alto	Risco alto	Risco alto	Risco muito alto
Doença Cardiovascular	Risco alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto	Risco muito alto

Quadro 3 - Estratificação do risco individual do paciente hipertenso: risco adicional de acordo com os níveis da pressão arterial e a presença de fatores de risco, lesões de órgão – alvo e doença cardiovascular.

Fonte: V.DBHA. Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006)

A classificação da pressão arterial, apresentada acima, aponta para a necessidade de investimentos tanto no campo do cuidado individual como no campo do coletivo a fim de reduzir os níveis de sua pressão arterial e prevenir o desenvolvimento da hipertensão na população em geral (WHELTON, 2002).

O tratamento anti-hipertensivo tem a finalidade de reduzir o risco cardiovascular geral. O objetivo inicial é diminuir a PA diastólica a níveis inferiores a 90 mm Hg. A redução excessiva da PA deve ser evitada em pacientes idosos e com doença arterial coronariana, porque aumenta o risco de morte por cardiopatia isquêmica (CECIL, 1993).

A hipertensão arterial não apresenta sintomas de advertência, por isso à morte prematura denominada como o óbito de doença cardíaca, sendo também frequente o acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência renal, principalmente nos pacientes com retinopatia significativa (CECIL, 1993). Neste sentido, vale aqui destacar os seus efeitos na vida do ser humano:

- **Efeitos cardíacos** – observa-se a compensação cardíaca pela carga de trabalho imposta pelo aumento da pressão sistêmica, a princípio é mantida pela hipertrofia ventricular esquerda concêntrica. Secundariamente, ocorre uma deterioração dessa câmara, a cavidade sofre dilatação e surgem sinais e sintomas de falência cardíaca. (HARRISON, 1998).
- **Efeitos neurológicos** - aumenta o risco de doença coronariana e outras formas de doenças cardíacas, acidente vascular cerebral e insuficiência renal.

De acordo com Nieman (1999), quando a hipertensão não é detectada e tratada traz uma séria de transtornos ao indivíduo, como:

- Acarretar aumento do coração, podendo levar à insuficiência cardíaca;
- Produzir a formação de pequenos aneurismas nos vasos cerebrais, podendo provocar um acidente vascular cerebral;
- Intensificar a arteriosclerose em todo o organismo, especialmente no coração, cérebro e rins, podendo levar ao ataque cardíaco, ao acidente vascular cerebral ou à insuficiência renal.

O tratamento pode ser classificado em:

a) Não-farmacológico – requer do indivíduo mudanças permanentes na dieta e no estilo de vida. Essas mudanças consistem em redução do peso, restrição alcoólica, exercícios físicos, redução de estresse, dietas especiais e suplementação de potássio.

b) Tratamento farmacológico – além de recomendar modificações no estilo de vida, requer a ingestão de tratamento indicado para esse problema e que ainda deve estar de acordo com a idade e particularidade de cada um.

O tratamento medicamentoso visa reduzir as doenças cardiovasculares e a mortalidade dos pacientes hipertensos. Até o momento, a redução das doenças e da mortalidade em pacientes com hipertensão leve e moderada foi demonstrada de forma convincente com o uso de medicamentos rotineiros do mercado.

2.3. Diabetes Mellitus

2.3.1 Conceito

O Diabetes mellitus é uma doença que avança lentamente e os seus primeiros sintomas aparecem como: infarto, derrame, insuficiência renal, cegueira, paralisia, amputação de pernas ou pés e impotência sexual se constituindo entre os seus efeitos mais devastadores.

Na visão de Wilmore (1994, p.104), “o diabetes mellitus é um distúrbio do metabolismo dos carboidratos, caracterizado por níveis elevados de açúcares no sangue e pela presença de açúcar na urina”

Sharkey (2002) destaca que a diabetes surge por uma deficiência do hormônio insulina, que é responsável pelo transporte da glicose nas células sanguínea, incluindo as de gordura.

2.3.2 Epidemiologia

O número de diabéticos vem aumentando nos últimos anos, em consequência do envelhecimento populacional, a maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida dos diabéticos.

Há uma verdadeira pandemia de Diabetes Mellitus em curso, 2/3 dos indivíduos com diabetes vivem em países em desenvolvimento, com crescente número de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens (WILD, 2004). Além disso, em 2009, dados apresentados pelo Ministério da Saúde, mostram uma morbidade referida de diabetes mellitus, na população adulta (≥ 18 anos), que varia de 3,6% em Boa Vista a 6,9% em São Paulo (BRASIL, 2009). A taxa de mortalidade (óbitos/100 mil hab.) por Diabetes Mellitus no Brasil, apresenta acentuado aumento com o progredir da idade, chegando a atingir 181 na faixa etária de 60 anos ou mais, apesar da importante subnotificação (BRASIL, 2001)

A natureza crônica do Diabetes Mellitus, a gravidade de suas complicações e os meios necessários para controlá-las, torna o Diabetes Mellitus uma doença de custo muito alto para a sociedade. Estima-se que o custo direto do diabetes no Brasil chegue a 3.9 bilhões de dólares (BRASIL, 2001).

No Brasil, a prevalência do diabetes, na população urbana de 30 a 69 anos é semelhante a países desenvolvidos e é semelhante para homens e mulheres, aumentando consideravelmente com o progredir da idade (ARAÚJO; SOUZA; MENEZES, 2008)

O grau de desconhecimento da condição de diabético é maior nos homens do que nas mulheres (58,1 versus 39,2) respectivamente. A falta de informação sobre a doença se constitui num grave problema de Saúde Pública, porque o diabetes, quando mal controlado representa um considerável encargo econômico para o indivíduo, a sociedade e os serviços de saúde, pois a maior parte dos custos no tratamento do DM está relacionado com suas complicações, representando gastos de 5 a 14% no setor da saúde (CASTRO; GROSSI, 2008)

O Ministério da Saúde do Brasil (1994) entende que a monitoração realizada pelos profissionais da saúde pode prevenir, retardar ou atenuar suas manifestações crônicas, mas para que isso aconteça, é viável levar a população reflexão sobre a atual situação do país referentes a essas doenças e como pode ser tratadas.

Para os profissionais de saúde está claro que uma forma de minimizar o sofrimento dos portadores e os custos com internações hospitalares, principalmente, seria investir na prevenção destas complicações, no diagnóstico e no controle do tratamento com a finalidade de tornar a sociedade sensível para a problemática do diabético, levar esclarecimentos à população, discutir esta patologia à luz dos conhecimentos atuais. (MAIA; ARAÚJO, 2004)

2.3.3 Sintomas e fatores de riscos

O diabetes surge de uma falha em um dos processos mais vitais do organismo que é o metabolismo da glicose que, por sua vez, é considerada o combustível para mais de 100 trilhões de células do organismo, sendo obtida a partir dos alimentos, especialmente os carboidratos. Com a ingestão de pães, massas, doces e tubérculos, como batatas, logo esses elementos são transformados em glicose que através da corrente sanguínea chega às células e fornece a energia necessária para o funcionamento do corpo humano.

Esse fornecimento de energia deve ocorrer de forma harmoniosa, caso isso não aconteça, inicia-se o processo de acúmulo de açúcar no sangue, que logo causa a diabetes que, aos poucos, passa a apresentar sintomas como: vontade freqüente de urinar, sede excessiva, fome constante, cansaço permanente, perda rápida de peso, visão turva, formigamento ou ardor nas extremidades das mãos ou dos pés, dificuldade de cicatrização, infecções recorrentes de pele, gengiva ou couro cabeludo.

De acordo com Oliveira e Milech (2001, p.972), o desenvolvimento dessa doença está associado aos seguintes fatores de risco:

- **Obesidade:** quanto mais gorda é a pessoa, maiores os riscos de ela vir a desenvolver diabetes;

- **IGT:** sigla em inglês para tolerância diminuída à glicose, define-se como um estágio anterior a *diabetes*; o paciente ainda não está diabético, mas sua capacidade de produzir insulina não é suficiente para manter os níveis de glicemia dentro do normal; índices glicêmicos de 110 a 125 miligramas de açúcar por decilitro de sangue compõem quadros de IGT;
- **Sedentarismo:** a inatividade física contribui para o acúmulo de açúcar no sangue. Quando o indivíduo adere ao exercício físico como uma ginástica, durante o desenvolvimento dessa atividade física o organismo utiliza parte da glicose como energia e como esse efeito tende a perdurar mesmo depois do exercício, a prática regular de atividade física evita a alta nas taxas de glicemia;
- **Hereditariedade:** o risco populacional de desenvolver diabetes tipo 1 é de 0,4%. Os parentes em primeiro grau de pacientes afetados têm um risco mais alto (6%);
- **Estresse:** sob pressão constante o organismo aumenta a produção dos hormônios adrenalina e cortisol, que inibem a ação da insulina;
- **Diabetes Gestacional:** as mulheres que durante a gravidez tiveram diabetes ou as que deram à luz bebês com mais de 4 quilos têm propensão a desenvolver a doença em idades mais avançadas;
- **Triglicérides elevados:** altas taxas desse tipo de gordura no sangue comprometem a ação da insulina.

2.3.4 Classificação e diagnóstico do Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus inclui um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos, que têm como via final a hiperglicemia, que resulta de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina pelo pâncreas ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Associação Americana de Diabetes (ADA) é recomendada nas Diretrizes Brasileiras de Diabetes da Sociedade Brasileira de Diabetes, publicada em 2007, inclui quatro categorias: DM TIPO I, DM TIPO II, outros tipos específicos de DM gestacional. Existem ainda categorias caracterizadas como pré-diabetes: glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída.

Idade Maior ou igual a 45 anos
História familiar de Diabetes Mellitus, sobrepeso e obesidade
Doença Cardiovascular estabelecida
Sedentarismo
Glicemia de Jejum e pós –prandial alterada
HDL,colesterol baixo ou triglicerídes elevados
Diabetes gestacional
Síndrome dos ovários policísticos

Quadro 4 - Fatores de risco para o desenvolvimento do Diabetes Mellitus tipo II

Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes (2007)

O diagnóstico do Diabetes Mellitus (DM) é feito de acordo com critérios estabelecidos pela ADA, OMS e SBD (Quadro 5).

Categoria	Jejum*	2h após 75 g de glicose	Casual**
Glicemia normal	<100	<40	-
Tolerância à glicose diminuída	>100<126	>140<200	-
Diabetes Mellitus	≥126	≥200	≥200 + sintomas ***

Quadro 5 - Valores de glicose plasmática (mg/dl) para o diagnóstico de Diabetes Mellitus e seus estágios pré-clínicos.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2007).

Nota:

*O jejum é definido como falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

** Glicemia casual é aquela realizada em qualquer horário do dia, sem observar o intervalo desde a última refeição.

*** Os sintomas clássicos incluem poliúria, polidipsia, perda de peso não explicada.

2.3.5 Tratamento

Na visão de Smeltzer e Bare (2005), a meta terapêutica para o tratamento do diabetes é a de conseguir níveis sanguíneos normais de glicose (euglicemia) sem hipoglicemia e sem romper gravemente a atividade e o estilo de vida usual do paciente. Na visão dessas autoras, o tratamento é dividido em cinco componentes: tratamento nutricional, exercício físico, monitoração, terapia farmacológica e educação.

A adoção de atividades físicas regulares e o planejamento alimentar são de suma importância para o controle da doença, assim como para a melhoria da qualidade de vida. (NIEMAN, 1999).

No tratamento do diabetes os recursos medicamentosos são empregados geralmente em um segundo momento da terapêutica diante da incapacidade de controlar níveis glicêmicos pela prática de dieta

O tratamento varia por causa das alterações no estilo de vida e estados físico e emocional, bem como pelos avanços nos métodos de tratamento. Portanto, o tratamento do diabetes envolve a

avaliação constante e a modificação do plano de tratamento por profissionais de saúde e os ajustes diários na terapia pelo paciente.

A diabetes e a hipertensão são doenças que acometem milhões de pessoas, mas para o seu combate existe o Programa de promoção à saúde que é a Saúde da Família (PSF) que foi implantado no Brasil em 1994. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, desenvolvida mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes de saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1997).

Teixeira (2002) define a promoção à saúde como uma das tarefas essenciais da medicina; e vem novamente à tona na década de 60, no sentido de incentivar a prevenção das doenças, através do estímulo de hábitos e comportamentos saudáveis e com a preocupação de estar atuando nos fatores de risco, onde a Promoção da Saúde entra como parte da prevenção primária.

2.4 A Atenção Primária como estratégia de Atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos

A implantação do sistema único de saúde (SUS) propõe um modelo de atenção baseado nas ações de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação, assim como reconhece, como fatores condicionantes e determinantes para a saúde, alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1996).

Este modelo de atenção à saúde é caracterizado pela definição de vínculos entre serviços de Atenção Primária, profissionais que atuam nestes serviços e usuários que os utilizam, com base nos núcleos familiares (BRASIL, 2006).

Em 1994, no Brasil, o Ministério da Saúde, implantou o Programa de saúde da Família (PSF), com objetivo, segundo Merhy e Franco (2000, p.145):

De proceder à reorganização da prática assistencial, a partir da Atenção Primária, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para cura de doenças. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu

ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Conforme o Ministério da Saúde, o trabalho na Estratégia Saúde da Família é norteado por preceitos que reafirmam os princípios básicos do SUS, - universalidade, integralidade, equidade e participação social, tendo como premissa para o cumprimento de sua missão a estruturação de um processo de trabalho;

- Caráter substitutivo, pois deve substituir as práticas tradicionais de assistência, com foco nas doenças, por um compromisso com a prevenção, a promoção da qualidade de vida da população e a resolubilidade da assistência;
- Baseado na integralidade e intersectorialidade;
- Estruturado com foco no território- a equipe trabalha com definição da área de abrangência e população adscrita (2.400 a 4.500 pessoas), assim como a definição de micro-áreas, realizando o cadastramento das famílias, o acompanhamento das situações de saúde, da exposição a agravos e das condições ambientais, desenvolvendo ações programáticas;
- Buscando e fortalecendo o trabalho em equipe multiprofissional- um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (equipe mínima). A portaria 673 do Gabinete do Ministro(GM)/MS, de junho de 2003, prevê a incorporação de uma equipe de saúde bucal para cada equipe de Saúde da Família. Outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas poderão ser incorporados, formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais;
- Responsabilidade e vínculo por meio da atenção humanizada; e
- Estímulo à participação da comunidade e ao controle social- a equipe deve ser indutora na promoção da participação das organizações sociais e seus membros, no planejamento, gestão e avaliação da saúde local, bem como desenvolver projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

No que diz respeito a ações de intervenção para o controle da HA e DM a estratégia da saúde da família vem se constituir numa ferramenta de grande relevância para o enfrentamento dessa questão. A identificação precoce dos casos e o estabelecimento de vínculos entre os portadores e as unidades básicas de saúde são de suma importância para o

controle desses agravos. O acompanhamento e o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* no âmbito da Atenção Primária poderá evitar o surgimento e o agravamento das complicações crônicas, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade secundária a esses agravos. O Ministério da Saúde, partindo desta perspectiva, assumiu o compromisso de executar ações, em parceria com estados, municípios e Sociedades Brasileiras de Cardiologia, nefrologia, hipertensão, Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e Diabetes, CONASS, CONASEMS, para apoiar a reorganização da rede de saúde, para melhorar a atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial (HAS) e ao Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002).

A portaria nº 16/GM de 03 de janeiro de 2002, normatizou o Plano acima citado estabelecendo a organização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programa de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2002). Os objetivos do Plano foram desmembrados em quatro etapas previstas para implantação dessa grande estratégia: capacitação de multiplicadores para atualização de profissionais da rede básica na atenção à HAS e ao DM; campanhas de informação e identificação de casos suspeitos e promoção de hábitos saudáveis de vida; confirmação diagnóstica e início da terapêutica; e cadastramento, vinculação e acompanhamento dos pacientes portadores de HAS e DM às unidades básicas de saúde. Cabe a União, Estados e Municípios a operacionalização do plano (BRASIL, 2002).

No Brasil no período compreendido entre janeiro a abril de 2012, existe 5.271 municípios com equipes de saúde da família implantadas correspondendo a um total de 32.809 equipes atuantes que cobrem cerca de 54,31% da população. Em Pernambuco no mesmo período existiam, atuando no território pernambucano 1.875 equipes de saúde da família cobrindo cerca de 68,38 % da população; essa distribuição da cobertura populacional é bastante variada quando a detalhamos por municípios. Dentre os municípios pernambucanos, Altinho apresenta uma cobertura de 100 % de sua população atendida pela estratégia de saúde da família.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção para a gestão do cuidado aos hipertensos e diabéticos acompanhados pelas equipes de saúde da família a fim de garantir maior eficiência no processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária do Município de Altinho em Pernambuco no ano de 2012.

3.2 Objetivos Específicos

- Estruturar o cuidado aos hipertensos e diabéticos nas Unidades de Saúde da Família;
- Melhorar a efetividade das ações de prevenção e promoção à Saúde;
- Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação.

4 METODOLOGIA

O estudo consiste em um plano de intervenção com características de uma pesquisa-ação, que se fará sobre a realidade dos trabalhadores de maneira a planejar, observar, agir e refletir de forma mais consciente, mais sistemática e mais rigorosa o que é feito na experiência diária desses trabalhadores (KEMMIS; MCTAGGART, 1988). Segundo O'brien (1998) esse desenho metodológico busca mudanças que objetivam a melhoria, tendo como objetivos principais:

- melhorar - a prática dos participantes; a compreensão dessa prática - a situação onde se produz a prática
- envolver -assegurando a participação dos integrantes do processo; a organização democrática da ação; propiciar compromisso dos participantes com a mudança.

Segundo Thiollent (2011, p.20) A pesquisa-ação implica efetiva participação do pesquisador e a conceitua da seguinte forma:

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com a ação ou com resolução de um problema coletivo, e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Essa metodologia possui suas desvantagens, que estão no âmbito da subjetividade e no pensamento racional do pesquisador, pois a partir do momento em que as informações são filtradas pelo pesquisador, esse passa a assumir praticamente toda a responsabilidade frente à interpretação, podendo assim, distorcer as informações recebidas, além do que, com o convívio pessoal entre pesquisador e seus pesquisados, pode influenciar negativamente durante a realização da entrevista e da interpretação dos dados. Portanto, o reconhecimento dos limites e dos riscos dessa metodologia deve ser considerado quando o pesquisador vai “a campo”, e fazem parte de alguns entraves dos processos que a antropologia deve considerar, para estar sempre evoluindo no conjunto das ciências humanas.

4.1 Etapas ou Passos da Pesquisa-Ação

A primeira pergunta a se fazer pode ser formulada da seguinte maneira: O quê pode ser feito para melhorar as condições de trabalho e incentivar a participação dos envolvidos no processo de trabalho de forma a possibilitar a reflexão e solução dos problemas desses trabalhadores?

Existem diversos modelos que compõem as fases da pesquisa-ação, quase todos coincidem na existência de quatro momentos. Susman e Evered (1978), apresenta na figura 3 abaixo os momentos a serem seguidos:



Figura 3 - Etapas da Pesquisa-Ação
Fonte: Susman e Evered (1978).

4.1.1 Diagnóstico

O pesquisador identifica e define o problema, estabelecendo as possibilidades de diversas ações para solucioná-lo. Nesta etapa, o pesquisador determina os princípios epistemológicos que orientarão a ação, devendo saber como se produz o conhecimento e a posição dos sujeitos da pesquisa. Por isso, é importante perguntar, questionar, analisar e escrever o fenômeno investigado. Reforça os autores que não se pode esquecer que os fatos sociais e as informações sobre esses fatos são influenciados por diversos aspectos do cotidiano das pessoas e das instituições. No caso do estudo, é importante obter informações dos seguintes aspectos - os motivos que levam à existência dos problemas - sua evolução histórica - elementos que originam os mesmos - conflitos – identificação dos gestores – o que levou a constatação atual – existência de mudanças. Essas e outras perguntas podem facilitar a reconstrução da história do problema, para iniciar um processo de mudança que tenha como ponto de partida a maneira de pensar e agir dos próprios participantes. Isso permitirá reforçar uma visão relativa e não dogmática dos processos sociais (SUMAN; EVERED, 1978)

4.1.2 Planejamento da Ação

Nesta fase serão analisadas as diversas possibilidades de ações que contribuam à solução do problema. Deve-se lembrar que na pesquisa-ação, o papel fundamental do pesquisador ou equipe de pesquisa é ajudar ao grupo no processo de pensar, agir, refletir e avaliar. Nesta etapa, o grupo deverá desenvolver uma boa compreensão dos objetivos, interesses e possíveis obstáculos a enfrentar na execução do projeto. Devem-se estabelecer diversas alternativas a seguir e seus efeitos. Em geral, o objetivo desta fase é produzir um acordo *resumido*, não necessariamente total, sobre uma única ação a realizar.

4.1.3 Avaliação

Usualmente os autores incluem nesta etapa uma avaliação do processo e dos resultados alcançados. Segundo Arellano (s.d.), partindo do que se tinha e dos logros alcançados far-se-á uma reflexão do realizado, os acertos e desacertos, a percepção e expectativas dos participantes sobre as atividades, técnicas e resultados obtidos durante o processo. Analisa-se, interpreta-se e extraem-se conclusões que permitem avaliar o cumprimento dos objetivos formulados através das estratégias de ação. Reconsideram-se as oportunidades e limitações da situação, revisam-se os logros e as consequências, discutem-se as contradições e as mudanças produzidas. A partir dos objetivos e metas, respondem-se, entre outras, as seguintes perguntas - que objetivos e metas não puderam ser alcançados - as pessoas participantes envolveram-se de fato no plano - aconteceram resultados não esperados - quais foram os efeitos do processo, as potencialidades e limitações - o que deve ser reorientado - outros atores devem ser incorporados na continuação do processo - com quem se pode contar - que aspectos devem ser reforçados.

4.1.4 Reflexão

Nesta etapa, o grupo, como um todo, faz uma análise crítica do processo. Possíveis problemas de comunicação, relacionamento entre pesquisador e outros membros do projeto, avanços, obstáculos, potencialidades e outros. Geralmente, a análise começa com o cumprimento das metas.

A reflexão é o momento de tornar público o aprendido. Inicia-se discutindo e analisando, com os membros do grupo, o nível de compreensão da realidade, retomando as colocações feitas em reuniões, assembléias e contatos diretos. É necessário lembrar que a análise deve ser feita considerando a confluência dos elementos em uma perspectiva de totalidade. Portanto, deve-se vincular a reflexão e a ação.

Ao concluir esse processo, o grupo apresenta à gestão municipal da saúde, a sistematização do projeto, destacando os principais resultados, análise e interpretação. Esses resultados são objeto de amplas discussões tanto no grupo, quanto na comunidade. Dessas discussões surgirá o planejamento de novas ações no âmbito do trabalho. Constituindo-se na melhor forma de validação dos resultados

Segundo dados do IBGE - Censo 2010 apresenta uma população de 22.363 hab/km², sendo 49,68% (11.106) do sexo masculino e 50,32% (11.247) do sexo feminino. Cerca de 57,15% da população encontra-se na zona urbana e 42,85% na zona rural. Apresenta uma densidade demográfica de 49,25 habitantes/km² e o Índice de Desenvolvimento Humano-IDH do município foi de 0,590 no ano de 2010.

Ao se analisar o perfil demográfico do município verifica-se que acompanha as transformações ocorridas no quadro demográfico brasileiro, cujas principais características são: A diminuição da fecundidade, redução da mortalidade infantil, aumento da esperança de vida e progressivo envelhecimento da população (Figura 5).

A evolução da sociedade e os modos de vida das pessoas apresentam modificações no perfil epidemiológico do país. Hoje as doenças infecciosas e parasitárias vêm cedendo lugar às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as doenças cardiocirculatórias, bem como as de causas externas, também denominadas de doenças por causas violentas, que vem se apresentando como as principais causas de óbitos em nosso meio. O atual panorama demográfico e da saúde da população impõe a necessidade de adequação nas políticas públicas dos municípios, com a finalidade de atender as novas demandas exigidas pela população.

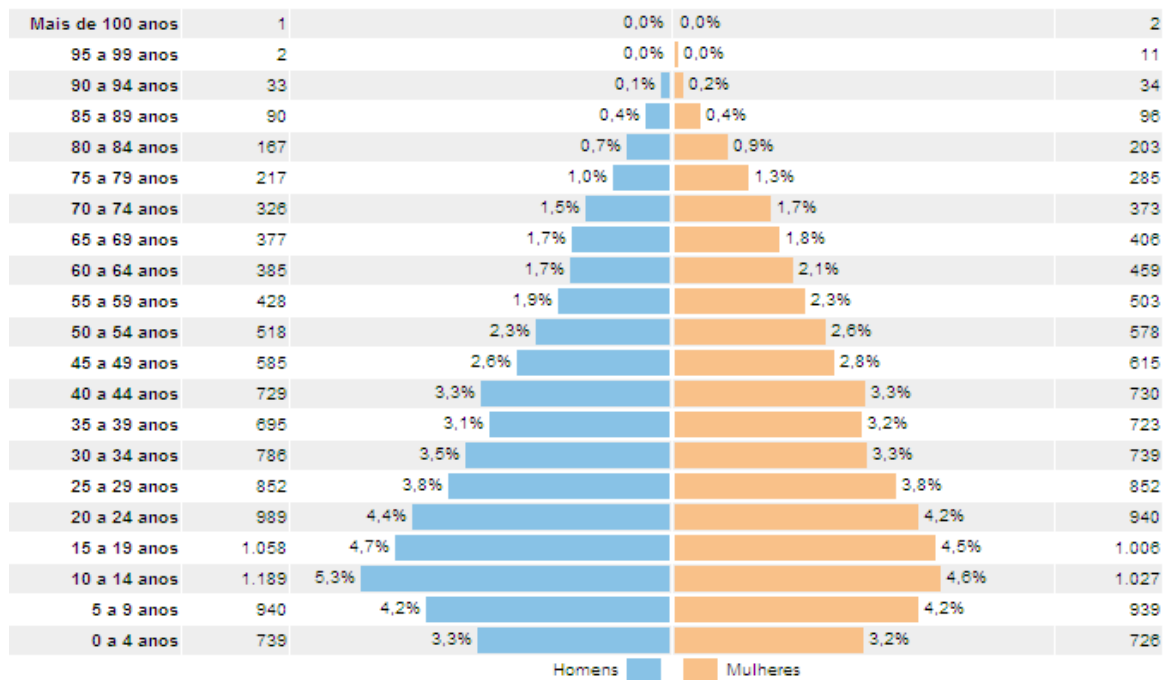


Figura 5 - Distribuição da População por sexo segundo grupos de idade. Altinho-PE, 2010.
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas

A evolução da sociedade e os modos de vida das pessoas apresentam modificações no perfil epidemiológico do país. Hoje as doenças infecciosas e parasitárias vêm cedendo lugar às doenças crônicas não transmissíveis, principalmente as doenças cardiocirculatórias, bem como as de causas externas, também denominadas de doenças por causas violentas, que vem se apresentando como as principais causas de óbitos em nosso meio. O atual panorama demográfico e da saúde da população impõe a necessidade de adequação nas políticas públicas dos municípios, com a finalidade de atender as novas demandas exigidas pela população.

5.2 Rede Municipal de Saúde e Situação Atual

A rede municipal de Atenção à saúde do município de Altinho é composta por: 08 equipes de saúde da família (ESF) ,08 Equipes de Saúde Bucal(ESB), um Núcleo de Apoio ao Programa de Saúde da Família (NASF), com cobertura de 100% da população, apresenta ainda, 01 Unidade de suporte básico do Serviço Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e uma Unidade Mista, a qual serve de referência para as equipes de saúde da família e oferece serviços de urgência e emergência com funcionamento de 24 horas, dispõe de 18 leitos, distribuídos nas especialidades de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e Pediátrica. Realiza atendimento ambulatorial de Clínica médica, cardiologia, ortopedia, pediatria, ginecologia , psiquiatria,nutrição e psicologia. Além de dispor de um laboratório de análises clínicas e um setor de fisioterapia.

A implantação do Programa de Saúde da Família no município ocorreu no ano de 2000,fato de extrema relevância para a reorganização da Atenção primária.Atualmente a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de 100%, e no que concerne ao cuidado as pessoas com Hipertensão e Diabetes algumas dificuldades podem ser apontadas:

- Baixa cobertura de cadastramentos de pacientes hipertensos e diabéticos nas Unidades de Saúde da Família;
- Alto índice de mortalidade por doenças do aparelho circulatório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas
- Alto índice de internamento por doenças cardiovasculares e complicações relacionadas com Diabetes Mellitus, gerando elevados custos econômicos para os Sistemas de Saúde e para a previdência Social;
- Baixo índice de adesão ao tratamento da hipertensão e diabetes;

- Inadequação no Planejamento, seleção, padronização, aquisição, distribuição e dispensação, dos medicamentos e insumos para controle da hipertensão e diabetes;
- Fragilidade no processo de monitoramento dos pacientes com hipertensão e diabetes;
- Dificuldade na implantação do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde para acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos na Atenção primária;
- Baixo investimento nas Políticas de Promoção à Saúde;
- Fragilidade na estruturação do cuidado com os pacientes hipertensos e diabéticos;
- Baixo índice de vinculação do paciente à unidade de saúde da Família
- Deficiência na qualificação dos profissionais da atenção primária;
- Precarização dos vínculos trabalhistas e alta rotatividade dos profissionais da Atenção primária, dificultando a qualificação do processo de trabalho no cuidado aos pacientes com hipertensão e diabetes;

Os problemas listados acima demonstram que o processo de trabalho das equipes de saúde da família está estruturado de forma fragmentada, pouco fundamentada na identificação das necessidades, e não atende ao que preconiza os protocolos clínicos de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde MS.

5.3 Perfil Epidemiológico

5.3.1 Morbidade

Dentre as principais causas de internamento ocorridas em residentes do município de Altinho no período compreendido entre os anos de 2008 a 2011, observa-se que a primeira causa de internamento foi por doenças do aparelho respiratório, seguida de doenças do aparelho circulatório e doenças infecciosas e parasitárias.

Capítulo CID-10	2008		2009		2010		2011		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	148	13,10	123	10,85	121	9,95	108	10,23	500	11,02
II. Neoplasias (tumores)	48	4,25	25	2,21	28	2,30	38	3,60	139	3,06
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	81	7,17	76	6,70	93	7,64	57	5,40	307	6,77
V. Transtornos mentais e comportamentais	27	2,39	12	1,06	12	0,98	14	1,32	65	1,43
VI. Doenças do sistema nervoso	8	0,71	13	1,15	9	0,74	7	0,66	37	0,81

IX. Doenças do aparelho circulatório	131	11,60	123	10,85	151	12,41	102	9,66	507	11,18
X. Doenças do aparelho respiratório	152	13,46	143	12,61	217	17,84	153	14,50	665	14,66
XI. Doenças do aparelho digestivo	95	8,41	119	10,50	115	9,45	107	10,14	436	9,61
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	12	1,06	13	1,15	10	0,82	15	1,42	50	1,10
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	6	0,53	9	0,8	14	1,15	11	1,04	40	0,88
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	77	6,80	75	6,61	102	8,38	67	6,35	321	7,19
XV. Gravidez parto e puerpério	232	20,52	270	23,80	242	19,90	235	22,27	979	21,59
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	12	1,62	10	0,9	5	0,41	13	1,28	40	0,88
XIX. Lesões envenenamentos e algumas outras consequências- causas externas	55	4,87	68	6,68	61	5,07	86	8,15	270	5,90
Demais causas de internamentos	23	2,06	55	4,85	36	2,96	42	3,98	178	3,92
Total	1129	100	1134	100	1216	100	1055	100	4534	100

Quadro 6 - Número de internações segundo causa dos residentes em Altinho, no período de 2008 á 2011. Pernambuco, maio de 2012.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Situação da base de dados nacional em 21/05/2012.

5.3.2 Mortalidade

O quadro 7 abaixo apresenta um demonstrativo das principais causas de mortalidade na população do município de Altinho. Observa-se que em todos os anos a causa com maior índice de mortalidade foram as que estão relacionadas às doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) tendo como a mais prevalente as doenças do aparelho circulatório, sendo este um dado relevante observado, uma vez que a elevada taxa de mortalidade notificada no ano de 2010(40,62%) está acima da média Estadual(30,52%) e da média Nacional(28,70%),seguido das causas externas, neoplasias e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas. (Dados preliminares de 2010 do DATASUS)

Capítulo CID-10	2008		2009		2010		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
II. Neoplasias (tumores)	20	10,20	29	14,15	28	14,59	77	12,98
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	21	10,71	18	8,78	18	9,38	57	9,61
IX. Doenças do aparelho circulatório	61	31,12	74	36,09	78	40,62	213	35,91
X. Doenças do aparelho respiratório	24	12,25	20	9,75	22	11,46	66	11,14
XI. Doenças do aparelho digestivo	14	7,16	11	5,37	6	3,13	31	5,24
XX. Causas externas	21	10,71	18	8,78	17	8,85	56	9,44
Demais causas definidas	35	17,85	35	17,08	23	11,97	93	15,68
Total	196	100	205	100	192	100	593	100

Quadro 7 - Número de óbitos segundo causa morte dos residentes em Altinho/PE no período compreendido entre 2008 a 2010.

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM. Situação da base de dados nacional em 25/01/2012.

6 PLANO OPERATIVO

6.1 Matriz do Plano de Intervenção

Diretrizes: Promover o incentivo à realização das atividades de promoção à saúde na Atenção Primária, prevenindo e controlando as doenças cardiovasculares e diabetes Mellitus.						
Objetivo: Melhorar a efetividade das ações de prevenção e promoção à Saúde						
Meta 1: Implantar as ações do componente de promoção à saúde do Programa de Saúde do Escolar e estimular o desenvolvimento de hábitos saudáveis.						
Meta2: Incentivar a adesão à prática do autocuidado.						
Estratégias	Atividades	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Atuar na promoção da saúde na atenção primária, através de medidas preventivas e de controle a hipertensão arterial(HA) e diabetes mellitus(DM)	-Articular com a Secretária de Educação Municipal a implantação/implementação de ações do componente de promoção à saúde do Programa Saúde na Escola, voltadas para acompanhamento nutricional visando a detecção precoce da obesidade, promovendo adesão à alimentação saudável, práticas, corporais, esportivas e atividade física, prevenção do uso de álcool, drogas e tabaco. - Implementar ações de promoção à saúde junto as Equipes de Saúde da Família visando o desenvolvimento de hábitos saudáveis, quanto à alimentação, práticas, corporais, esportivas e atividade física, prevenção do uso de álcool, drogas e tabaco.	Material gráfico, de expediente, balança, régua antropométrica, fita métrica, glicosímetros e insumos (tiras reagentes para a leitura da glicemia capilar, lancetas, algodão, álcool a 70%, luvas de procedimento, caixa de perfuro cortante), esfignomanômetro, estetoscópio, calculadora, computador, datashow, telão, som portátil, aparelho televisivo, microfone, aparelho de DVD.	Atividades implantadas, do Programa Saúde na Escola (PSE) e nas Unidades de Saúde da Família.	Equipes da Atenção primária e profissionais do NASF, Professores e gestores das escolas.	60 dias	Número de Atividades realizadas nas escolas

Formar grupos de promoção ao autocuidado e ao empoderamento das pessoas hipertensas e diabéticas nas Unidades de Saúde da Família	- Desenvolver atividades educativas com os grupos de hipertensos e Diabéticos estimulando o autocuidado. Promover a disseminação de informações sobre a doença e seus fatores de risco para a população visando promoção da saúde e prevenção das referidas doenças;	-Material de expediente, gráfico, computador, data show, telão, som portátil, aparelho televisivo, microfone, aparelho de DVD.	Atividades implantadas, nas Unidades de Saúde da Família.	Equipes da Atenção primária e profissionais do NASF,	60 dias	Número de Atividades realizadas nas escolas
---	---	--	---	--	---------	---

FONTE: AUTORA, 2012

6.2 Matriz de Intervenção

Diretrizes: Fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com Hipertensão e Diabetes na Atenção primária, garantindo a avaliação contínua e a melhoria da gestão do Cuidado, através do enfoque multiprofissional e integral.						
Objetivo: Estruturar o cuidado na Atenção Primária aos hipertensos e diabéticos nas Unidades de Saúde da Família						
Meta 1: Identificar e descrever como está estruturada a atenção à saúde as pessoas com HA e DM nas equipes de saúde da família; Meta 2: Atualizar o cadastro dos pacientes hipertensos e diabéticos Meta 3: Implantar o processo de Educação Permanente para qualificar os profissionais que atuam na rede de atenção primária						
Estratégias	Atividades	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Realizar um diagnóstico situacional de como está estruturado o Programa de H A e DM, nas 08 Unidades de Saúde da Família;	Elaborar uma oficina com os profissionais da rede de atenção primária, identificando os principais nós críticos encontrados na atual estruturação da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos.	Material de expediente, espaço físico, computador, data show, telão, som portátil e microfone.	Diagnóstico realizado	Coordenação municipal da Atenção Primária	30 dias	Oficina realizada e diagnóstico situacional concluído.
Atualizar o cadastro dos hipertensos e diabéticos	Realizar atualização das fichas de cadastramento padronizadas pelo Ministério da Saúde para o Programa de H A e D M.	Material gráfico, de expediente, balança, fita métrica, glicosímetros e insumos (tiras reagentes para a leitura da glicemia capilar), esfignomanômetro, estetoscópio, calculadora, computador e impressora, ponto de acesso à internet.	Cadastro atualizado	Equipes das unidades de saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da família (NASF)	120 dias	Percentual de Cadastro atualizado
Construir um plano de educação permanente	Realizar oficinas objetivando o levantamento dos temas que serão abordados para qualificação dos profissionais da Saúde da Família e do NASF. Estruturar e sistematizar o plano de educação permanente e apresentar ao Conselho Municipal de Saúde	Material de expediente, espaço físico, computador, data show, telão, som portátil, microfone.	Plano construído	Coordenação Municipal da Atenção primária e Secretária Municipal de Saúde;	30 dias	Plano elaborado

<p>Capacitar e os profissionais de Saúde da atenção primária na qualificação do cuidado aos hipertensos e diabéticos e no manuseio dos Protocolos Clínicos estabelecidos pelo MS para o Programa de Hipertensão e Diabetes.</p>	<p>Realizar capacitações para qualificação do cuidado aos hipertensos e diabéticos para Médicos, Enfermeiros, Odontólogos e profissionais do NASF, com foco no cumprimento dos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS para o Programa de Hipertensão e Diabetes.</p> <p>Realizar capacitações para qualificação do cuidado aos hipertensos e diabéticos com foco no cumprimento dos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS para o Programa de Hipertensão e Diabetes, para Técnicos de Enfermagem e Auxiliar de Saúde Bucal.</p> <p>Realizar capacitações para qualificação do cuidado aos hipertensos e diabéticos com foco no cumprimento dos protocolos clínicos estabelecidos pelo MS para o Programa de Hipertensão e Diabetes para os agentes comunitários de saúde;</p>	<p>Contratar 03 Técnicos para realização das capacitações dos profissionais da Atenção Primária; material de expediente, espaço para realização das capacitações, data show, telão, computador e impressora, cartucho para impressão.</p>	<p>Profissionais capacitados.</p>	<p>Coordenação municipal da Atenção primária e Secretária Municipal de Saúde;</p>	<p>45 dias</p>	<p>Percentual de profissionais capacitados e</p> <p>Percentual de Unidades com Protocolos Clínicos implantados</p>
<p>Implementar a política de Assistência Farmacêutica com foco na logística</p>	<p>Implementar ações de estruturação, seleção, padronização, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, controle e monitoramento.</p>	<p>Medicamentos e produtos para a saúde para o controle da hipertensão e diabetes.</p>	<p>Hipertensos e diabéticos recebendo medicação regularmente e acompanhamento especializado através de exames e</p>	<p>Equipe multidisciplinar da Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>12 meses</p>	<p>Fazer o consolidado trimestral dos medicamentos distribuídos/dispensados aos pacientes com H A e DM.</p>

<p>Implementar o Apoio ao Diagnóstico, ampliando a oferta de exames laboratoriais, cardiológicos e outros preconizados no Protocolo Clínico da Atenção Primária..</p>	<p>Estruturar o Laboratório de Análises Clínicas Municipal aumentando a oferta de exames.</p> <p>Ampliar a oferta municipal de com contratação de profissionais ou serviço para ambulatório especializado.</p>	<p>Reforma estrutural e aquisição de equipamentos e mobiliários, insumos e ampliação do quadro funcional.</p> <p>Contratar pessoal ou serviços para ambulatório especializado.</p>	<p>consultas.</p>			<p>Realizar estudo comparativo entre a capacidade instalada e o número de exames realizados semestralmente.</p>
---	--	--	-------------------	--	--	---

FONTE: AUTORA, 2012

6.3 Matriz de Intervenção

Diretrizes: Fortalecer e qualificar o cuidado às pessoas com Hipertensão e Diabetes na Atenção primária, garantindo a avaliação contínua e a melhoria da gestão do Cuidado, através do enfoque multiprofissional e integral.						
Objetivo: Institucionalizar processo permanente de monitoramento e avaliação.						
Meta: Implantar em 100% das Unidades de Saúde da família o monitoramento do cuidado aos hipertensos e diabéticos utilizando como ferramenta de monitoramento o Sistema de Informação do Ministério da Saúde (SIS-Hiperdia) e Protocolos de acompanhamento e avaliação Municipal.						
Estratégias	Atividades	Recursos necessários	Resultados esperados	Responsáveis	Prazos	Mecanismos de Verificação
Instituir o processo de monitoramento para avaliação continuada do cuidado aos hipertensos e diabéticos nas 08 unidades de saúde da família;	Realizar o monitoramento do cuidado aos hipertensos e diabéticos usando como ferramenta o SIS-hiperdia. Integrar as ações de Atenção Primária a saúde(APS) com os demais níveis do Sistema, mediante as linhas de cuidado.	Definição da equipe de monitoramento e avaliação, material gráfico e de expediente, computador / impressora e veículo automotor para deslocamento da equipe.	Monitoramento e avaliação do cuidado implantado.	Coordenação municipal da Atenção Primária e Secretária Municipal de Saúde.	Bimestral	Percentual de unidades com o monitoramento implantado.

FONTE: AUTORA, 2012

7 RECURSOS FINANCEIROS

O recurso destinado à execução do plano operativo deste projeto será captado do Bloco de Financiamento da Atenção Primária do Município.

8 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um plano de intervenção utilizar dados de domínio público não incorrerá em implicações éticas.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Melhorar a qualidade da atenção primária representa hoje um dos maiores desafios enfrentado pelos gestores de saúde no que diz respeito a uma qualificação na integração dos serviços quando da construção das linhas de cuidado e avanços rumo à integralidade. Nesta luta, é imprescindível contar com o trabalho multidisciplinar, promover a qualificação das equipes visando uma melhor resolutividade nas UBS, construindo um modelo de serviço baseado em ações que comprovadamente conduza a uma melhor qualidade de vida e autonomia dos pacientes nos processos de adoecimento.

A promoção da melhoria no acolhimento, a formação de grupos direcionados aos trabalhos educativos, terapia de grupo, envolvendo atividades físicas e comunitárias entre outros, são ações que exigem um processo de Educação Continuada, envolvendo a equipe, visando mudanças das práticas profissionais e desenvolvimento de um senso crítico sobre o processo laboral, respeito e aceitabilidade dos diversos saberes vivenciados no cotidiano das equipes.

Levando em consideração o aumento da incidência e prevalência da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, estando a taxa mortalidade com índice acima da média dos níveis Estaduais e Nacionais, resolvi priorizar como tema de conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistema e Serviços de Saúde, a elaboração de um plano de intervenção, voltado a reorganização do gerenciamento do cuidado e incentivo a promoção à saúde, contribuindo para que o cuidado com os pacientes hipertensos e diabéticos, na atenção primária não seja realizado de forma fragmentada, mas efetivado com enfoque interdisciplinar, voltado para oferecer assistência integral, estruturando o cuidado à partir das equipes de saúde da família, levando em consideração as especificidades, enfatizando a busca nas mudanças nos processos de trabalho e na priorização de modelo centrado no sujeito e suas necessidades.

REFERÊNCIAS

AMERICAM COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Manual do ACSM para teste de esforço e prescrição de exercício.** 5 ed. Rio de Janeiro: Revinter. 2000.

ARAÚJO, A. F.; SOUZA, M. E. A.; MENEZES, C. A. Qualidade de Vida e Aspectos Socioeconomicos em Diabéticos Tipo 1. **Arq. bras. endocrinol. metab.** São Paulo. v. 52, n. 7, p. 1124-30, out. 2008.

ARELLANO, N.(s.d.) **El método de investigación accion crítica reflexiva. (online).** Disponível em: <[http:// www.geocities.com/aula/inv-accion.htm](http://www.geocities.com/aula/inv-accion.htm)>. Acesso em: 31 de maio de 2012.

BARRETO FILHO, J.A; KRIEGER, J.E. Genética e hipertensão arterial: conhecimento aplicado à prática clínica. **Rev. Soc. Bras. Card. Estado de São Paulo.** São Paulo, vol 13, n. 01, p. 46-55, jan/mar, 2003.

BENNET, J. C.; PLUM, F. **Cecil – tratamento de medicina interna.** 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus.** Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus: O que todos precisam saber.** Brasília: Ministério da Saúde, 1996

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus: Guia básico para diagnóstico e tratamento.** 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Departamento de Formulação de Políticas de Saúde, 2000.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolo Técnico – **Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual para a organização da Atenção Primária**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolo Técnico – **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

BRUNNER, S. C. S; SUDDARTH, B. G. B. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. v.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CASTRO, A. D. R. V; GROSSI, S. A. A. Custo do tratamento do diabetes mellitus tipo 1: dificuldades das famílias. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v. 21, n. 4, p. 624-28, 2008.

CECIL, A. **Tratado de Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993.

CESSE, E. A. P. et al. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, v. 93, n. 5, p. 490-497, nov. 2009.

FERNANDES, FILHO. J. **A prática da avaliação física**. Testes, medidas e avaliação física em escolares, atletas e academias de ginástica. 2ª ed. Rio de Janeiro: Shape, 2003.

FIRMO, J. O. A; LIMA-COSTA, M. F; BARRETO, S. M. 2006. The Bambui Health and Aging Study (BHAS): Factors associated with the treatment of hypertension in older adults in the community. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 817-827, mai/jun, 2003

GALINDO, A.J. A. **Avaliação do controle clínico de hipertensos e diabéticos cadastros no Programa do Acompanhamento da Atenção Primária (Hiperdia) no município de Arcoverde – PE**. Dissertação (mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

GUS, I. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica no Rio Grande do Sul e fatores de risco associados**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo. v.78, n. 5, p. 478-483, 2002.

HARRISON, T. R. **Medicina Interna**. 14^a ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda, 1998.

HARZHEIM, E. et al. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

KEMMIS, S.; MCTAGGART, R. (eds) **The action research planner**. 3^a ed. Deakin University: Ed. Victoria, 1988.

LOTUFO, P.A. Premature mortality from heart diseases in Brazil. A comparison with other countries. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v.70, n.5, p. 321-325, 1998

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. **Arq. bras.endocrinol. metab.** São Paulo. v. 48, n. 2, p. 261-66, 2004.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec. 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa de Saúde da Família: Contradições e novos desafios. In: **CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA**. São Paulo. APSP. Anais. São Paulo: Editores Áurea Maria Zöllner Ianni. Cláudia Bógus, 2000.

MION, D. J.; SILVA G. V.; ORTEGA, C. K. A importância da medicação anti-hipertensiva na adesão ao tratamento. **Ver Bras Hipertens**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 55-8, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **DATASUS**: Informação de Saúde (TABNET). Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br>>. Acesso em: 17 de mar 2010.

NIEMAN, D. C. **Exercício e Saúde**. São Paulo: Editora Manole. 1999.

O'BRIEN, R. Um exame da abordagem metodológica da pesquisa ação. In: ROBERTO RICHARDSON. **Teoria e Prática da Pesquisa Ação**. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba. 2001. Disponível em: <<http://www.web.ca/~robrien/papers/arfinal.html>>. Acesso em: 04 jun. 2012.

OLIVEIRA, J. E; MILECH, A. Diabetes Mellitus tipo II: tratamento. Medicação hipoglicemiante. In: CORONHO, V; PETROIANU, A; MATOS, E. **Tratado de endocrinologia e cirurgia endócrina**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2001.

OLIVEIRA, G. M. M; KLEIN, C. H; SILVA, N. A. S. Análise crítica das mudanças das taxas de mortalidade por doenças do aparelho circulatório ocorridas entre 1980 e 2000, no Estado do Rio de Janeiro. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro. v. 6, n. 2, p. 95-100, abr/jun. 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção de Doenças Crônicas**, 2005. Disponível em: <www.oms.org>. Acessado em: 17/04/2012.

PIERIN, Â. M. G; GUSMÃO, J.L; CARVALHO, L. V. B. A falta de adesão ao tratamento como fator de risco para hipertensão arterial. **Rev. da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. São Paulo, v.7, n.3, p.100-102, 2004. Disponível em: <<http://www.sbh.org.br/hipertensao/2004-n3-v7>>. Acesso em: 07 de maio/2012.

GOTTEMS, L. B. D. **Relatório final de pesquisa: Avaliação da Atenção Primária em Belo Horizonte: organização, oferta e acessibilidade aos serviços**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.

SHARKEY, B. J. **Condicionamento físico e saúde**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus** - Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007

STARFIELD, B. **Primary Care: concept, evaluation and policy**. New York.: Oxford University Press, 1992.

STEMBURGO, T; ALBA, V. D; GROSS, J. L; AZEVEDO, M. J. Fatores dietéticos e síndrome metabólica. **Arquivos brasileiros de endocrinologia e metabologia**. São Paulo, v. 51, n.9, p.1425-1433. 2007.

SUSMAN, G.I; EVERED, R.D. An Assessment of the Scientific Merits of Action Research. **Administrative Science Quarterly**. New York, v.23. n. 4, p. 582-603, December, 1978.

TEXEIRA, E. R. et al. **O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde.** Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 378-84, dez, 2002.

TEXEIRA, L. **Atividade física adaptada e saúde:** da teoria à prática. São Paulo: Phorte, 2008.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa–Ação.** São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

WHELTON, P. K. et al. **Primary prevention of hypertension:** Clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. JAMA. Rockville Pike, V. 288, n. 15, p. 1882-8, 2002.

WILD, S.; ROGLIC, G; GREEN, A; SICREE, R.; KING, H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care.** Beauregard St, v.27, n.5, p.1047-1053. maio 2004.

WILMORE, J.H; COSTILL, D.L. Basic energy systems. In: WILMORE, J.H; COSTILL, D.L. **Physiology of sport and exercise.** Champaign: Human Kinetics, 1994