

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

**JOÃO PAULO SILVA BOTELHO**

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL: acompanhamento efetivo  
das suas complicações pela Equipe de Saúde da Família do  
município de Rubim- Minas Gerais**

**ARAÇUAI – MINAS GERAIS**

**2013**

**JOÃO PAULO SILVA BOTELHO**

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL: acompanhamento efetivo das suas complicações pela Equipe de Saúde da Família do município de Rubim- Minas Gerais**

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

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

**ARAÇUAI – MINAS GERAIS**

**2013**

**JOÃO PAULO SILVA BOTELHO**

**DIABETES E HIPERTENSÃO ARTERIAL: acompanhamento efetivo das suas complicações pela Equipe de Saúde da Família do município de Rubim- Minas Gerais**

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

Orientadora: Profa. Dra Matilde Meire Miranda Cadete

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte, em: 5/01/2014.

## RESUMO

O presente trabalho elegeu como tema de estudo o aumento do número de complicações decorrentes do não acompanhamento de maneira adequada dos pacientes com Diabetes e Hipertensão Arterial, pela Equipe de Saúde da Família do município de Rubim - Minas Gerais. Objetivou elaborar um plano de intervenção que possibilite intervir de forma preventiva e eficaz contra as complicações dos pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial e, assim, melhorar sua qualidade de vida. Foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, no SciELO e programas do Ministério da Saúde, com os descritores: Hipertensão e Diabetes *mellitus*. Espera-se, portanto, que a partir da implantação do plano de intervenção, a equipe de saúde da família de Rubim consiga reduzir os danos, as complicações e os sofrimentos que comprometem o viver saudável dos diabéticos e hipertensos.

**Palavras-chave:** Diabetes. Hipertensão. Complicações.

## **ABSTRACT**

This paper chose as the subject of study increased number of complications resulting from not properly monitoring of patients with Diabetes and Hypertension by Family Health Team in the municipality of Rubim - Minas Gerais. Aimed to develop an intervention plan that allows for preventive and intervening effectively against complications in patients with Diabetes and Hypertension and thus improve their quality of life. Survey was taken in the Virtual Health Library, SciELO and the Ministry of Health programs, with the descriptors: Diabetes mellitus and arterial hypertension. Therefore, it is expected from the implementation of the contingency plan, the health team Family Rubim can reduce damage, complications and sufferings which undermine healthy living for diabetics and hypertensives.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Hypertension. Complications.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>7</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>9</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>10</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>11</b>
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>12</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>21</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O município de Rubim, Minas Gerais, tem uma área de 969 km<sup>2</sup> e encontra-se localizado a 767 km de distância da capital mineira – Belo Horizonte, na região do Baixo Jequitinhonha, nordeste de Minas Gerais e a 75 km da fronteira do estado da Bahia.

Rubim foi fundado pelo cidadão Tiago José de Almeida, território antes habitado por indígenas. Sucedendo Tiago José de Almeida, Quinto Fernandes Ruas deu esse nome ao pequeno município de União.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o município de Rubim tem uma população de 9.561 habitantes, 30% dos quais residem na zona rural. Sua atividade econômica predominante é a pecuária extensiva, que emprega pouca mão de obra, tem baixa produtividade e pouco apresenta em termos de tecnologia e melhoramento do rebanho.

A produção agropecuária é basicamente de subsistência. Os principais produtos são a mandioca e o leite. Outros produtos são: milho, feijão, verduras, hortaliças e frutas.

É nesse contexto de vida que nós, profissionais de saúde, trabalhamos com os usuários cadastrados na nossa área de abrangência e temos como uma de nossas funções instituírem e implementar ações para o controle das doenças crônicas, dentre as quais podemos citar a redução dos fatores de riscos para hipertensão arterial (HA), prevenção de complicações da diabetes *mellitus* e da HA e promoção da saúde.

Ressaltamos, neste trabalho, as doenças crônicas, tendo em vista que ao fazer o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), ofertado pelo Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tive acesso ao módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIAS e SANTOS, 2010).

Uma das atividades desse módulo foi à elaboração do diagnóstico situacional da nossa área de atuação. Dentre os problemas identificados, elegemos as complicações decorrentes pelo não acompanhamento sistemático e efetivo dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Essa falta de acompanhamento efetivo dos pacientes pela Equipe de Saúde da Família do município de Rubim- Minas Gerais nos mostrou que complicações que poderiam ter sido evitadas ou minimizadas não o foram e, dessa forma, a qualidade de vida dos pacientes ficou prejudicada.

Nesse sentido, como enfermeiro de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), no município de Rubim tenho uma população de 580 hipertensos e de 71 diabéticos. São realizados, uma vez ao mês, grupos operativos com os pacientes para avaliação da pressão arterial, medida da glicemia capilar, palestras, informações e campanha. Mudanças no estilo de vida e nos hábitos alimentares são frisadas durante nossas reuniões de Hiperdia.

A questão cultural foi um fator que me fez atentar para a realidade desses pacientes. O fato de o paciente ir a ESF, mensurar sua pressão arterial e sua glicose e, em seguida, pegar seu remédio na farmácia e ir para casa me incomodava, uma vez que ações de prevenção, promoção da saúde e o sentir-se cidadão com direitos e deveres relativos à saúde não se faziam presentes.

Percebia, ainda, que a mecanização dos atendimentos prestados a esses pacientes também é fator preocupante. Se a gente não consegue mudar a cultura com rapidez, a questão da prevenção, com melhor abordagem, é um caminho a ser seguido.

Além do mais, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são um excelente modelo para o trabalho de uma equipe multiprofissional, por serem doenças multifatoriais, que envolvem orientações voltadas para vários objetivos e tendo seus tratamentos mais efetivos com o apoio de vários profissionais de saúde.

Mediante essa constatação, priorizamos estudar as complicações decorrentes da diabetes *mellitus* e da HA, neste trabalho.

## 2 JUSTIFICATIVA

Este estudo sobre as complicações decorrentes do não acompanhamento de maneira adequada dos casos de Diabetes e Hipertensão Arterial pela Equipe de Saúde da Família, no município de Rubim, visa melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores dessas doenças por meio de ações que possibilitem a intervenção de forma preventiva e eficaz contra suas complicações. Busca-se, ainda, aperfeiçoar a abordagem aos pacientes, adequando à necessidade de cada um e diminuindo os riscos, mortes que poderiam ser evitadas.

A elaboração de plano de cuidados individualizado nos possibilitará dar clareza e direcionamento para podermos prevenir as complicações dos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes descontrolados, diminuir a possibilidade dos pacientes evoluírem para uma piora na sua doença, melhorar a abordagem a estes pacientes, fortalecer e estabelecer as parcerias com o centro de referência secundária Centro Viva Vida (CVV) do município de Jequitinhonha, o Núcleo de Apoio a Estratégia de Saúde da Família (NASF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Rubim - MG, para se obter agilidade e respaldo para os fluxos dos encaminhamentos.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção que possibilite intervir de forma preventiva e eficaz contra as complicações dos pacientes portadores de Diabetes e Hipertensão Arterial e, assim, melhorar sua qualidade de vida.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção se baseou em duas etapas: primeira, foi a priorização dos problemas identificados por ocasião do diagnóstico situacional.

A segunda etapa deu-se por meio da revisão da literatura com o intuito de levantar o que se tem produzido a respeito das complicações da hipertensão arterial e da diabetes *mellitus*.

A pesquisa das publicações existentes sobre o tema foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Eletronic Libray Online* (SciELO) e nos manuais dos programas do Ministério da Saúde.

A pesquisa no SciELO foi realizada por meio dos seguintes descritores:

- Hipertensão;
- Diabetes *mellitus*;
- Complicações.

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A frequente associação entre hipertensão arterial e diabetes tem como consequência grande aumento no risco cardiovascular. Em pacientes com diabetes tipo 1, existe evidente relação entre hipertensão e desenvolvimento da nefropatia diabética, enquanto no diabetes tipo 2, a hipertensão arterial faz parte da síndrome metabólica.

### 5.1 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é a mais frequente das doenças cardiovasculares, sendo também o principal fator de risco para as complicações mais comuns da doença como o acidente vascular cerebral e o infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. A Hipertensão arterial é definida pela persistência de níveis de pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 140mmHg e pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg (WAGNER *et al.*,2006)

Trata-se de uma doença de início silencioso com repercussões clínicas importante para os sistemas cardiovascular e renovascular, acompanhada frequentemente de comorbidades de grande impacto para os indicadores de saúde da população. (ALMEIDA *et al.*,2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006), o limite de pressão arterial aferida no ambulatório e que não caracteriza hipertensão é de 125/85 mmHg. Após o diagnóstico da doença é importante o acompanhamento dos possíveis lesões em órgãos como coração, rins, cérebro, olhos e sistema nervoso (ALMEIDA *et al.*,2006).

O sangue bombeado pelo coração para irrigar os órgãos ou movimentar-se, exerce uma força contra a parede das artérias. Quando a força que esse sangue precisa fazer está aumentada, isto é, as artérias oferecem resistência para a passagem do sangue dizemos que há hipertensão arterial, ou popularmente pressão alta (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

A elevação da pressão arterial representa um fator de risco independente, linear e contínuo para doença cardiovascular. A hipertensão arterial apresenta custos médicos e socioeconômicos elevados, decorrentes principalmente das suas complicações, tais como: doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades, conforme explicitado na V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2007).

“No Brasil, em 2003, 27,4% dos óbitos foram decorrentes de doenças cardiovasculares, atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência” (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007, p. 7).

A hipertensão arterial e as doenças relacionadas à pressão arterial são responsáveis por alta frequência de internações. Insuficiência cardíaca é a principal causa de hospitalização entre as doenças cardiovasculares, sendo duas vezes mais frequente que as internações por acidente vascular cerebral.

Na última década, a HA foi responsável por mais de 70 milhões de vítimas fatais atingindo, no Brasil, mais de 30 milhões de brasileiros e se torna, portanto, um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV), como o acidente vascular encefálico (AVE) e o infarto agudo do miocárdio (IAM). Pesquisas em cidades brasileiras mostraram a prevalência de HA de 20 a 30% em indivíduos com idade entre 18-59 anos, 50% em pessoas na faixa etária de 60 a 69 anos e 75% em idades acima de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A pressão arterial é a pressão que o sangue exerce na parede das artérias. Ela é medida em milímetros de mercúrio. Com esta medida, são determinadas duas pressões. De acordo com o Ministério da Saúde, “Hipertensão Arterial é definida como pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva” (BRASIL, 2006, p.15).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), as pressões sistólicas e diastólicas situam-se em categorias diferentes. Quando ocorre a pressão máxima, o coração se contrai, e temos uma pressão denominada (sistólica); quando ele se dilata, temos uma pressão mínima (diastólica).

O principal objetivo do tratamento da hipertensão arterial é a redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares para que os medicamentos anti-hipertensivos possam reduzir os eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

O tratamento medicamentoso associado ao não medicamentoso objetiva a redução da pressão arterial para valores inferiores a 140 mmHg de pressão sistólica e 90 mmHg de pressão diastólica. Busca-se, assim, melhorar a qualidade de vida dos pacientes, cujo tratamento deve respeitar as características individuais, a presença de doenças ou condições associadas ou características peculiares (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Qualquer medicamento dos grupos de anti-hipertensivos, com exceção dos vasodilatadores de ação direta (D), pode ser utilizado para o controle da pressão arterial em monoterapia inicial. O mecanismo de ação anti-hipertensiva dos diuréticos relaciona-se inicialmente aos seus efeitos diuréticos e natriuréticos, com diminuição do volume extracelular. Como anti-hipertensivos, são preferidos os diuréticos tiazídicos e similares, em baixas doses (MINAS GERAIS, 2006).

De acordo com as diretrizes brasileiras de hipertensão arterial (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007), os anti-hipertensivos preferenciais para a realização do controle da pressão arterial em monoterapia inicial são: diuréticos (A); betabloqueadores (A); bloqueadores dos canais de cálcio (A); inibidores da ECA (A); bloqueadores do receptor  $AT_1$  (A).

O tratamento na HA deve ser personalizado e a escolha inicial do medicamento deve basear-se em:

Capacidade do agente a ser escolhido de reduzir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares; Perfil de segurança do medicamento; Mecanismo fisiopatogênico predominante; Características individuais; Doenças associadas; Condições socioeconômicas do paciente (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007, p.30).

Sabe-se que quando a pressão arterial é muito elevada, acompanhada de sintomas, caracteriza uma complicação hipertensiva aguda e requer avaliação clínica adequada, incluindo exame físico detalhado e exame de fundo de olho.

Neste momento, faz-se necessário explicar que o coração trabalha em dois tempos:

- Contração para expulsar o sangue. A força é máxima e esse processo é chamado de sístole;
- Relaxamento do coração entre as contrações cardíacas. A força é mínima e esse processo é chamado de diástole ( MINAS GERAIS, 2006).

O tratamento pode ser definido como o grau de coincidência entre a prescrição e o comportamento do paciente. Os percentuais de controle de pressão arterial são muito baixos, apesar das evidências de que o tratamento anti-hipertensivo é eficaz em diminuir a morbidade e a mortalidade cardiovasculares, em razão da baixa adesão ao tratamento.

É válido destacar que a relação médico–paciente deve ser à base de sustentação para o sucesso do tratamento anti-hipertensivo. A participação de vários profissionais da área da saúde, com uma abordagem multidisciplinar ao hipertenso, pode facilitar a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, aumentar o controle.

Reafirmamos que os órgãos-alvo da hipertensão são: coração (risco de cardiopatia como a insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio), cérebro (AVC – acidente vascular cerebral), vasos e rins (insuficiência renal) (V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2007).

Na maioria dos indivíduos, a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da coincidência do surgimento de determinados sintomas que muitos, de maneira

equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço (MINAS GERAIS, 2006).

Para evitar possíveis complicações, o tratamento da hipertensão é imperativo, pois, se não tratada, a pressão alta pode ocasionar derrames cerebrais, doenças do coração, como infarto, insuficiência cardíaca (aumento do coração) e angina (dor no peito), insuficiência renal ou paralisação dos rins e alterações na visão que podem levar à cegueira (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Nesse sentido, algumas precauções acerca da pressão se fazem imprescindíveis, tais como:

- Meça sua pressão arterial regularmente;
- Tenha uma alimentação saudável:
- Evite: açúcares e doces, derivados de leite na forma integral, com gorduras, carnes vermelhas com gorduras aparente e vísceras;
- Prefira alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados, temperos naturais como limão, ervas, alho, cebola, salsa e cebolinha, frutas, verduras e legumes, produtos lácteos desnatados;
- Pratique atividade física pelo menos 5 dias por semana;
- Diminua a quantidade de sal na comida;
- Diminua o consumo de bebidas alcoólicas;
- Não fume! Depois da hipertensão, o fumo é o principal fator de risco de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

## **5.2 Diabetes**

Programas eficazes de prevenção do diabetes vêm sendo discutidos pela comunidade científica e pelos profissionais de saúde que se encontra em contato direto com os pacientes. As mudanças no estilo de vida, incluindo modificações na dieta e combate ao sedentarismo tem sido apontado como fatores importantes na prevenção e controle do diabetes e da hipertensão arterial.

Conforme explicitam Carvalho *et al.*(2006), o Diabetes Mellitus se configura hoje como uma epidemia mundial, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. A doença é caracterizada pelo aumento de glicose, acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, causando hiperglicemia que é resultante da ausência ou deficiência na produção de insulina. O diabetes tipo 1 é classificado de acordo com a causa do problema

A incidência do diabetes de tipo 1 varia de 7 a 12 por 100.000 habitantes entre menores de um ano a 14 anos. Geralmente, tem seu início na infância ou na adolescência, estando associado a mecanismos autoimunes ainda não bem definidos, como infecções viróticas e processos alérgicos. No que se refere ao Diabetes tipo 2, ele pode variar de predominância da resistência insulínica com relativa deficiência de insulina à predominância de um defeito secretório das células beta associado à resistência insulínica (CARVALHO *et al.*, 2006).

Carvalho *et al.* (2006), dizem que a prevalência do diabetes tipo 2 é de 7,8 % da população entre 30 e 69 anos, com frequência muito maior do que a do tipo 1. Por ser assintomático na maior parte dos casos, costuma ser desconhecido em quase metade dos portadores. Ocorre na idade adulta, depois dos 40 anos e tem como principais fatores os ambientais associados à obesidade, global ou localizada no abdome, a inatividade física, hipertensão arterial e dislipidemia.

Ainda fundamentado em Carvalho *et al.* (2006), encontramos que os sintomas clássicos da diabetes são: perda de peso inexplicada, polidipsia e poliúria. A hiperglicemia pode causar alterações funcionais ou patológicas por um longo período antes que o diagnóstico seja estabelecido. Os danos em longo prazo incluem disfunção e falência de rins.

No Brasil, estima-se que cerca de cinco milhões de indivíduos adultos com diabetes desconheçam o diagnóstico e, portanto, a doença será identificada frequentemente pelo aparecimento de uma de suas complicações. Atinge igualmente homens e mulheres e seu risco aumenta com a idade (ALMEIDA *et al.*, 2006).

A tolerância diminuída à glicose tem prevalência de 7,8%. A prevalência de diabetes, no Brasil, é semelhante a dos vários países desenvolvidos, em indivíduos entre 30 e

70 anos de idade é de 7,6%, variando de 2,6% para o grupo etário de 30 a 49 anos e 17,4% para o grupo de 60 a 69 anos, sendo que 90% são de tipo 2, 5, a 10 % são do tipo 1 e 2% do tipo secundário ou associado a outras síndromes (ALMEIDA *et al.*,2006).

Almeida *et al.* (2006) afirmam que no Brasil, a hipertensão arterial e o diabetes são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representam, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise

Pautado, ainda, em Almeida *et al.* (2006), vê-se que grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos com o tratamento da doença e, principalmente, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as amputações de membros inferiores.

Entre os pacientes diabéticos, a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais reiterada quando comparados à população geral. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução da sobrevida de diabéticos.

Vale ressaltar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento desses agravos e de suas complicações. Essas informações e evidências devem estar disponíveis para que pessoas da comunidade tenham acesso e possam delas se beneficiar. Um dos desafios é fazer com que o indivíduo hipertenso e diabético possa ter qualidade de vida concretizada no dia a dia pela alimentação saudável e a prática correta de exercícios físicos.

(VINICOR, 1998) sugere quatro pontos sobre os quais se poderiam intervir e que trariam a oportunidade de reduzir a carga do diabetes: prevenção primária; rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária); garantia de acesso e utilização do serviço de saúde; e qualidade do cuidado prestado. O acesso efetivo ao sistema de saúde garantiria, além da melhoria na qualidade do tratamento, a educação e a adesão dos portadores de diabetes reduziriam a carga do diabetes.

Afinal, o diabetes é o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e também um problema de saúde pública.

O tratamento com insulina, além de manter o controle glicêmico, também apresenta propriedades antiinflamatórias. A resistência a esta substância está intimamente relacionada com a obesidade abdominal.

### 5.3 Atenção básica e a ESF

A partir dessas constatações acerca da hipertensão e do diabetes e respectivas complicações, quando não tratados, enquanto profissional de saúde da equipe de saúde da família, declaramos que estar inserido numa ESF implica numa nova ação no que diz respeito à atenção básica à saúde. Esta estratégia tem início, meio e fim porque visa um trabalho de caráter continuado.

Destaca-se que na atenção básica, os usuários entram em contato com o sistema de saúde, orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. Nesse sentido, a equipe deve receber e acolher o usuário em sua singularidade, complexidade e inserção sócio cultural, promovendo sua saúde, prevenindo e tratando doenças. Outro destaque a ser dado é relativo à **redução dos danos, complicações** ou aos sofrimentos que possam comprometer a possibilidade de viver de modo saudável (BRASIL, 2003).

Quebrar o modelo anterior baseado em um sistema fragmentado, onde a doença comandava a busca pelo atendimento de saúde é ir ao encontro dos princípios do SUS. É quebrar, também, a visão que vários usuários têm a respeito das unidades de saúde. Buscam-na para resolver os eventos agudos. Contudo, Mendes (2012) chama a atenção de que se deve trabalhar a atenção programada das condições crônicas dos usuários uma vez que um serviço de atenção à saúde focalizado na atenção à demanda espontâneo-aguda é um sinal da fragilidade da atenção às condições crônicas.

Com isso, a Estratégia de Saúde da Família é um poderoso instrumento de inclusão social de cidadãos portadores de direitos universais à saúde e é uma estratégia de organização do SUS e a consolidação do ciclo evolutivo da atenção primária à

saúde o que implica, também, em uma atuação que envolva todas as intervenções, anteriormente mencionadas, tomadas em seu conjunto.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta foi elaborada reconhecendo que a equipe multiprofissional é primordial nas ações definidas para se alcançar nossa intencionalidade: diminuir as complicações decorrentes da hipertensão arterial e do diabetes.

O plano será posto em ação a partir de discussões com todos os profissionais da equipe corresponsáveis pela sua concretização.

**Quadro 1-** Plano de ação para prevenir complicações das pessoas hipertensas e diabéticas.

<b>Nó Crítico</b>	<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Recursos Necessários</b>	<b>Responsá veis</b>
<b>Falta de acompanhamento efetivo dos pacientes pela ESF</b>	Projeto “Sigo perto”	Todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados de perto.  Pacientes sentindo-se incluídos na unidade de saúde e cidadãos	Agenda integrada dos profissionais de saúde envolvidos no projeto.	Enfermeiro , ACS Médico
<b>Mecanização dos atendimentos prestados</b>	Projeto “Faço Parte”	Pacientes sentindo-se acolhidos e criado vínculos com a ESF.  Quebra de paradigmas sociais sobre medicamentos farmacológicos e não	Espaço para reunião com os pacientes.  Grupos operativos para discussão das necessidades <b>expressas pelos</b>	Equipe Saúde da Família

<p><b>Falta de conhecimento acerca das complicações advindas da HA e do DM</b></p>	<p>Projeto: "Vida saudável"</p>	<p>farmacológicos</p> <p>População consciente sobre adoção de estilo de vida saudável, com destaque para alimentação e atividades físicas.</p>	<p><b>pacientes</b></p> <p>Espaços para reuniões (intra e extramuros)</p> <p>Materiais diversos: revistas, bolas, cordas, dentre outros.</p>	<p>Equipe Saúde da Família</p>
--	---------------------------------	--	--	--------------------------------

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecer mais acerca da realidade da nossa área de abrangência, buscar ampliar nossos conhecimentos sobre HAS e diabetes e suas respectivas complicações e elaborar o plano de intervenção para minimizar essas complicações fortaleceu as ações e cuidados realizados no nosso dia a dia. Assim, podemos dizer que nossa prática cotidiana melhorou qualitativa e quantitativamente.

Como enfermeiro de uma Equipe de Saúde da Família (ESF), no município de Rubim (Minas Gerais) tenho uma população de 580 hipertensos e de 71 diabéticos. São realizados, uma vez ao mês, grupos operativos com esses pacientes.

Reafirmo que este trabalho veio me acrescentar novas possibilidades e novos instrumentos para dar maior qualidade ao nosso atendimento.

As expectativas com a implantação do plano de intervenção individualizado e multidisciplinar são relativas às possibilidades de humanizar a abordagem ao paciente portador dessas patologias com um olhar mais aguçado e qualificado, promovendo saúde e prevenindo possíveis complicações.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. A vivência no grupo: a experiência de pessoas diabéticas. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. **Jornal Sirimim**, ano 2, n.1, set./out., 2003.

ALMEIDA, V. *et al.* **Atenção à Saúde do Adulto, Hipertensão e Diabetes**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais: Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica. Nº 16, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Departamento de Atenção Básica. **Documento final da comissão de avaliação da atenção básica**. Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. Diário Oficial da União, 2003.

MENDES, E. V. **O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da Consolidação da Estratégia de Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. 2. Ed. – Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

V DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. **Arq. Bras. Cardiol.** [online]. v.89, n.3, p. 24-79. 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA,. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, Rio de Janeiro, v.17, nº1, jan/mar 2010

VINICOR, F. The public health burden of diabetes and the reality of limits. *Diabetes Care*, v.21, supl.3, p.C15-C18.1998.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; FARIA, Horacio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/ UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2010.110p.

