

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE  
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO**

**SAMUEL TRINDADE MENEZES**

**CAMINHOS PARA UM VIVER SAUDÁVEL: PROJETO DE INTERVENÇÃO  
EM HIPERTENSÃO E DIABETES EM UM MUNICÍPIO  
DO INTERIOR DO AMAZONAS**

**Brasília  
2008**

**SAMUEL TRINDADE MENEZES**

**CAMINHOS PARA UM VIVER SAUDÁVEL: PROJETO DE INTERVENÇÃO  
EM HIPERTENSÃO E DIABETES EM UM MUNICÍPIO  
DO INTERIOR DO AMAZONAS**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadoras: Prof. Patrícia Chaves Gentil e Érica Ell

Brasília  
2008

### **Ficha catalográfica**

M543c Menezes, Samuel Trindade.  
Caminhos para um viver saudável: projeto de intervenção em hipertensão e diabetes em um município do interior do Amazonas / Samuel Trindade Menezes; Orientadoras: Patrícia Chaves Gentil ; Érica Ell – Brasília, 2008.  
56 f. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização)—Fundação Oswaldo Cruz, Direção Regional de Brasília, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2008.

1. Educação Continuada. 2. Dieta Saudável. 3. Estilo de Vida Saudável. I. Gentil, Patrícia Chaves. II. Ell, Érica. III. Título.

CDD: 612.39

Ficha elaborada por Jaqueline Ferreira de Souza CRB 1/3225

**SAMUEL TRINDADE MENEZES**

**CAMINHOS PARA UM VIVER SAUDÁVEL: PROJETO DE INTERVENÇÃO  
EM HIPERTENSÃO E DIABETES EM UM MUNICÍPIO  
DO INTERIOR DO AMAZONAS**

Esta monografia foi julgada e aprovada para obtenção do grau de Especialista em  
Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição no Programa de Pós-graduação  
em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília

**Brasília, 23 de julho de 2008**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Erica Ell  
Doutora em Meio Ambiente e  
Desenvolvimento – UFPR/Paraná

---

Prof. Janine Gilbert Coutinho  
Mestre em Nutrição Humana/UNB -  
Brasília

---

Prof. José Iturri de La Mata  
Doutor em Saúde Coletiva. Fiocruz – Rio de  
Janeiro

A minha esposa, Carmen Ana Vieira  
Menezes por ser uma fonte de paciência e  
amor constante.

A minhas filhas(os), Marina Vieira  
Menezes, Sabrina Vieira Menezes, Glauco  
Menezes e Glauber Menezes por serem a  
razão do meu existir.

Por vocês suporto a solidão, enfrento os  
medos e sigo em frente. Serão sempre meu  
porto seguro.

## **AGRADECIMENTOS**

A Fundação Oswaldo Cruz

A Diretoria Regional de Brasília

A Coordenadora do Curso de Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição: Denise Oliveira e Silva

As orientadoras Prof. Patrícia Chaves Gentil e Érica Ell, pela dedicação, competência e apoio

Aos professores do Curso de Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição

“ Tenho resolvido levar nas minhas costas o monopólio de melhorar uma pessoa só, eu mesmo. E sei como é difícil consegui-lo.”

Mahatma Gandhi

## RESUMO

MENEZES, Samuel Trindade. Caminhos para um viver saudável: Projeto de intervenção em hipertensão e diabetes em um município do interior do Amazonas. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

O presente trabalho tem como objetivo geral promover formação permanente das equipes de saúde, destacando a atenção ao hipertenso e ao diabético, nas unidades de saúde do município de São Paulo de Olivença – AM. Ao longo do trabalho, identificou-se a necessidade de contratação e formação de novas equipes de saúde, mudança do atual modelo hospitalocêntrico para um modelo preventivo, necessidade de construção de novas unidades de saúde e o entendimento que esses problemas não serão resolvidos na atual gestão. Optou-se pela educação permanente dos funcionários da saúde como uma proposta exequível e necessária. A população alvo para essa intervenção serão todos os funcionários da atenção básica e hospital. Foram listados todos os objetivos específicos em um quadro e, para cada objetivo, várias estratégias de ação, seguidos dos recursos necessários e a forma de apresentação dessas estratégias, tais como oficinas práticas, discussões em grupo e teatro. Concluiu-se que para que haja ações verdadeiramente efetivas é necessário investir na promoção e prevenção, abordando temas como alimentação e estilo de vida saudável, redução do uso de sal, açúcares, álcool e gorduras saturadas, incentivo à atividade física, uso de frutas, verduras e fibras em geral em todo ciclo de vida do indivíduo.

Palavras-chaves: interdisciplinaridade, família, promoção, alimentação saudável e estilo de vida saudável.

## ABSTRACT

MENEZES, Samuel Trindade. Caminhos para um viver saudável: Projeto de intervenção em hipertensão e diabetes em um município do interior do Amazonas. 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

This paper aims to promote general training of teams of health, highlighting the attention to the diabetic and hypertension, health units in the municipality of São Paulo de Olivença - AM. Throughout the work, identified the need for recruitment and training of new teams of health, changing the current model hospitalocêntrico a model for preventive, need for construction of new units of health and understanding that these problems are not resolved in current management. The choice has been the continuing education of health officials as a proposal feasible and necessary. The target population for this intervention are all employees of basic care and hospital. They were all listed specific goals in a framework, and for each goal, several strategies of action, followed by the necessary resources and form of presentation of these strategies, such as practical workshops, discussion groups and theater. It was concluded that for there to be truly effective action is necessary to invest in promotion and prevention, addressing topics such as nutrition and healthy lifestyle, reducing the use of salt, sugar, alcohol and saturated fat, encouragement of physical activity, use of fruit, vegetables and fibre in general throughout the life cycle of the individual.

Keywords: interdisciplinary, family, promotion, healthy diet and healthy lifestyle.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 1.....	36
<b>Quadro 2</b> : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 2.....	38
<b>Quadro 3</b> : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 3.....	40
<b>Quadro 4</b> : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 4.....	41
<b>Quadro 5</b> : Cronograma 2009, Objetivo Específico-1.....	45
<b>Quadro 6</b> : Cronograma 2009, Objetivo Específico-2.....	47
<b>Quadro 7</b> : Cronograma 2009, Objetivo Específico-3.....	50
<b>Quadro 8</b> : Cronograma 2009, Objetivo Específico-4.....	51

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**DCNT**- Doenças Crônicas Não-Transmissíveis;

**DRC** - Doença Renal Crônica;

**DM** - Diabetes Mellitus;

**HA** - Hipertensão Arterial;

**AVE** - Acidente Vascular Encefálico;

**PSF** - Programa Saúde da Família;

**ACS** - Agentes Comunitários de Saúde;

**NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família;

**ESF** - Equipes de Saúde da Família;

**PACS** - Programa de Agentes Comunitários;

**SPO** - São Paulo de Olivença;

**SUS** - Sistema Único de Saúde;

**PNAN** - Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

**IV DBHA** - IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial;

**GAPEFAM**- Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família.

## SUMÁRIO

<b>1 SITUAÇÃO PROBLEMA</b> .....	<b>11</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1 Objetivo Geral .....	17
2.2 Objetivos Específicos .....	17
<b>3 JUSTIFICATIVA TÉCNICO – CIENTÍFICA</b> .....	<b>18</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>34</b>
5.1 Local e Público Alvo: .....	35
5.2 Estratégias de Ação: .....	35
<b>6 ASPECTOS ÉTICOS</b> .....	<b>42</b>
<b>7 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>8 CRONOGRAMA/2009</b> .....	<b>45</b>
<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>52</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>54</b>

# 1 SITUAÇÃO PROBLEMA

A partir dos avanços da ciência, iniciados na metade do século 20, com mudanças notáveis na indústria, na tecnologia, avanços socioeconômicos e políticos importantes, observou-se a transição do perfil epidemiológico de morbimortalidade das doenças, com expressiva redução das doenças infecto-contagiosas, decorrentes dos descobrimentos de antibióticos e vacinas e a ascensão das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus e a hipertensão arterial.

Com o aumento da expectativa de vida, associado às mudanças no estilo de vida, caracterizado pela inatividade física, sedentarismo, stress, tabagismo e hábitos alimentares não saudáveis, com dietas pobres em fibras, alto teor de gorduras, consumo excessivo de sal e álcool, entre outros fatores, acabaram impactando no aumento das DCNT. Estima-se que o número de diabetes e hipertensão no Brasil seja de 23.000.000 e que haja 1.700.000 de pessoas com doença renal crônica (DRC).

Para Velásquez-Meléndez *et al* (2007), o diabetes mellitus (DM) é considerado como uma doença de proporções epidêmicas em todo o mundo, com um número crescente de casos novos diagnosticados a cada ano. Estima-se que 11% da população  $\geq 40$  anos sejam diabéticos. Em 2000, 26,4% da população mundial  $\geq 20$  anos tinham hipertensão arterial (HA). Segundo o mesmo autor, estima-se que a prevalência em 2025 poderá atingir 29,2% da população adulta no mundo.

Segundo o plano de organização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, do Ministério da Saúde:

A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada. O diabetes atinge a mulher grávida e todas as faixas etárias, sem distinção de raça, sexo ou condições sócio-econômicas. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), a cada ano, mais de dois milhões de mortes, em todo o mundo, são atribuídos à inatividade física e demais fatores de risco ligados ao estilo de vida, decorrentes do incremento de enfermidades e incapacidades causadas pelas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT); doenças cardiovasculares, cânceres e diabetes. Para o Ministério da Saúde (2002), em 1988, estimou-se que somente as DCNT contribuíram

com quase 60% das mortes (31,7 milhões) no mundo, e que em 2020, 73% de todas as mortes sejam atribuídas a essas doenças.

Segundo a Portaria nº. 648/GM, Brasil (2006), o Programa Saúde da Família (PSF), tem se consolidado como estratégia prioritária para a organização da atenção básica no Brasil. A Equipe Saúde da Família é composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Para o Ministério da Saúde (2006), os profissionais da rede básica, têm importância primordial no controle da hipertensão e diabetes, na definição do diagnóstico e conduta terapêutica, nos esforços para informar e educar e como fazê-lo seguir o tratamento.

No município de São Paulo de Olivença – AM, os serviços de saúde não estão organizados de acordo com a Estratégia Saúde da Família. O Programa Saúde da Família não está implantado, o atendimento é centralizado no hospital, com enfoque na doença e abordagem individualizada. A família, comunidade e grupos não são considerados, ausência de interdisciplinaridade, intervenção farmacológica na maior parte dos casos, escassas ações educativas ou preventivas, horário de trabalho inadequado, ausência de referência e contra-referência.

O Ministério da Saúde (2006), destaca que “A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento”. Reforça a necessidade da formação de uma equipe mínima, como: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêuticos e agentes comunitários de saúde na atenção básica.

Na atenção ao cliente hipertenso e diabético, a abordagem interdisciplinar é de fundamental importância, por ser esses agravos de etiologia multifatorial. Cada profissional têm atribuições específicas e se completam. Quando uma abordagem nutricional está indicada, o nutricionista é o profissional mais adequado, no acompanhamento de atividade física, profissional de educação física ou fisioterapeuta, problemas de ordem social ou psicológica, assistente social e psicóloga, entre outros profissionais. O enfermeiro e o médico não conseguem responder adequadamente a todas essas necessidades e demandas.

A Portaria nº. 154/GM, Brasil (2008), aponta para a inserção de novos profissionais na atenção básica, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a

finalidade de ampliar o acesso e melhorar a resolubilidade da atenção à saúde. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), devem ser constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que atuarão em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família (ESF), compartilhando a construção de práticas em saúde, frente aos problemas identificados a partir do diagnóstico da situação de saúde da população dos territórios sob responsabilidade das ESF.

Embora se ressalte a importância da abordagem interdisciplinar, o profissional nutricionista é de fundamental importância no acompanhamento da hipertensão e diabetes mellitus. Hábitos alimentares inadequados fazem parte do rol dos fatores que agravam essas doenças, necessitando orientação adequada. Segundo o Ministério da Saúde (2006), mudanças no estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos, associadas a discreta redução de peso (5; 10%), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas e o aumento da atividade física regular.

O nutricionista na atenção básica é o profissional indicado no diagnóstico nutricional, na identificação dos distúrbios nutricionais, orientações de alimentação e nutrição, como incentivo para hábitos de vida e alimentação saudável, no atendimento individualizado e coletivo, entre outras atividades. Para Carvalho (2007), o nutricionista é o único profissional a receber uma instrução específica que lhe permite, a partir desse diagnóstico e da observação dos valores socioculturais, propor orientações dietéticas cabíveis e necessárias, adequando-as aos hábitos da unidade familiar, à cultura, às condições fisiológicas dos grupos e à disponibilidade de alimentos.

Em relação a importância da família como unidade de cuidado, Nitschke (1991), comenta que assistir à família significa sair da rotina hospitalar e entrar no mundo da própria família. É um processo de aprendizagem contínuo, sendo necessário estar sempre atento para não perdê-la como o foco principal desta assistência. Vê-la enquanto unidade/grupo, sem deixar de atender seus membros, no que se refere aos seus problemas individuais, é fundamental.

A hipertensão e o diabetes representam um desafio na vida do indivíduo, da família ou daqueles que, inevitavelmente, necessitarão lidar com esta nova condição. Assim, faz-se necessário um olhar especial, pois a doença acompanhará o indivíduo e a família no decorrer de suas vidas. De alguma forma, afetará de maneira abrupta toda expectativa de vida, seja em nível individual ou coletivo, impondo mudança no estilo de vida.

Embora a doença se manifeste no indivíduo, a família, de modo inequívoco, sofrerá conseqüências de diversas ordens. Isto gerará a necessidade de reestruturação ou adaptação à nova situação a ser enfrentada, tanto para o indivíduo como para a família. Quanto maior o conhecimento e orientação em relação à hipertensão e o diabetes, melhores serão os enfrentamentos, equilíbrio, controle e convivência com a doença.

Menezes (2003), em pesquisa realizada no município de São Paulo de Olivença – AM, verificou que 45% dos portadores de hipertensão e diabetes seguiam parcialmente as orientações dos profissionais de saúde, 39,4% classificaram a necessidade da mudança do estilo de vida como um dos fatores que mais dificultam a adesão ao tratamento, 41,9% faziam apenas uso de medicamentos, sem mudanças no estilo de vida, 40,8% faziam uso de medicação, associado a alguma mudança no estilo de vida, como dietas e atividade física, 46,8% conhecia pouco sobre a doença e 77,5% consideram importantes a formação de grupos de discussão sobre o tema.

No município de São Paulo de Olivença – AM, a atenção básica é limitada. Não possui ESF, apenas PACS, a rede de serviços de saúde é composta por um hospital do Estado, atendendo ambulatório, emergência e internação, três unidades básicas, sendo duas em áreas urbanas e uma em área rural e três pólos indígenas. O ambulatório do hospital e as unidades básicas funcionam apenas no período da manhã, sendo que em uma unidade básica há atendimento médico pela tarde.

No hospital de São Paulo de Olivença – AM, concentram-se basicamente 100% de todos os atendimentos médicos (modelo hospitalocêntrico) e laboratório, pois as unidades básicas possuem apenas um médico, que atende as duas unidades urbanas em horários alternados, manhã e tarde. Nos pólos indígenas e na unidade rural, todo o atendimento é feito por enfermeiros. São quatro médicos atendendo ao todo, sendo três no hospital e um nas unidades básicas urbanas e um enfermeiro em cada unidade de saúde, para 30 mil habitantes.

O modelo hospitalocêntrico além de ser pouco eficaz, é uma das causas do baixo acesso da população ao serviço, visão especializada e focal do processo saúde-doença, tratamento farmacológico como sendo a principal terapêutica e não responde ao modelo de promoção e prevenção proposto na atenção primária.

Na emergência não se faz atendimento médico em horário integral, são chamados em casa ou por telefone quando necessário (sobreaviso), devido o reduzido número de médicos. As unidades atendem apenas as demandas espontâneas com já foi exposto, com reduzidas

atividades educativas e preventivas. Os sistemas de informação são mal alimentados e os relatórios produzidos não geram ações em termos de saúde. Os indicadores levantados não são discutidos em equipe e por isso não se tem uma avaliação crítica em relação a esses indicadores.

Existe um sistema que cadastra e acompanha os hipertensos e diabéticos, chamado Hiperdia, porém este não está atualizado, constando 120 pessoas cadastradas ao todo. Não há atendimentos de grupos ou rastreamento de grupos de risco. O atendimento geralmente é medicamentoso, as orientações são mínimas, não se faz campanhas de esclarecimentos sobre o problema.

A Portaria nº 648/GM, Brasil (2006), em seus princípios gerais, define que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Considera o sujeito na sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde – SUS.

Promover, prevenir, diagnosticar, reabilitar e manter a saúde no âmbito individual e coletivo são responsabilidades da atenção básica. A interdisciplinaridade é essencial no conjunto dessas ações para alcançar resultados favoráveis. O trabalho interdisciplinar caracteriza-se pelo diálogo, pelo respeito mútuo, saber ouvir, pela amizade, que somados, responderá de forma mais satisfatória determinado problema. “Sozinho não se chega a lugar algum”, reza o ditado. Também significa ouvir o indivíduo, a família, a comunidade. As ciências não podem trabalhar isoladamente!

Embora a abordagem individual e coletiva sejam importantes e complementares, pesquisas apontam à atenção coletiva como mais consistentes e duradouras em relação aos fatores que levam a hipertensão e diabetes. Neste sentido, a família e a comunidade são importantes nas estratégias de promoção e prevenção desses agravos.

Verifica-se no município de SPO, a falta de profissionais para compor a atenção básica, organização dos serviços não estruturados, falta de informação, jornada de trabalho em desacordo com a Política Nacional de Atenção Básica. Percebe-se também a presença da

cultura que valoriza a abordagem individual, curativista e medicamentosa, ausência de interdisciplinaridade, baixas ações de saúde na família, na comunidade ou coletividade e escassos trabalhos de promoção e prevenção.

No município, são escassos os trabalhos nas escolas, na comunidade e com grupos, como os de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Não se trabalha coletivamente e permanentemente temas como alimentação saudável, mudanças no estilo de vida, amamentação, imunização, entre outros temas, na rede de atenção básica. Quando acontece são isolados e não há continuidade.

O presente trabalho pretende refletir sobre a questão da situação da atenção básica no município de SPO e mostrar como vem impactando negativamente no diagnóstico e acompanhamento do hipertenso e diabético, além de outros agravos. Discutir a importância da promoção e prevenção, a interdisciplinaridade, a família, a comunidade, os grupos, sem excluir a necessidade da atenção individualizada.

Em suas considerações finais, destacou a necessidade da contratação de novos profissionais, reorientação e organização da atenção básica. A proposta é estar promovendo encontros permanentes para discutir esses temas e apontar caminhos para a nova gestão, afim de que se comprometam com uma agenda política que possa melhorar a situação do município.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Promover formação permanente das equipes de saúde, destacando a atenção ao hipertenso e ao diabético, nas unidades de saúde do município de São Paulo de Olivença – AM.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Desenvolver estratégias para o monitoramento da situação alimentar e nutricional, manejo e abordagem ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus;
2. Promover oficinas de reflexão com a equipe de saúde sobre a importância da promoção da alimentação saudável e mudanças no estilo de vida na rotina da unidade;
3. Discutir com os profissionais a importância da interdisciplinaridade, da família e comunidade na atenção básica;
4. Desenvolver estratégias para promover a integração entre hospital, domicílio, comunidade e rede de atenção básica, envolvendo os atores que atuam nesses contextos;

### **3 JUSTIFICATIVA TÉCNICO – CIENTÍFICA**

Avaliações permanentes buscando a qualidade do atendimento dos clientes com HA e DM e sua família serão sempre oportunas e necessárias, dando prioridade à promoção e prevenção desses agravos, favorecendo capacitações permanentes das equipes de saúde. Nas últimas décadas a expectativa de vida passou a ser cada vez maior. Com o desenvolvimento tecnológico, houve um avanço crescente no descobrimento de vacinas e outros medicamentos mais específicos, aumentando os anos de vida da população em geral.

Em contrapartida, houve um aumento expressivo das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes e a hipertensão, destacando-se em relação as demais doenças. Nesse sentido, ressalta-se a necessidade de melhores serviços de saúde, maiores investimentos, qualificação, maior e melhor planejamento das ações e pesquisa, na assistência a estes indivíduos, sua família e a coletividade.

Pesquisas apontam para abordagens em seguimentos populacionais como mais efetivas e consistentes. A manutenção da saúde está ligada muito mais ao estilo de vida, na forma como o indivíduo cuidou de seu corpo ao longo de todo seu ciclo de vida, do que relacionado à problemas genéticos, pré-disposição, imunidade. Neste sentido é importante trabalhar com seguimentos populacionais, como por exemplo, a importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e sua continuidade até dois anos ou mais, alimentação saudável na infância, adolescência, gestação, período puerperal, adultos e idosos.

Campanhas de esclarecimento para redução do excesso do consumo de sal, açúcares e bebidas alcoólicas, combate ao sedentarismo, obesidade, são ações importantes e efetivas. Todos esses fatores quando não trabalhados coletivamente ou individualmente, podem acarretar danos à saúde, inclusive surgimento ou agravamento da hipertensão e diabetes.

Do ponto de vista econômico, pesquisas apontam que cada dólar investido em atividades preventivas de educação e controle metabólico do cliente diabético resultará numa economia estimada de 6 dólares nos gastos gerais com atendimento curativo na rede de saúde, conforme dados do Centro Internacional de Diabetes de Mineapolis, nos Estados Unidos.

Na área hospitalar, é comum clientes diabéticos ou hipertensos retornando precocemente para uma nova internação, após terem tido alta há poucos dias ou semanas dos hospitais. Este fato não representa apenas custos à instituição, mas um sentimento de

frustração para todos que estão envolvidos neste processo. Quando o paciente e a família não são adequadamente orientados, e as variáveis envolvidas no processo saúde/doença não são consideradas, como integralidade, estado emocional, nutrição, entre muitas outras, estes fatos se repetirão, trazendo prejuízos não apenas ao indivíduo e sua família, mas a toda instituição. A família é o elo mais íntimo e próximo do paciente.

Embora cada situação, necessite uma intervenção específica, o que se pretende demonstrar, é a importância da família, da interdisciplinaridade e da necessidade de avaliação da organização dos serviços de saúde. Para que haja mudanças, é necessário pensar sempre a situação atual, o nosso modo de realizar as atividades, buscando melhorar nosso agir, renovando-se continuamente por meio de avaliações permanentes.

O gestor em saúde, que pretenda otimizar seus recursos ao longo de sua gestão, necessariamente necessitará investir em um novo modelo, preventivo e permanente, reorganizando o atendimento, de forma a garantir uma nova abordagem, investindo na formação e contratação de novas equipes, educação e qualificação dos seus profissionais e no aponderamento da comunidade desses serviços e cuidados.

Discutiu-se a importância das mudanças no estilo de vida, da alimentação saudável, do combate ao sedentarismo, obesidade, tabagismo como necessários à saúde do indivíduo de maneira geral e na manutenção do equilíbrio e estabilidade do hipertenso e diabético. Mas de que forma e com que frequência os profissionais de saúde estão orientando essas mudanças? Até pouco tempo atrás, o hospital era visto como porta de entrada das pessoas, pouco se falava em promoção e prevenção. Todo investimento era na construção de hospitais, laboratórios modernos, clínicas especializadas. O Movimento da Reforma Sanitária iniciado nos anos de 1970 é muito recente e encontra-se em construção, e agimos muitas vezes impulsionados pelo modelo antigo.

É necessário retomar e refletir as bases do Movimento da Reforma Sanitária, que fortalecia a atenção primária e as ações de promoção e prevenção. O SUS é o resultado desse movimento. É provável que este projeto não resolva problemas estruturais, como contratação de pessoal, mudança do modelo hospitalocêntrico, da cultura medicamentosa, mas o fato de buscar trabalhar juntos aos profissionais a importância da interdisciplinaridade, família, promoção e prevenção é uma grande provocação para a inovação necessária.

Não se tem a ilusão que este projeto resultará em profundas alterações estruturais na atenção à saúde, porém qualquer melhora é bem vinda, é um começo. Fazer pensar é sempre

importante. Temos que refletir sobre o nosso agir o tempo todo! Temos que romper com o anacronismo que o hospital é que resolve o problema. É a promoção e a prevenção que impedem que os problemas surjam! É evidente que uma boa gestão é essencial e necessária.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

Discutiu-se sobre a hipertensão e o diabetes e outros agravos até o momento. No entanto, é necessário preveni-las, e o modelo hospitalocêntrico, curativista e medicamentoso não responde de forma adequada à promoção e a prevenção. As DCNT se caracterizam por sua instalação lenta e progressiva, os sintomas podem levar anos para surgirem. Neste sentido, é importante tratar o assunto em todos os ciclos de vida. Do ensino fundamental à universidade, nas famílias, comunidade, associações e grupos.

Algumas pesquisas apontam estimativas catastróficas em relação ao aumento das DCNT, HA e DM nos próximos anos. E a pergunta que se faz é como podemos preveni-las? Embora a responsabilidade seja de toda sociedade, o setor saúde tem grande contribuição, investindo em promoção e prevenção. As unidades de saúde deveriam promover atividades para todos os ciclos de vida. Oficinas com apresentação de pratos regionais, variados, coloridos, com frutas, água cristalina, sucos naturais é um exemplo. Só esse cenário era suficiente para trabalhar temas como alimentação saudável, consumo de frutas, água de boa qualidade, entre outras iniciativas. Medidas mundialmente aceitas no controle e combate a esses agravos.

Nas unidades de saúde, um grupo trabalharia cozinhas temáticas, na preparação da alimentação, que passa pela escolha, pelo gosto, pela cultura, higiene, uso racional do sal e do açúcar. Outro fazendo caminhadas, mães promovendo a amamentação. Isto é promoção! O Guia alimentar para a população brasileira (2006), destaca diversas receitas e cardápios saudáveis que podem ser elaborados pelos nutricionistas em conjunto com a equipe de saúde e usuários, atendendo à especificidade de cada fase do curso de vida (lactentes e pré-escolares, escolares, adolescentes, gestantes, nutrízes, mulheres, homens e idosos).

Os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (2006) apontam para a promoção e estimulam o trabalho interdisciplinar. No caderno sobre hipertensão e diabetes: controle de peso, hábitos de vida saudável, redução do consumo de bebidas, abandono do tabagismo, atividade física regular. No caderno sobre obesidade: promoção de atividade física no cotidiano e no lazer, “modos de viver ativos”, alimentação saudável.

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a Estratégia Global em Alimentação Saudável, atividade Física e Saúde, com o objetivo de se reduzir os riscos à incidência de DCNT, onde o Brasil é signatário, tendo quatro objetivos principais:

- 1) Reduzir os fatores de risco de doenças não transmissíveis associadas a uma alimentação pouco saudável e a falta de atividade física mediante uma ação de saúde pública essencial e medidas de promoção da saúde e prevenção da morbidade.
- 2) Promover a consciência e o conhecimento geral acerca da influência da alimentação saudável e da atividade física em saúde, assim como do potencial positivo das intervenções de prevenção;
- 3) Fomentar o fortalecimento e a aplicação de políticas e planos de ação mundial, regionais, nacionais e comunitários direcionados a melhorar a alimentação e aumentar a atividade física; respaldar as investigações sobre uma ampla variedade de esferas pertinentes, incluída a evolução das intervenções; e fortalecer os recursos humanos que necessitam nesta área para melhorar a saúde;
- 4) Informar e instrumentalizar os profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde, através de uma série de publicações e iniciativas vem confirmando o compromisso do País com a estratégia global, dentre estes, cita-se a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (2003), que em suas diretrizes programáticas destacam: 1. estímulo às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; 2. garantia da segurança e da qualidade dos alimentos e da prestação de serviços neste contexto; 3. monitoramento da situação alimentar e nutricional; 4. promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; 5. prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; 6. promoção do desenvolvimento de linhas de investigação; e 7. desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Nas DCNT uma série de novos desafios e enfrentamentos surgirão, sendo impossível não considerá-los. Haverá obrigatoriamente um reajuste ou redefinição nos planos de vida do indivíduo e da família. De maneira geral, todas essas mudanças, estarão condicionadas de acordo com o tipo de doença e sua fase evolutiva, idade, nível sócio-econômico e cultural, estrutura familiar e condições adaptativas destes à nova situação. Os desafios de um adolescente que descobre que tem diabetes, por exemplo, são diferentes dos de um adulto jovem ou de uma família com filhos pequenos. No entanto, em todos os três casos ocorrerá mudanças no ciclo de vida e na organização familiar.

Miller (apud SILVA,1990), em um trabalho com 118 paciente cronicamente doentes, lista 13 categorias de desafios decorrentes da doença crônica:

- 1) Manter o sentido da normalidade;
- 2) Modificar a rotina diária, ajustando o estilo de vida;
- 3) Conhecer a doença e adquirir prática para o auto-cuidado;
- 4) Manter o auto conceito positivo;
- 5) Ajustar os relacionamentos sociais alterados;
- 6) Enfrentar as perdas concomitantes com a doença crônica;
- 7) Adaptar-se as mudanças de papel;
- 8) Trabalhar os desconfortos físicos;
- 9) Seguir o regime prescrito;
- 10) Confrontar a inevitabilidade da própria morte;
- 11) Enfrentar o que os outros pensam dele como doente;
- 12) Manter o controle;
- 13) Manter a esperança apesar da incerteza do rumo da doença.

A fim de minimizar o surgimento de muitos dos transtornos causados pelas DCNT, toda equipe de saúde, devem trabalhar na orientação, educação, superação e apoio que o cliente e sua família irão necessitar. Neste sentido, é necessário criar uma cultura assistencial que englobe a família no processo do cuidado e que se estabeleçam diferenças entre doenças agudas e crônicas e modelos de enfrentamentos, tendo a equipe interdisciplinar sempre presente, atuando nas demandas necessárias.

As V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2006), enfatiza que a hipertensão arterial é um excelente modelo para o trabalho em equipe multiprofissional. Por ser uma doença multifatorial, que envolve orientações voltadas para vários objetivos, terá seu tratamento mais efetivo com o apoio de vários profissionais de saúde. Objetivos múltiplos exigem diferentes abordagens, proporcionará ação diferenciada, ampliando o sucesso do controle da hipertensão e dos demais fatores de risco cardiovascular. Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos para o conhecimento da doença, de suas inter-

relações, de suas complicações e implica, na maioria das vezes, a necessidade da introdução de mudanças de hábitos de vida.

É essencial a comunicação flexível e transparente com toda equipe de saúde. Quanto mais entrosada a relação entre enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogas e toda a rede social do cliente e família, melhores resultados aparecerão na condição de vida do indivíduo doente. No controle das doenças metabólicas, a nutricionista deverá estar sempre presente.

Um princípio importante a ser adotado com familiares e portadores de doenças crônicas, bem como qualquer aspecto ligado a vida, é ter um olhar sistêmico e integral da situação. Devemos ver o mundo em termos de relações e de integração. Uma inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos, uma totalidade integrada, conforme argumenta Capra:

Todos os aspectos ligados à vida do indivíduo devem ser considerados, como também devem estar integrados e inter-relacionados todo o tratamento oferecido ao cliente e familiares. As mudanças no ciclo de vida familiar, a variedade de estilos familiares, as diversidades culturais e as várias formas de estruturas familiares não podem ser desconsideradas e reduzidas a uma forma padronizada de cuidado, pois se pode correr o risco de não atingir etapas importantes da vida do indivíduo e não alcançarmos o cuidado esperado. (CAPRA, 1982, p.122).

Observa-se em nossa realidade, condições sócio-culturais e econômicas muito precárias nos clientes e familiares assistidos nas unidades hospitalares e de atenção básica, por isso insiste-se em uma comunicação integrada entre os profissionais, especialmente médico e demais membros da equipe, fortalecendo sempre a interdisciplinaridade, no sentido de assegurar um tratamento que possa ser seguido pelo cliente e sua família.

A equipe de saúde é responsável em preparar o cliente e a família em seus novos desafios, auxiliando na recuperação e controle metabólico da HA e DM. Além disso, também é responsável pela elaboração de um correto processo terapêutico e na ponte entre o cliente e a unidade de saúde mais próxima de sua casa. No caso de clientes internados, essa ponte contribuirá para o atendimento e acompanhamento na unidade básica, favorecendo na recuperação, orientação e acompanhamento da família.

Machado (1995), orienta que o enfermeiro deve manter uma atitude positiva para ajudar os indivíduos a enfrentarem os novos desafios e estressores decorrentes de uma situação de doença crônica na família. O enfrentamento interpessoal deve ser encorajado, ajudando os clientes a tirarem o máximo de vantagem das oportunidades que se apresentam,

de obterem apoio de seus familiares e amigos, bem como, dos profissionais envolvidos no processo assistencial.

Rolland (1995) destaca que o curso das doenças crônicas assume essencialmente três formas gerais: progressiva, constante e recorrente ou episódica. Como exemplo de doenças de curso progressivo temos o câncer, a doença de Alzheimer, o diabetes juvenil, o enfisema e a artrite. Como doenças de curso constante, o derrame e o infarto de miocárdio de episódio único; e como recorrente ou episódica, a colite ulcerativa, a asma, a úlcera péptica, as enxaquecas e os estágios iniciais de esclerose múltipla.

Alguns conceitos utilizados nesse projeto são fundamentais e imprescindíveis que sejam compreendidos, de forma que é importante conceituá-los, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, família, interdisciplinaridade, nutrição, alimentação e estilo de vida saudáveis. Os conceitos são, basicamente, veículos de idéias que envolvem imagens. Eles constituem noções abstratas e são semelhantes às idéias, por definição. As impressões que recebemos pelas sensações despertadas pelo ambiente tornam-se conceitos. Conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos de qualquer empreendimento profissional.

Embora os conceitos aqui formulados sejam insipientes, tendo ainda uma grande lacuna a ser preenchida, define-se a seguir alguns que se acredita estar de acordo com nossas convicções e com a literatura:

- **Hipertensão Arterial:** O Ministério da Saúde (2002), define hipertensão arterial como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação hipertensiva.

Segundo as IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2002), o diagnóstico da hipertensão arterial é basicamente estabelecido pelo encontro de níveis tensionais permanentemente elevados acima dos limites de normalidade, quando a pressão arterial é determinada por meio de métodos e condições apropriados. Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento-chave para o estabelecimento do diagnóstico da hipertensão arterial.

Qualquer número é arbitrário. Qualquer classificação é insuficiente. Entretanto, devem considerar no diagnóstico da hipertensão, além dos níveis tensionais, os fatores de risco, a lesão de órgãos-alvo e as co-morbidades associadas. Há necessidade de extrema cautela antes de rotular algum paciente como sendo hipertenso, tanto pelo risco de falso-positivo como pela repercussão na própria saúde do indivíduo e o custo social resultante.

Aceita-se como normal para indivíduos adultos (com mais de 18 anos de idade) cifras inferiores a 85 mmHg de pressão diastólica e inferiores a 130 mmHg de pressão sistólica.

▪ **Classificação:**

A tabela a seguir mostra a classificação dos níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos, segundo as IV DBHA (2002):

**Tabela 1:** Níveis de pressão arterial no adulto acima de 18 anos

<b>Classificação da Pressão Arterial</b>		
<b>Classificação</b>	<b>Pressão Sistólica (mmHg)</b>	<b>Pressão Diastólica (mmHg)</b>
Ótima	<12	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
<b>Hipertensão</b>		
Estágio 1 (leve)	140-159	90-99
Estágio 2 (moderada)	160-179	100-109
Estágio 3 (grave)	≥ 180	>110
Sistólica isolada	≥ 140	< 90

Fonte: IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (IV DBHA)

▪ **Fatores de Risco:**

Segundo as IV DBHA (2002), o aumento da pressão arterial com a idade não representa um comportamento biológico normal. Prevenir esse aumento constitui o meio mais eficiente de combater a hipertensão arterial, evitando as dificuldades e o elevado custo social de seus tratamentos e de suas complicações.

Combater a hipertensão é prevenir o aumento da pressão pela redução dos fatores de risco em toda a população e nos grupos com maior risco de desenvolver a doença, como o limítrofe (130-39/85-89 mmHg) e aqueles com história familiar de doença hipertensiva.

Fatores de risco e medidas preventivas segundo o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde (2002), e as IV DBHA (2002):

- Tabagismo: recomenda-se a interrupção do tabagismo porque ele se associa a maior incidência e mortalidade das doenças coronárias, cerebrovasculares e vascular de extremidades;
- Ingestão de álcool: o consumo de álcool está associado ao risco cardiovascular elevado;
- Ingestão de sal e potássio: reduzir a ingestão de sal é uma das medidas de maior impacto na prevenção da hipertensão, pois associa-se à menor elevação anual da PA e promove a queda pressórica proporcional à diminuição do teor de sódio. O aumento da ingestão de potássio reduz os níveis da pressão arterial;
- Peso corpóreo: o excesso de peso aumenta de duas a seis vezes o risco de hipertensão, enquanto a diminuição de peso em normotensos reduz a pressão e a incidência de hipertensão;
- Atividade física: o exercício físico regular reduz a pressão sistólica/diastólica em 3/2 mmHg em normotensos, sendo a queda proporcional à pressão arterial inicial;
- Recomendações dietéticas: a dieta deve conter baixo teor de gordura, principalmente saturadas, baixo teor de colesterol e sódio e elevado teor de potássio e fibras;
- Estresse emocional: o estresse emocional pode aumentar a pressão arterial, mas não está comprovado o seu papel na gênese da hipertensão;
- Menopausa: a diminuição da atividade estrogênica após a menopausa aumenta o risco cardiovascular;
- Dislipidemias: a base do controle das dislipidemias é representada por mudanças dietéticas, com redução do consumo de gordura e substituição parcial das gorduras saturadas por mono e poliinsaturadas e redução da ingestão diária de colesterol, completadas por atividade física, interrupção do tabagismo e moderação no uso de bebidas alcoólicas;
- Pacientes com relato de hipertensão de difícil controle, com surgimento antes dos 30 anos ou de aparecimento súbito após os 50 anos, devem ser encaminhados para avaliação médica;

- Utilização de anticoncepcionais, corticosteróides, antiinflamatórios não-hormonais, estrógenos, descongestionante nasais, anorexígenos, ciclosporina, eritropoetina, cocaína, antidepressivo tricíclico e inibidores da monoaminoxidase;
- Sinais ou sintomas sugestivos de lesão em órgãos-alvo e/ou causas secundárias de hipertensão arterial;
- História familiar de hipertensão arterial, doenças cardíacas e cerebrovasculares, morte súbita, dislipidemia, diabetes e doença renal.

▪ ***Complicações:***

A pressão arterial elevada crônica leva a lesão vascular. Apresenta elevado custo médico-social, principalmente por sua participação em complicações como: doença cerebrovascular; doença artéria coronária; insuficiência cardíaca; insuficiência renal crônica; doença vascular de extremidades.

▪ ***Diabetes Mellitus:***

Segundo o Ministério da Saúde (2002), o DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas. As conseqüências do DM a longo prazo incluem danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Com freqüência os sintomas clássicos (perda inexplicada de peso, polidipsia e poliúria) estão ausentes, porém poderá existir hiperglicemia de grau suficiente para causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Antes do surgimento de hiperglicemia mantida, acompanhada do quadro clínico clássico do DM, a síndrome diabética passa por um estágio de distúrbio do metabolismo da glicose, caracterizado por valores glicêmicos situados entre a normalidade e a faixa diabética.

***Classificação:***

- Diabetes Mellitus Tipo 1;
- Diabetes Mellitus Tipo 2;
- Outros Tipos de Diabetes Mellitus;
- Diabetes Gestacional.

O DM tipo 1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. Inclui casos decorrentes de doença auto-imune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida.

O DM tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina. A maioria dos pacientes tem excesso de peso e a cetoacidose ocorre apenas em situações especiais, como durante infecções graves.

A categoria "outros tipos de DM" contém várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com uso de fármacos diabetogênicos.

DM gestacional é a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída detectados na gravidez. *Condições*

*de Risco do DM Tipo 2:*

- Idade > 40 anos;
- História familiar (pais, filhos, irmãos, etc.);
- Excesso de peso (IMC > 25 Kg/m<sup>2</sup>);
- Obesidade (particularmente do tipo “andróide” ou central);
- Hipertensão Arterial;
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos;
- Histórico prévio de hiperglicemia e/ou glicosúria;
- Mães de recém-nascidos com mais de 4 Kg;
- Mulheres com antecedentes de abortos freqüentes, partos prematuros, mortalidade perinatal, polidrâmnio, diabetes gestacional;
- HDL – colesterol < 35 mg/dl;
- Triglicérides > 200 mg/dl;
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, etc.);
- Sedentarismo.

Prevenção: Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2002), a prevenção é a forma mais eficaz, barata e gratificante de tratar esses agravos. É de suma importância e engloba, além da educação para a saúde, a reorganização das comunidades e da rede básica.

Geoffrey<sup>1</sup> apud (CHOR & FAERSTEIN, 2000), dizia que “um grande número de pessoas expostas a um pequeno risco pode gerar mais casos que uma pequena quantidade de

---

<sup>1</sup> Geoffrey Rose, epidemiologista inglês que estabeleceu as bases da prevenção das doenças crônicas

peças expostas a um grande risco”. Nesse sentido, a estratégia populacional de prevenção é mais efetiva e segura que a procura por indivíduos com alto risco, embora não deva ser excludente.

*Família:* A família pode ser definida de várias formas, a seguir buscou-se definir a partir do Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família - **GAPEFAM:**

É uma unidade formada por seres humanos que se percebem como família através de laços afetivos, de interesse e/ ou de consanguinidade, dentro de um processo histórico de vida, mesmo quando essas não compartilham um mesmo ambiente. Relacionam-se dinamicamente, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores, normas, conhecimentos e modos de vida, estruturados na cultura das gerações que incorporam e nas classes sociais a que pertencem. Tem direitos e responsabilidades, vive em interação com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. (GAPEFAM 1990, p.96).

*Família Saudável:*

Família Saudável é uma unidade que se auto-estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizados por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e as pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida. ( ELSSEN *et al*, 1994, p. 67-68 ).

*Interdisciplinaridade:* a interdisciplinaridade na saúde ainda constitui um desafio, pois pressupõe a interação e o diálogo entre várias disciplinas, em uma troca constante, no sentido que uma complementa a outra, pois nenhuma ciência é capaz de responder uma situação em sua totalidade. Embora em processo de construção e tendo um caminho longo a percorrer, do ponto de vista prático é irreversível, pois o ser humano guarda uma complexidade imensa, impossível de ser respondida apenas por uma categoria profissional ou ciência.

Para Oliveira (2007), A interdisciplinaridade no campo da saúde é uma necessidade. Entretanto, constitui um desafio, pois as relações entre os profissionais da saúde requerem uma compreensão maior sobre os processos de formação de vínculos afetivos e laços sociais, além de propiciar a troca entre eles através da convivência e do diálogo interdisciplinar. Para que ocorra a interdisciplinaridade em saúde faz-se necessário uma mudança significativa dos

paradigmas tradicionais norteadores da formação dos profissionais da saúde, buscando uma compreensão mais ampla da pessoa humana, tanto a que se propõe a cuidar da saúde de outrem, como a pessoa que adoece; colocando os sujeitos em interação com outros sujeitos, preocupados todos com o que pode significar conhecer objetos, pessoas e coisas.

A integralidade aponta ainda para a necessidade premente de mudança de paradigma. Dentro dos critérios da atenção integral à saúde proposta pelo SUS, não apenas a estrutura curricular de cada curso da área da saúde deve ser modificada, mas a forma de pensar e fazer saúde, aproximando mais o futuro profissional da saúde da realidade social e engajando-o numa equipe de trabalho que compreende a pessoa humana de uma forma integral. Essa é uma mudança fundamental para que ocorra a interdisciplinaridade no pensar e no fazer saúde.

Segundo Raynaut (2002), o segredo da interdisciplinaridade reside na competência acertada de cada especialista na sua disciplina, mas com o corolário de uma tomada de consciência dos limites da representação da realidade que ele constrói com seus conceitos e instrumentos metodológicos. Aquela consciência conduz à vontade de ultrapassar esses limites graças a trocas de questionamento e de informações com outros especialistas que possuem os conceitos e instrumentos idôneos para analisar outras facetas da realidade.

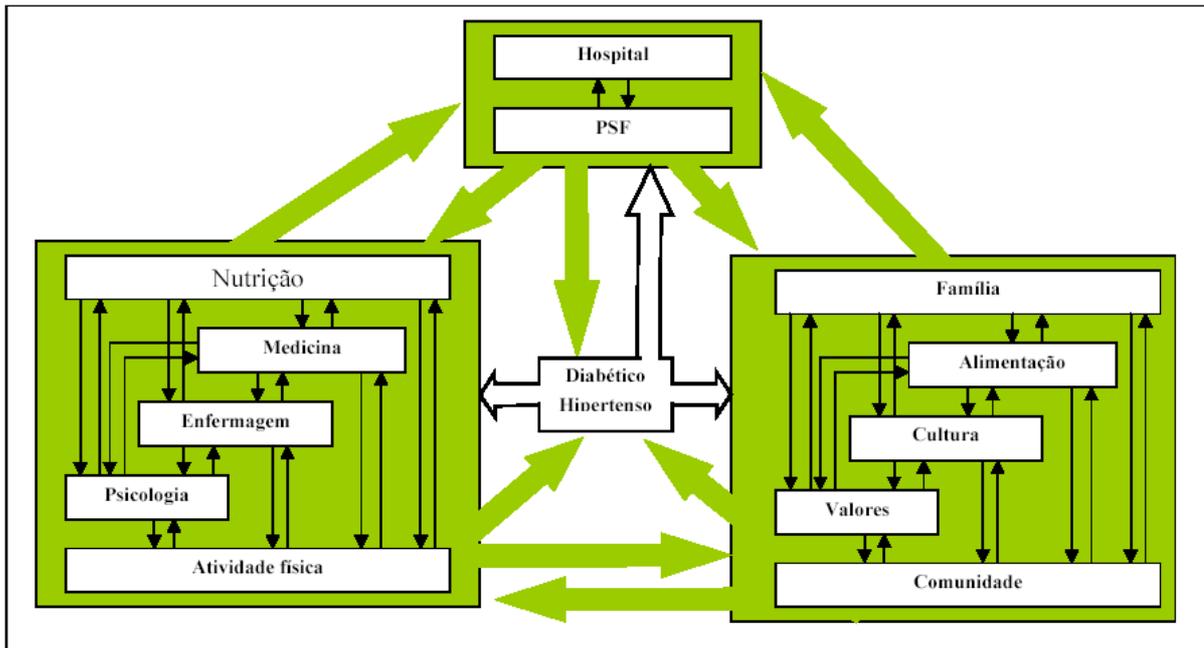
Para Almeida (2005), o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral.

Capra destaca que:

A teoria sistêmica vê o mundo em termos de relações e de integração. Os sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às de unidades menores. Em vez de se concentrar nos elementos ou substâncias básicas, a abordagem sistêmica enfatiza princípios básicos de organização. Os exemplos de sistemas são abundantes na natureza. Todo e qualquer organismo - desde a menor bactéria até o seres humanos, passando pela imensa variedade de plantas e animais - é uma totalidade integrada e, portanto um sistema vivo. (CAPRA, 1982, p. 260)

Capra (1982) aborda ainda que o pensamento sistêmico é pensamento de processo onde todos os fenômenos se inter-relacionam e interagem com o meio ambiente, auto-organizam, auto-renovam, regeram-se, adaptam-se. Cada criatura está, de alguma forma, ligada ao resto e dele depende. A terra é um sistema vivo. Os organismos vivos têm um potencial inerente para se superar a si mesmo a fim de criar novas estruturas e novos tipos de comportamento. Vida e mente são manifestações do mesmo conjunto de propriedades sistêmicas. A mente é a essência do estar vivo.

Na figura 1, pretende-se mostrar a importância da interdisciplinaridade das ciências e a diversidade que cercam o hipertenso e o diabético. É impossível separar essa inter-relação e interdependência. Do contrário, haveria uma dicotomia incapaz de responder a todos os fenômenos presentes. Todos os atores devem ser valorizados nesse contexto, usuário, família, comunidade, profissionais de saúde, bem como os valores que são expressos nessas relações, como a cultura, crenças, costumes e conhecimentos presentes.



**Figura 1:** Interdisciplinaridade e a transversalidade da nutrição nas demais ciências  
Fonte: O autor

Destaca-se também na figura acima, a importância da integração entre hospital, domicílio, comunidade, rede de atenção básica e todos os atores que atuam nesses contextos. Quanto maior a integração, melhores serão os resultados.

- **Nutrição:** Ciência que estuda os alimentos e suas relações com a saúde, o valor nutritivo dos alimentos, o metabolismo, o equilíbrio das dietas e os fatores que interferem na saúde, os quais podem ser sociais, psicológicos, culturais e econômicos.
- **Alimentação Saudável:** Uma alimentação é considerada saudável, quando possui os nutrientes necessários para o adequado desenvolvimento do organismo. Possui significados diferenciados dentro uma sociedade, pois dependem da cultura, das crenças e valores que determinados alimentos representam. Segundo o Ministério da Saúde (2006), uma alimentação saudável é aquela preparada com variedade de alimentos em quantidade

adequada ao ciclo de vida, coloridas e saborosas, incluindo alimentos de origem animal e vegetal. Começa com o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses e complementar até 2 anos ou mais. Pinheiro *et al* (2005), apontam as seguintes características de uma alimentação saudável: 1. Respeito e valorização as práticas alimentares culturalmente identificadas; 2. A garantia de acesso, sabor e custo acessível; 2. Variedade; 3. Colorida; 4. Harmoniosa e; 5. Segura.

- ***Estilo de vida saudável:*** Estilo de vida saudável é um conceito amplo que inclui a pessoa como um todo e que envolve vários aspectos. Os aspectos de um estilo de vida combinam-se para influenciar a saúde individual em todas as áreas: física, mental, espiritual e social. Um estilo de vida saudável contribui na prevenção de uma série de doenças, mantendo o organismo resistente e contribui no controle e melhora das doenças. Esta realidade é importante porque à medida que o corpo envelhece, começa-se a notar alterações no organismo de uma forma geral, envelhecimento, redução da imunidade, da força física. Um estilo de vida saudável inclui saúde preventiva, alimentação saudável, controle do peso, lazer, afeto, amor, exercícios regulares, evitando substâncias nocivas ao organismo, como bebidas alcoólicas, cigarro, drogas em geral, excesso de açúcar e sal, baixo consumo de gorduras saturadas.

O Ministério da Saúde (2006), comenta que evidências científicas demonstram que a saúde pode estar muito mais relacionado ao modo de vida das pessoas do que à determinação genética ou biológica, como se pensava anteriormente. Sedentarismo, alimentação não saudável, consumo de álcool, tabaco e outras drogas, o ritmo de vida cotidiano, a competitividade, isolamento do homem nas cidades são condicionantes das doenças chamadas modernas.

## **5 METODOLOGIA**

Pretende-se trabalhar a promoção e a prevenção em saúde, promovendo reflexões e discussões com os profissionais, através de oficinas e palestras que possam estar interagindo no cotidiano das unidades de saúde e usuário. Algumas oficinas práticas seriam inseridas e realizadas no dia a dia da rotina da unidade. Serão trabalhados temas relativos a importância da alimentação saudável e mudanças no estilo de vida como efetivas no controle e combate a esses agravos dentro de um processo de reflexão/ação.

A intenção é levar para a prática das unidades de saúde todos os objetivos propostos. As ações para cada objetivo serão trabalhadas nas oficinas, que poderão ser ministrados por profissionais da rede ou convidados.

Nos quadros 1, 2, 3 e 4 estão contidos os objetivos específicos e as estratégias de ação para cada um deles, com os recursos necessários e a forma de apresentação das oficinas. O cronograma está identificado nos quadros 5, 6, 7 e 8, distribuiu-se as estratégias de ação de acordo com cada objetivo, definindo-se o período de execução e a carga horária.

O projeto será discutido com o Secretário Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde, destacando a importância de se investir em promoção e prevenção como uma das medidas mais adequadas ao combate e controle das doenças e a redução dos gastos públicos em saúde em médio e longo prazos.

O gestor será informado sobre a necessidade de liberação de recursos financeiros para aquisição de materiais necessários e hospedagem dos palestrantes convidados, para o desenvolvimento de alguns temas propostos neste projeto. Todos objetivos serão trabalhados ao longo do ano de 2009.

A opção pela capacitação dos profissionais de saúde é uma proposta viável e exequível, embora se reconheça problemas estruturais que devem ser discutidos e modificados para o êxito adequado da intervenção.

### **5.1 Local e Público Alvo:**

A intervenção será realizada através de oficinas e atividades práticas no município São Paulo de Olivença – AM, com funcionários que compõem o quadro das unidades básicas de saúde e hospital, no período de janeiro a dezembro de 2009, no Auditório das Irmãs Capuchinhas, nas unidades de saúde, escolas, comunidade e em grupos.

### **5.2 Estratégias de Ação:**

As estratégias de ação foram dispostas em quadros. Nos quadros 1, 2, 3 e 4 foram relacionados os objetivos específicos, recursos necessários e a forma de apresentação dessas ações. No cronograma, representado pelos quadros 5, 6, 7 e 8 as estratégias de ações ficaram organizadas de acordo com o período de apresentação e carga horária.

**Quadro 1** : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 1

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
<p>1. Desenvolver estratégias para o monitoramento da situação alimentar e nutricional ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizar oficinas refletindo temas de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), antropometria, avaliação do estado nutricional individual e coletivo;</li> <li>◆ Capacitar os funcionários das salas de triagem e preparo, para padronizar e manter como rotina nas unidades as medidas antropométricas de peso, altura e circunferência cintura/quadril em todos os ciclos de vida;</li> <li>◆ Consolidar em boletins diários e mensais as informações do estado nutricional de cada paciente;</li> <li>◆ Verificar junto aos ACS todos os hipertensos e diabéticos informados em sua ficha de acompanhamento e certificar se os mesmos encontram-se cadastrados no hiperdia;</li> <li>◆ Capacitar os funcionários para a correta realização do diagnóstico nutricional de todos os pacientes atendidos e corrigir possíveis distorções;</li> <li>◆ Manter todos os pacientes com HA e DM acompanhados no Sisvan;</li> <li>◆ Discutir com o gestor a compra de dois computadores com acesso a internet e capacitar funcionários da recepção das unidades urbanas no Sisvan Web, bolsa família, hiperdia e demais programas via online;</li> <li>◆ Lançar para o grupo de profissionais a promoção anual de campanhas da busca ativa de hipertensos e diabéticos nas oficinas e colher sugestões sobre a melhor forma de fazê-lo;</li> <li>◆ Promover capacitação permanente dos funcionários e incentivá-los para cursos de atualização e pós-graduações;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Computador e impressora;</li> <li>2. Data Show</li> <li>3. Uma resma de papel A4;</li> <li>4. Canetas, lápis, borracha, tesouras, canetas marca texto, caneta hidrocor, pincel atômico;</li> <li>5. Cartolinas, papel manilha, revistas;</li> <li>6. Trazer alimentos in natura</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apresentação expositivo-dialogada;</li> <li>2. oficinas, jogos;</li> <li>3. Aula prática com os consolidados individuais e coletivos e treinamento no sistema web e em antropometria;</li> <li>4. Convidar palestrantes/facilitadores para abordagem do tema e formação de mesa redonda para discussão;</li> </ol>

**Quadro 1** : As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 1 (continuação)

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Trabalhar junto ao gestor a importância de incentivo sobre linhas de investigação em relação ao diabetes e hipertensão e solicitar os recursos necessários aos funcionários para que possam desenvolvê-los;</li> <li>◆ Desenvolver ações de promoção e prevenção, intensificando atividades nas famílias, grupos e coletividade, trabalhando temas como: alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, controle do excesso de peso, redução de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e atividade física regular através de oficinas práticas;</li> <li>◆ Estabelecer junto aos funcionários rotina para que toda pessoa com HA e DM deve ter a pressão arterial aferida, avaliação clínico-laboratorial, avaliação de fatores de risco, atendimento interdisciplinar, avaliação nutricional por nutricionista sempre que possível, visita domiciliar de faltosos e fornecimento de medicamentos garantidos, adotando nas unidades fluxograma neste sentido;</li> <li>◆ Estabelecer prontuários específicos para esses grupos, a fim de favorecer o acompanhamento, separando dos demais prontuários;</li> <li>◆ Criar rotinas e protocolos específicos na abordagem a esses grupos, em consonância com protocolos do Ministério da Saúde;</li> </ul>		

**Quadro 2:** As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 2

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
<p>2. Promover oficinas de reflexão com a equipe de saúde sobre a importância da alimentação saudável e mudanças no estilo de vida na rotina da unidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Definir no calendário das unidades de atenção básica um dia da semana dedicado à alimentação saudável e mudanças no estilo de vida para ser adotado como rotina;</li> <li>◆ No dia definido como dedicado à alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, promover temas variados, com produção de pratos de alimentos produzidos regionalmente, de baixo custo, aceitos pela cultura local, oficinas, cozinhas temáticas, caminhadas, a critério de escolha de cada equipe das unidades;</li> <li>◆ Utilizar o espaço das escolas com os funcionários como estratégia para trabalhar com os pais, alunos, professores e comunidade, temas que envolvam alimentação e hábitos de vida saudável;</li> <li>◆ Discutir com os funcionários temas como promoção de práticas alimentares saudáveis e atividade física nas unidades e comunidade;</li> <li>◆ Estimular a manutenção do peso adequado, fazendo práticas com os funcionários para avaliar o estado nutricional;</li> <li>◆ Promover campanhas contra o hábito de fumar nas unidades de saúde e na comunidade através de oficinas;</li> <li>◆ Estimular os funcionários para a prática de atividade física de pelo menos 30 min/dia;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Idem;</li> <li>2. Trazer várias embalagens de bebidas e cigarros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Idem;</li> <li>2. Discutir composição das embalagens e cigarros;</li> <li>3. Atividade prática: caminhadas e eleição do prato mais saudável preparado nos grupos;</li> </ul>

**Quadro 2:** As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 2 (continuação)

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Discutir com os funcionários estratégias para reduzir e evitar o consumo excessivo de alimentos salgados e açucarados através de oficinas na unidade e comunidade;</li> <li>◆ Promover nas oficinas o consumo de frutas, hortaliças, legumes e cereais integrais, para que sejam repassadas ao público em geral na rotina do atendimento das unidades;</li> <li>◆ Enfocar nas oficinas a substituição de gorduras saturadas por gorduras insaturadas, trazendo para o grupo exemplos dessas gorduras;</li> <li>◆ Trazer refrigerantes, balas e bombons nas oficinas, como exemplos para limitar a ingestão desses produtos;</li> <li>◆ Incentivar a presença de outros profissionais na equipe, por ser o DM e a HA de etiologia multifatorial, envolvendo a abordagem de vários profissionais, destacando-se a importância da nutricionista no diagnóstico nutricional, na identificação dos distúrbios nutricionais, orientações de alimentação e nutrição, como incentivo para hábitos de vida e alimentação saudável, no atendimento individualizado e coletivo, entre outras atividades através da contratação de equipe mínima;</li> <li>◆ Trabalhar em oficinas junto às equipes das unidades básicas as diretrizes contidas no guia alimentar para a população brasileira para que sejam replicadores do conteúdo nas escolas, comunidade e grupos: 1. os alimentos saudáveis e as refeições, 2. cereais, tubérculos e raízes, 3. frutas, legumes e verduras, 4. feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas, 5. leite e derivados, carnes e ovos. 6. gorduras, açúcares e sal, 7. água, 8. atividade física e 9. qualidade sanitária dos alimentos;</li> </ul>		

**Quadro 3:** As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 3

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
<p>3. Discutir com os profissionais a importância da interdisciplinaridade, da família e comunidade na atenção básica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Trabalhar com os profissionais a importância da formação das equipes, do diálogo, da cooperação, da união, da discussão em grupo para superação das dificuldades enfrentadas no dia a dia, trocando experiências e saberes;</li> <li>◆ Estabelecer uma agenda para dias específicos para discussões em grupos;</li> <li>◆ Trabalhar as questões das emoções, do trabalhar em equipe, da importância da empatia;</li> <li>◆ Destacar sempre a família como unidade de cuidado, dando atenção especial a todos os membros da família, pois é lá que o indivíduo vive, come, dorme e se relaciona, qualquer alteração identificada deve ser discutida pela equipe;</li> <li>◆ Desenvolver nas oficinas uma cultura que destaque não apenas o indivíduo, mas a família e a comunidade;</li> </ul>	<p>1. Facilitadores</p>	<p>1. Idem quadro 1 2. Convidar uma psicóloga para desenvolver os temas</p>

**Quadro 4:** As estratégias de ação em relação ao objetivo específico 4

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Recursos Necessários	Forma de Apresentação
<p>4. Desenvolver estratégias para promover a integração entre hospital, domicílio, comunidade e rede de atenção básica envolvendo os atores que atuam nesses contextos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Discutir com a equipe do hospital a importância de sua interface com o contexto da comunidade, das famílias e da unidade básica de saúde;</li> <li>◆ Estabelecer nas discussões com os profissionais, que os hipertensos, diabéticos e seus familiares deverão ser orientados e encaminhados na ocasião da alta hospitalar para a unidade de saúde mais próxima de suas residências;</li> <li>◆ Manter uma lista no hospital com os telefones de todas as unidades básicas para que sejam comunicadas da alta desses pacientes e se possa agendar visita domiciliar;</li> <li>◆ Trabalhar no sentido que o sistema de referência e contra referência seja observado com todos os pacientes atendidos no hospital e encaminhados para atenção básica;</li> <li>◆ Estabelecer junto aos funcionários que no momento da internação, a família necessita ser amparada e treinada para os novos desafios decorrentes da hipertensão e do diabetes, como por exemplo: mudanças no estilo de vida, alimentação, pacientes insulino-dependentes que não possuem condições para o auto-cuidado a família precisa ser treinada e a rede básica informada;</li> <li>◆ Promover nas oficinas discussões da importância de uma rede de apoio com todos os pacientes e sua família que necessitarão ter suas rotinas alteradas em decorrência de uma doença;</li> </ul>	<p>1. Facilitadores</p>	<p>1. Promover discussões com Secretário de Saúde, Conselhos de Saúde, direção do hospital e funcionários a pertinência e importância do tema;</p>

## 6 ASPECTOS ÉTICOS

Um paciente ao comentar sobre o atendimento médico assim dizia: “*gosto do atendimento daquele médico, pois ele me vê como ser humano, e não apenas a minha doença, preocupou-se em conseguir até um emprego para mim. Os outros me tratam de forma fria, profissional, olhando apenas a minha doença...*”. Nesta fala, pode-se perceber, que um olhar apenas sobre a doença, não responde as necessidades de quem busca a unidade, tornando o atendimento muitas vezes sem o efeito esperado.

Este projeto se baseia em ver o paciente e a família como “seres humanos”, indivisíveis, únicos, de necessidades diversas, além do que os olhos podem enxergar, merecedores de atenção e de profundo respeito. Se não fosse este olhar, tal projeto seria em vão, sem sentido, técnico apenas.

Para Wandow (1993) a reflexão e a prática da ética parecem cada vez mais necessárias em uma sociedade onde a crescente tecnologia ameaça o sentido humanitário. O significado e a dignidade da pessoa humana devem ser valorizados assim como a compreensão dos valores, seus significados, escolhas e sistemas prioritários dentro dos quais são expressos.

O ser humano deve ser o foco de toda assistência. Suas necessidades, seus medos, o processo saúde/doença em que está envolvido, enfim, buscar estar atento em um processo de amadurecimento e aprendizagem para saber entender e atuar no cliente e sua família, respeitando seus sentimentos e seus direitos.

Badion (1993), faz a seguinte referência:

supõe-se que exista um sujeito humano reconhecível em toda parte, que possui direitos de alguns modos naturais: direito de sobreviver, de não ser maltratado, de dispor de liberdades fundamentais (liberdade de opinião, de expressão, de escolha democrática de governo, etc). A ética consiste em preocupar-se por esses direitos, fazer com que sejam respeitados. (BADION,1993, p.19)

A família, o cliente e todo o contexto onde estes estão envolvidos merece toda nossa atenção e respeito, tendo este direito garantido, independente de sua cor, raça, religião, doença, simpatia, situação econômica ou cultural em que estes vivam.

## **7 ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLANTAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

O projeto aponta problemas estruturais dentro do município que devem ser discutidos em nível de gestão, como atendimento centrado na unidade hospitalar (modelo hospitalocêntrico), formação e contratação de novas equipes, construção de novas unidades de saúde, entre outros.

Nas atividades de educação permanente, foco desse projeto, o público alvo serão os profissionais da atenção básica e do hospital. Mobilizará vários atores, pois em suas estratégias de ação, as atividades estão direcionadas no sentido de educar, refletir, revisão da prática e do agir no dia a dia da rotina da unidade. A intenção é estar mobilizando esforços para que aconteça nos horários de expediente com a participação das equipes a frente de cada estratégia de ação. A formação de calendários e programações permanentes será de suma importância.

Envolverá prefeito, secretário de saúde, conselho de saúde, funcionários da atenção básica e população em geral. As estratégias de ação se propõe à tornar rotina atividades de promoção e prevenção, fortalecendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, a família e a comunidade. Não são estratégias estáticas, que acontecerão no âmbito de sala de aula ou auditório apenas e se encerram, pelo contrário, a intenção é motivar práticas saudáveis dentro da rotina das unidades.

Como a intenção é fugir do modelo tradicional de educação, trazendo conteúdos diferenciados para a prática profissional, haverá a necessidade de uma mobilização de pessoal muito maior nas ações desenvolvidas. Além de materiais de expedientes já citados, como computadores, a intenção é fazer cozinhas temáticas em determinados momentos, trabalhando diversos aspectos, da compra, preparo, higiene, variedade. Para que ocorra será necessário à compra desses alimentos e outros insumos. Alguns formadores virão do Estado, a princípio nutricionistas, e resultará em um custo maior com despesas de hospedagem e passagens aéreas.

A maior dificuldade será tornar as programações e atividades permanentes e a formação de uma agenda com datas específicas para as unidades de saúde, como o dia da alimentação saudável, da atividade física, do combate ao fumo, rastreamento de casos novos de HA, DM.

Outra dificuldade provável será sensibilizar toda equipe de saúde para essas novas práticas, trabalhando as resistências. Mudanças sempre geram desconfiças, dificuldades. Ao passo que existe pessoas que adoram inovar, criar, modificar suas práticas, existe pessoas que às abominam e tentam desmotivar os colegas. Encontramos muitos profissionais sem perfil necessário para trabalhar na atenção básica, muitas vezes associado à falta de capacitação em serviço.

Citam-se como elementos favoráveis para implantação do projeto, é que grande parte dos profissionais estão predispostos a mudanças e a acolherem novos conhecimentos. As práticas de promoção tendem a ser mais dinâmicas, em grupos, e muitas vezes exigem que sejam feitos também fora do ambiente do trabalho, dinamizando o dia a dia. Todos os profissionais serão motivados a desenvolverem seu potencial, com práticas diferenciadas, trabalhos coletivos tendem a ser mais efetivos, além da interdisciplinaridade exigida nessas ações, se promoverá a intersetorialidade, envolvendo e articulando ações com outros setores e profissionais, a população e a comunidade estarão envolvidas no processo.

## 8 CRONOGRAMA/2009

**Quadro 5:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-1

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
<p>1. Desenvolver estratégias para o monitoramento da situação alimentar e nutricional ao paciente com hipertensão arterial e diabetes mellitus;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Realizar oficinas refletindo temas de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), antropometria, avaliação do estado nutricional individual e coletivo;</li> <li>◆ Capacitar os funcionários das salas de triagem e preparo, para padronizar e manter como rotina nas unidades as medidas antropométricas de peso, altura e circunferência cintura/quadril em todos os ciclos de vida;</li> <li>◆ Capacitar os funcionários para a correta realização do diagnóstico nutricional de todos os pacientes atendidos e corrigir possíveis distorções;</li> </ul>	<p>Oficinas:</p> <p>A cada 6 meses fazer atualizações sobre o tema</p>	<p>24 hs</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Consolidar em boletins diários e mensais as informações do estado nutricional de cada paciente;</li> <li>◆ Estabelecer junto aos funcionários rotina para que toda pessoa com HA e DM deva ter a pressão arterial aferida, avaliação clínico-laboratorial, avaliação de fatores de risco, atendimento interdisciplinar, avaliação nutricional por nutricionista sempre que possível, visita domiciliar de faltosos e fornecimento de medicamentos garantidos, adotando nas unidades fluxograma neste sentido;</li> <li>◆ Criar rotinas e protocolos específicos na abordagem a esses grupos, em consonância com protocolos do Ministério da Saúde;</li> </ul>	<p>Diariamente e mensalmente</p>	<p>Manter como rotina da unidade</p>

**Quadro 5:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-1 (continuação)

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verificar junto aos ACS todos os hipertensos e diabéticos informados em sua ficha de acompanhamento e certificar se os mesmos encontram-se cadastrados no hiperdia;</li> <li>◆ Manter todos os pacientes com HA e DM acompanhados no Sisvan;</li> <li>◆ Estabelecer prontuários específicos para esses grupos, a fim de favorecer o acompanhamento, separando dos demais prontuários;</li> </ul>	Mensalmente	Manter como rotina
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Discutir com o gestor a compra de dois computadores com acesso a internet e capacitar funcionários da recepção das unidades urbanas no Sisvan Web, bolsa família, hiperdia e demais programas via online;</li> <li>◆ Trabalhar junto ao gestor a importância de incentivo sobre linhas de investigação em relação ao diabetes e hipertensão e solicitar os recursos necessários aos funcionários para que possam desenvolvê-los;</li> </ul>	Propor ao gestor	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Lançar para o grupo de profissionais a promoção anual de campanhas da busca ativa de hipertensos e diabéticos nas oficinas e colher sugestões sobre a melhor forma de fazê-lo;</li> </ul>	Nas unidades e comunidade: 22/10/2009	12 hs

**Quadro 6:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-2

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
<p>2. Promover oficinas de reflexão com a equipe de saúde sobre a importância da alimentação saudável e mudanças no estilo de vida na rotina da unidade;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Desenvolver ações de promoção e prevenção, intensificando atividades nas famílias, grupos e coletividade, trabalhando temas como: alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, controle do excesso de peso, redução de bebidas alcoólicas, abandono do tabagismo e atividade física regular através de oficinas práticas;</li> <li>◆ Definir no calendário das unidades de atenção básica um dia da semana dedicado à alimentação saudável e mudanças no estilo de vida para ser adotado como rotina;</li> <li>◆ No dia definido como dedicado à alimentação saudável e mudanças no estilo de vida, promover temas variados, com produção de pratos de alimentos produzidos regionalmente, de baixo custo, aceitos pela cultura local, oficinas, cozinhas temáticas, caminhadas, a critério de escolha de cada equipe das unidades;</li> </ul>	<p>Mensalmente: Última quarta feira do mês</p>	<p>Manter como rotina da unidade: Vespertino</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Utilizar o espaço das escolas com os funcionários como estratégia para trabalhar com os pais, alunos, professores e comunidade, temas que envolvam alimentação e hábitos de vida saudável;</li> </ul>	<p>20 de maio Manter como rotina</p>	<p>2 horas</p>

**Quadro 6:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-2 (continuação)

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Discutir com os funcionários temas como promoção de práticas alimentares saudáveis e atividade física nas unidades e comunidade;</li> <li>◆ Estimular a manutenção do peso adequado, fazendo práticas com os funcionários para avaliar o estado nutricional;</li> <li>◆ Promover campanhas contra o hábito de fumar nas unidades de saúde e na comunidade através de oficinas;</li> <li>◆ Estimular os funcionários para a prática de atividade física de pelo menos 30 min/dia;</li> <li>◆ Discutir com os funcionários estratégias para reduzir e evitar o consumo excessivo de alimentos salgados e açucarados através de oficinas nas unidades e comunidade;</li> <li>◆ Promover nas oficinas o consumo de frutas, hortaliças, legumes e cereais integrais, para que sejam repassadas ao público em geral na rotina do atendimento das unidades;</li> <li>◆ Enfocar nas oficinas a substituição de gorduras saturadas por gorduras insaturadas, trazendo para o grupo exemplos dessas gorduras;</li> <li>◆ Trazer refrigerantes, balas e bombons nas oficinas, como exemplos para limitar a ingestão desses produtos;</li> <li>◆ Trabalhar em oficinas junto às equipes das unidades básicas as diretrizes contidas no guia alimentar para a população brasileira para que sejam replicadores do conteúdo nas escolas, comunidade e grupos: 1. os alimentos saudáveis e as refeições, 2. cereais, tubérculos e raízes, 3. frutas, legumes e verduras, 4. feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas, 5. leite e derivados, carnes e ovos. 6. gorduras, açúcares e sal, 7. água, 8. atividade física e 9. qualidade sanitária dos alimentos;</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Oficinas: 6 em 6 meses</p> <p style="text-align: center;">13, 14 e 15 de maio e 18, 19 e 20 de novembro de 2009</p>	46 hs

**Quadro 6:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-2 (continuação)

<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Estratégias de Ação:</b>	<b>Período</b>	<b>Carga Horária</b>
	♦ Incentivar a presença de outros profissionais na equipe, por ser o DM e a HA de etiologia multifatorial, envolvendo a abordagem de vários profissionais, destacando-se a importância da nutricionista no diagnóstico nutricional, na identificação dos distúrbios nutricionais, orientações de alimentação e nutrição, como incentivo para hábitos de vida e alimentação saudável, no atendimento individualizado e coletivo, entre outras atividades através da contratação de equipe mínima;	Propor ao novo gestor	

**Quadro 7:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-3

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
<p>3. Discutir com os profissionais a importância da interdisciplinaridade, da família e comunidade na atenção básica;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Trabalhar com os profissionais a importância da formação das equipes, do diálogo, da cooperação, da união, da discussão em grupo para superação das dificuldades enfrentadas no dia a dia, trocando experiências e saberes;</li> <li>◆ Estabelecer uma agenda para dias específicos para discussões em grupos;</li> <li>◆ Trabalhar as questões das emoções, do trabalhar em equipe, da importância da empatia;</li> </ul>	<p>Oficinas: 12 de fevereiro e 16 de setembro de 2009</p>	<p>Vespertino 2 horas</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Destacar sempre a família como unidade de cuidado, dando atenção especial a todos os membros da família, pois é lá que o indivíduo vive, come, dorme e se relaciona, qualquer alteração identificada deve ser discutida pela equipe;</li> <li>◆ Desenvolver nas oficinas uma cultura que destaque não apenas o indivíduo, mas a família e a comunidade;</li> <li>◆ Promover nas oficinas discussões da importância de uma rede de apoio com todos os pacientes e sua família que necessitarão ter suas rotinas alteradas em decorrência de uma doença;</li> </ul>	<p>Oficinas: 2x ao ano  19 de fevereiro e 9 de dezembro de 2009</p>	<p>Manter como rotina da unidade</p>

**Quadro 8:** Cronograma 2009, Objetivo Específico-4

Objetivos Específicos	Estratégias de Ação:	Período	Carga Horária
<p>4. Desenvolver estratégias para promover a integração entre hospital, domicílio, comunidade e rede de atenção básica envolvendo os atores que atuam nesses contextos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Discutir com a equipe do hospital a importância de sua interface com o contexto da comunidade, das famílias e da unidade básica de saúde;</li> <li>◆ Estabelecer nas discussões com os profissionais, que os hipertensos, diabéticos e seus familiares deverão ser orientados e encaminhados na ocasião da alta hospitalar para a unidade de saúde mais próxima de suas residências;</li> <li>◆ Manter uma lista no hospital com os telefones de todas as unidades básicas para que sejam comunicadas da alta desses clientes e se possa agendar visita domiciliar;</li> <li>◆ Trabalhar no sentido que o sistema de referência e contra referência seja observado com todos os pacientes atendidos no hospital e encaminhados para atenção básica;</li> <li>◆ Estabelecer junto aos funcionários que no momento da internação, a família necessita ser amparada e treinada para os novos desafios decorrentes da hipertensão e do diabetes, como por exemplo: mudanças no estilo de vida, alimentação, pacientes insulino-dependentes que não possuem condições para o auto-cuidado a família precisa ser treinada e a rede básica informada.</li> </ul>	<p>Oficinas com facilitadores: 6 em 6 meses</p> <p>11 de março e 2 de dezembro</p>	<p>Manter como rotina hospitalar</p> <p>1 hora</p>

## 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As empresas têm como rotina, discussões permanentes junto a seus funcionários. Na área da saúde não se faz diferente. Embora vivenciando-se realidades e situações diferentes, o setor saúde não deixa de ser uma empresa, complexa e com grandes desafios para se gerenciar com competência.

Nas reuniões, discutem-se questões diversas, tendo sempre como objetivo o crescimento da empresa. Na saúde, a promoção e a prevenção talvez sejam a principal pauta de todo gestor, pois é através delas que se reduzem os custos e diversos agravos. Como regra geral, quanto mais investimentos em promoção e prevenção, menos gastos em saúde em médio e longo prazo.

No município de São Paulo de Olivença – AM, não deve ser diferente. Como nas empresas, em um determinado momento é necessário investir, para depois colherem-se os rendimentos desse investimento. O bem estar e a saúde de seus munícipes seriam os resultados desse investimento.

Embora essas reflexões possam ser redundantes e óbvias, nem sempre são seguidas. O presente trabalho considera a promoção e prevenção como mais efetivas na saúde individual e coletiva, destacando as estratégias para uma alimentação saudável e mudanças no estilo de vida como caminhos para um viver saudável.

No entanto, no município, percebeu-se que é necessário avançar um pouco além dos objetivos propostos nesse trabalho. A atenção básica é formada pela estratégia do Programa de Agentes Comunitários (PACS). Considera-se que é importante a implantação da Equipe Saúde da Família e a contratação de médicos, nutricionistas, psicólogos, assistente social e professor de educação física para servirem de apoio nas unidades básicas.

Em decorrência da complexidade da hipertensão e do diabetes, dos cuidados envolvidos, das necessidades biopsicosociais diferenciados que o envolvem, é necessário fortalecer o sistema de referência e contra-referência, integrando com a atenção básica e demais atores da saúde.

Para o próximo gestor sugere-se que é possível mudar esta situação através da educação permanente dos funcionários, contratação de novos profissionais para compor as unidades de atenção básica, além da criação de novas unidades de saúde, com recursos provenientes do PAB fixo e variável e recursos da prefeitura, pela implantação das Equipes de Saúde da Família (ESF) e Equipes de Saúde Bucal (ESB).

É importante inverter o atual modelo de saúde (hospitlocêntrico), centralizado no hospital, deslocando para as unidades básicas de saúde. Promovendo atividade de promoção e prevenção e redução das ações intervencionistas e medicamentosas. Neste sentido, apontam-se dois objetivos e algumas ações para serem pensados pelo próximo gestor.

**Objetivos:**

- Implantar os Programas Saúde da Família (PSF) e Equipe de Saúde Bucal (ESB);
- Organizar os serviços de atenção básica.

**Ações:**

- A necessidade de contratar profissionais para compor a rede de serviços de saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem e higiene dental, entre outros;
- Elaborar proposta de implantação do PSF, identificando áreas prioritárias, números de habitantes, número de ACS, ESF e Equipes de Saúde Bucal (ESB), como o município já tem implantado o PACS, áreas e micro-áreas já estão definidas e se torna mais fácil definir as áreas de atuação dessas equipes, seguir orientações da portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006;
- Organizar a atenção básica tendo a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS;
- Discussão com todos os profissionais a Política Nacional de Atenção Básica e como os serviços serão organizados;
- Horário de trabalho de 40 horas semanais conforme portaria 648.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C; MISHIMA, S. M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho.** Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação 9. Disponível em: <http://www.interface.org.br/indice.asp?nCodVol=9>. Acesso em: abril de 2008.

BADION, E. A. **Um ensino sobre a consciência do mal.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

BRASIL. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília: MS, 2002.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: MS, 2003.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários (PACS). Brasília: MS, 2006a. (Série Pactos pela saúde 2006 v. 4)

\_\_\_\_\_. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** Brasília: MS, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica nº 15).

\_\_\_\_\_. **Diabetes Mellitus.** Brasília: MS, 2006c. (Cadernos de Atenção Básica nº 16).

\_\_\_\_\_. **Obesidade.** Brasília: MS, 2006d. (Cadernos de Atenção Básica nº 12).

\_\_\_\_\_. **Guia Alimentar Para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável.** Brasília: MS, 2006e. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº. 154/GM de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente.** São Paulo: Cultrix, 1982.

CARVALHO, M. F. **Nutrição na Atenção Básica de Saúde: reflexões, janelas de oportunidades, avanços e desafios.** Curso de Gestão em Políticas de Alimentação e Nutrição. Brasília: Fiocruz/CGPAN, 2007.

CHOR, D. & FAERSTEIN, E. **Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):241-244, jan-mar, 2000. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1583.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1583.pdf).

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado com famílias. In: ELSEN, I. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994. p.67-68.

GAPEFAM. Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

IV DBHA. Sociedade Brasileira de hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2002. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp>. Acesso em: abril de 2008.

MACHADO, H. B. **Enfrentando a condição crônica de saúde após um acidente vascular cerebral**: um estudo de caso. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1995.

MENEZES, S. T. **Familiares e portadores de hipertensão arterial e diabete mellitus: percebendo os fatores que dificultam a adesão e acompanhamento ao tratamento**. Manaus, 2003. Monografia. Universidade Estadual do Amazonas. Manaus: UEA, 2003.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável**. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1991.

OLIVEIRA, T.R. **Interdisciplinaridade: um desafio para a atenção integral à saúde**. Rev.Saúde.Com 2007; 3(1): 20-27. Disponível em: <http://www.uesb.br/revista/rsc/v3/v3n1a03.pdf>. Acesso em: abril de 2008.

OMS. World Health Organization. **Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde**. A 57ª Assembléia Mundial da Saúde. WHA 57 170. (Documento Traduzido).

PINHEIRO, A. R; RACINE, E; CARVALHO, M.F. **O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada**. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Brasília: MS, 2005.

RAYNAUT, C. **Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras.** Rev. Brasileira Epidemiologia. Vol. 5, supl. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/06.pdf>. Acesso: abril de 2008.

ROLLAND, J. Doença crônica e ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1995. p. 373-392.

SILVA, D. M. **Desafios e enfrentamentos: um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condições crônicas de saúde.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 1990.

V DBHA. Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH); Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC); Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN). **V Diretrizes de Hipertensão Arterial.** São Paulo 2006. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.asp>. Acesso em: abril de 2008.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ G; BARRETO, S. M; PIMENTA, A. M. **Fatores Nutricionais e Hipertensão Arterial.** In: KAC, G; SICHIEIERI, R; GIGANTE, D. P (Org). Epidemiologia Nutricional. Fiocruz/Atheneu, 2007. p. 411-424.

WANDAW, V. R. **Educação para o cuidado.** Revista Gaúcha de Enfermagem Porto Alegre. v.14, n.2, p.108-112, jul.1993.