

## **Atenção a Diabéticos e Hipertensos em uma Unidade de Saúde da Família: Implementando Programa de Atenção Nutricional**

Área Temática de Saúde

### Resumo

Doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão são consideradas a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo. Este trabalho teve como objetivo implementar ações de assistência nutricional a diabéticos e hipertensos beneficiários do Programa de Saúde da Família (PSF) do Município- Teixeira-MG. Para tal foi realizado um rastreamento de 101 prontuários médicos. Da população rastreada, 51% apresentava hipertensão, 1% apresentava diabetes tipo I, 7% apresentava diabetes tipo II e 35% apresentava a associação diabetes tipo II e hipertensão. Somente 20,8% dos indivíduos possuíam pressão arterial sistólica e diastólica abaixo de 130 e 85 mmHg, respectivamente. Em relação à glicemia de jejum, 63,4% dos indivíduos apresentaram valores acima de 126mg/dl. Ao todo, 17,8% dos indivíduos rastreados receberam atendimento nutricional individual durante um mês, sendo estes avaliados quanto ao IMC. Aproximadamente 49,95% dos participantes apresentaram sobrepeso grau I. Foram formados grupos de apoio para desenvolvimento de atividades de educação nutricional e da saúde. A manutenção da assistência nutricional a diabéticos e hipertensos se faz importante para implementar estratégias que busquem melhores condições de saúde, visando uma melhor qualidade de vida destes indivíduos.

### Autores

Glauce Dias - acadêmica de Nutrição/ UFV, estagiária no PSF de Teixeira/MG

Rosângela Minardi Mitre Cotta - Professora de Políticas, Gestão e Planejamento em Saúde; Doutora em Saúde Pública/Universidade de Valencia – Espanha

Rita de Cássia Gonçalves Alfnas - Professora de Dietoterapia; Doutora em Nutrição/Universidade de Purdue - EUA

Solange Mara Bigonha - acadêmica de Nutrição, estagiária no PSF de Teixeira/MG

Marisa Abreu - acadêmica de Nutrição, estagiária no PSF de Teixeira/MG

### Instituição

Universidade Federal de Viçosa - UFV

Palavras-chave: diabetes; hipertensão; PSF

### Introdução e objetivo

As doenças crônicas figuram como principal causa de incapacidade e mortalidade no mundo, sendo responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais. São os chamados agravos não-transmissíveis, que incluem doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, câncer e doenças respiratórias (OPS/OMS, 2003). O rápido crescimento da população idosa no Brasil indica que o processo de envelhecimento está em curso no país, e com ele, observa-se a ascensão de doenças crônico-degenerativas (Saez, 2003).

O envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento de tais enfermidades e com ele a necessidade de que se implemente políticas para a manutenção de adequadas condições de vida e de assistência sócio-sanitária a este grupo populacional (Cotta, Rmm, et al, 2002).

O ponto de vista mais comum sobre o atual aumento da longevidade é a mudança do perfil de saúde da população que passa de processos agudos (que se soluciona mais

rapidamente através da cura ou do óbito) ao predomínio de enfermidades crônicas e suas complicações. Ou seja, proporcionalmente ao crescimento do número de idosos e aumento da expectativa de vida, são mais freqüentes as complicações por enfermidades crônico-degenerativas. Estas enfermidades são as principais causas de morte em idosos e também seu problema de saúde mais prevalente, incrementando vertiginosamente a demanda assistencial e os custos sanitários (Cotta, Rmm, et al., 2002).

A *Hipertensão Arterial* e o *Diabetes Mellitus* constituem os principais fatores de risco para o aparelho circulatório. Representam um grande problema de saúde pública, comprometendo a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, além de envolver altos custos no seu tratamento e em complicações decorrentes (MS, 2001).

Há pelo menos 600 milhões de hipertensos no mundo. Esta doença causa 7,1 milhões de óbitos no mundo. (OPS/OMS, 2003). Cerca de 177 milhões de pessoas apresentam diabetes no mundo. Este índice deverá dobrar em 2030. Quatro milhões de mortes ao ano são atribuídas a complicações do diabetes. O Brasil está entre os dez principais países do mundo em número de diabéticos. Os custos de atenção ao diabético variam de 2,5 a 15% dos orçamentos anuais de saúde, dependendo da prevalência total de diabetes e do nível de complexidade dos tratamentos (OPS/OMS, 2003). Estudos mostram que em ambas doenças, as medidas preventivas previnem complicações associadas, sendo eficientes para reduzir o impacto desfavorável sobre a morbimortalidade destes pacientes (OPS/OMS, 2003).

No Brasil, o Programa de Saúde da Família (PSF) visa a reorientação da assistência sanitária, enfocando principalmente a política de atenção básica ou primária à saúde, contribuindo de forma extremamente positiva nos diversos campos, nos quais a atenção à saúde e nutrição encontra-se inserida e com os quais se inter-relaciona.

O (PSF) foi concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, com o objetivo de proceder a reorganização da prática sanitária em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, curativo, individualizado, centrado na doença e na atenção hospitalar. A partir do PSF, o enfoque central passa a ser a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social (FRANCO e MERHY, 2000). Concebido inicialmente como um programa, é atualmente considerado pelo Ministério da Saúde como “*uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde*” (MS, 2002).

Dentre as principais atividades desenvolvidas pelas equipes do PSF se destaca, pré-natal, assistência a puérpera, criança e adolescente, adulto, idosos, pequenas cirurgias, planejamento familiar, consulta ginecológica, controle de hipertensão, diabetes, DST, hanseníase, tuberculose e vigilância epidemiológica.

O PSF faz parte de um contexto muito maior que é o SUS. Os profissionais não têm a pretensão de solucionar todos os problemas de saúde, mas devem estar conscientes de que uma atenção básica de qualidade é parte fundamental desse objetivo, de acordo com as responsabilidades definidas na NOAS (Norma Operacional Básica da Assistência à Saúde, 2001).

Para a Atenção à Saúde de diabéticos e hipertensos, ao considerar os princípios e diretrizes que norteiam a Atenção Primária à Saúde, tem-se a oportunidade de se construir uma discussão mais abrangente quanto ao papel dos serviços de saúde dentro de um processo, não apenas de assistência e prevenção de doenças, como também de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Uma das propostas do PSF se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, passando aos beneficiários do mesmo uma gama muito maior de informações, procurando torná-los participantes ativos das ações que a eles estarão sendo dirigidas, e com motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem essas ações efetivas e definitivas (III CBHA, 1998).

Como componente de trabalho interdisciplinar, é oportuno destacar as ações de alimentação e nutrição em quaisquer formas de intervenção, como estratégias indispensáveis a todo programa cuja finalidade seja elevar a qualidade de vida da população (ASSIS et al, 2002). No mundo inteiro, as pessoas estão comendo mais alimentos de grande densidade energética, com altos teores de açúcar, gorduras saturadas e sal. Essa forma inadequada de nutrição aliada ao sedentarismo crescente favorece para o desenvolvimento das doenças crônicas. Nos países mais pobres, tal situação gera um encargo duplo, uma vez que as doenças crônico-degenerativas se somam com as, ainda presentes, doenças infecciosas (OPS/OMS, 2003).

A adoção de uma alimentação rica em frutas e verduras, associada à prática de atividades físicas regulares é fundamental para a saúde, pois traz melhoras na pressão arterial, no metabolismo da glicose e reduz a gordura corporal (OPS/OMS, 2003). Desta forma, o presente trabalho teve como objetivo, implementar ações educativas de assistência sanitária e nutricional, por meio da orientação e sistematização de medidas de promoção e reabilitação da saúde, objetivando o controle da doença e a prevenção de complicações associadas ao diabetes e à hipertensão, em uma Unidade de Saúde da Família.

### Metodologia

Participaram do estudo pessoas cadastradas na 3ª equipe do Programa de Saúde da Família do Município de Teixeira – MG, que apresentavam excesso de peso corporal ( $IMC > 25 \text{ kg/m}^2$ ), relação cintura-quadril acima de 0,95 (homens) e acima de 0,80 (mulheres) (WHO, 1995) e/ou que tinham o diagnóstico de hipertensão e diabetes. Foram ainda incluídos no estudo, indivíduos em risco (glicemia de jejum  $\geq 100 \text{ mg/dl}$  e ou pressão arterial sistólica  $>120 \text{ mmHg}$  e diastólica  $>80 \text{ mmHg}$ ) (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2001) de desenvolvimento de tais patologias e que apresentavam outros fatores de risco como tabagismo, etilismo e estilo de vida sedentário. Foi realizado um rastreamento dos prontuários médicos, para verificação do diagnóstico e evolução das condutas terapêuticas. Assim, foram selecionadas 101 pessoas seguindo análise dos prontuários e históricos clínicos. Deste total, 18 pessoas receberam atendimento nutricional individual. A ingestão habitual de nutrientes destes indivíduos foi levantada por meio de anamnese alimentar realizada na primeira consulta do atendimento nutricional.

Como parte das atividades educativas conduzidas durante o estudo, foram formados grupos de apoio de 6 a 10 pessoas para desenvolvimento de atividades grupais, visando facilitar a compreensão em relação aos aspectos essenciais da doença. Os participantes destes grupos foram subdivididos conforme o tipo de enfermidade (diabetes e hipertensos) apresentada, faixa etária e tempo de escolaridade. Em tais grupos, foram abordados os fatores de risco para o desenvolvimento de complicações associadas a tais enfermidades, visando a conscientização da importância de mudanças de hábitos alimentares inadequados, contribuindo assim para melhoria da qualidade de vida destes indivíduos.

Dentre os temas abordados em reuniões de grupo destacam-se O funcionamento do corpo humano; Importância de uma alimentação saudável; Grupos de alimentos; O Processo saúde-doença; Conceito de diabetes e hipertensão; Riscos que estas doenças podem acarretar; Como conviver com tais enfermidades. Tais temas foram abordados em linguagem simples e popular, visando uma melhor compreensão de todos os participantes. Os grupos de apoio foram realizados uma vez por semana e com um tempo de sessenta minutos cada. Nos primeiros cinco a dez minutos, tinha-se uma sessão de relaxamento com uma música e alguns exercícios corporais com o objetivo de tranquilizar os participantes, proporcionando um ambiente agradável. Nos dez minutos seguintes, uma revisão dos ensinamentos anteriores. A seguir, com um tempo de 20 minutos realizava-se o ensinamento com os temas descritos anteriormente. Por fim, nos 20 minutos finais, alguma atividade relacionada ao tema, como

colorir ou marcar com lápis de cor os órgãos e partes do corpo humano, montar os grupos de alimentos com gravuras e figuras de revistas e jornais ou discussão sobre dúvidas, dificuldades e conquistas relacionadas à alimentação e à doença.

As análises estatísticas dos dados foram realizadas utilizando o programa SPSS versão 10.0. A análise das informações referentes à ingestão habitual de nutrientes pelos participantes foi conduzida com o auxílio do software DIET –PRO 3.0, avaliando-se a composição energética e macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes e Ministério da Saúde.

### Resultados e discussão

A partir do rastreamento dos prontuários, verificou-se que a maioria (99%) das pessoas atendidas pelo PSF tinha mais de 30 anos de idade, sendo 63,36% acima de 60 anos. Verificou-se que mais da metade, 65,34% destas pessoas, eram do sexo feminino (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos atendidos pelo Programa de Saúde da Família do Município de Teixeiras-MG, segundo sexo e faixa etária.

Grupo Etário (anos)	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
20 - 30	0	0	1	0,99	1	0,99
30 - 40	2	1,98	0	0	2	1,98
40 - 50	10	9,9	2	1,98	12	11,88
50 - 60	15	14,85	7	6,93	22	21,78
≥60	39	38,61	25	24,75	64	63,36
Total	66	65,34	35	34,65	101	100

Mais da metade (51%) dos beneficiários do PSF apresentavam hipertensão. Os demais apresentavam diabetes tipo I (1%), diabetes tipo II (7%) e a associação diabetes tipo II e hipertensão (35%). Estes valores revelam um quadro preocupante, visto os riscos que estas doenças podem acarretar para a saúde da população. A hipertensão é responsável juntamente com outras cardiopatias por 3,0 milhões de óbitos por ano (OPS/MS, 2003).

Analisando a distribuição dos indivíduos por enfermidade, segundo o sexo, verificou-se o predomínio do sexo feminino para hipertensão (35,65%), diabetes tipo II (7,9%) e hipertensão e diabetes Tipo II (21,78%). Apenas um indivíduo do sexo masculino apresentou diabetes tipo I (Tabela 2)

Tabela 2- Distribuição dos indivíduos atendidos pelo Programa de Saúde da Família de Teixeiras-MG, por enfermidade segundo o sexo

Enfermidade	Sexo				Total	
	Feminino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
Hipertensão	36	35,65	20	19,8	56	57,1
Diabetes Tipo II	8	7,92	2	1,98	10	7,1
Hipertensão e Diabetes Tipo II	22	21,78	12	11,88	34	34,6
Diabetes Tipo I	0	0	1	0,99	1	1
Total	66	65,35	35	34,65	101	100

Em relação à classificação diagnóstica de pressão arterial, somente 20,8% dos indivíduos possuíam uma Pressão arterial sistólica menor que 130 e Pressão arterial diastólica menor que 85. Encontra-se um predomínio do sexo feminino nas classificações de normal a hipertensão moderada, no entanto destaca-se que o sexo masculino predomina 11,44% para a hipertensão grave (Tabela 3).

Tabela 3. Classificação diagnóstica da hipertensão arterial dos participantes do Programa de Saúde da Família de Teixeira-MG

Pressão arterial			Sexo					
			Feminino		Masculino		Total	
Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)	Classificação	N	%	N	%	N	%
<130	<85	Normal	13	13.52	7	7.28	20	20.8
130 - 139	85 - 89	Normal Limítrofe	15	15.6	4	4.16	19	19.76
140 - 159	90 - 90	Hipertensão leve	17	17.68	7	7.28	24	24.96
160 - 179	100 - 109	Hipertensão moderada	11	11.44	6	4.16	17	17.68
≥180	> ou = 110	Hipertensão grave	4	4.16	11	11.44	15	15.6
≥ 140	< 60	Hipertensão sistólica isolada	1	1.04	0		1	1.04
Total			61	63.44	35	36.4	96	100

Obs.: Dos 101 pacientes rastreados, somente 96 possuíam a medida da pressão arterial. Classificação baseada no III CBHA (Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial).

Em relação à glicemia de jejum, 63,4% dos indivíduos apresentaram valores acima de 126mg/dl. Destes, 36,5% eram mulheres (Tabela 4).

Tabela 4- Glicemia de jejum (mg/dl) dos pacientes rastreados participantes do Programa de Saúde da Família de Teixeira-MG

Valores de Glicemia de jejum	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
<110	6	14,63	5	12,19	11	26,82
>110 e <126	2	4,87	2	4,87	4	9,75
≥126	15	36,58	11	26,82	26	63,41
<b>Total</b>	23	56,09	18	43,90	41	100

Obs.: Dos 101 prontuários rastreados, somente 41 obtinham resultados da glicemia de jejum. Doenças crônicas como o diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias e câncer são responsáveis por 59% dos 56,5 milhões de óbitos anuais e 45,9% do total de enfermidades. Quanto mais elevados os níveis da glicemia, maiores são os riscos de complicações como neuropatias, retinopatia diabética, pé diabético e cardiopatias (OPS/MS, 2003). Os dados aqui encontrados demonstram a necessidade em se implementar atividades multiprofissionais que promovam mudanças nos hábitos de vida destes pacientes.

Ao todo, dezoito (17,8%) dos beneficiados pelo PSF e que foram rastreados no presente estudo receberam atendimento nutricional individual. Sendo que destes, 66% eram do sexo feminino e tinham mais de 60 anos de idade. Apenas 27,5% tinham idade entre 50 a 59 anos e 6% entre 40 a 50 anos de idade. Destes, nove tiveram retorno à consulta.

Quanto às enfermidades destes, 55,6% da população em estudo eram hipertensos, enquanto 44,4% apresentavam-se com hipertensão e diabetes associadas. Nenhum dos pacientes atendidos tinha Diabetes tipo II ou tipo I isoladas.

Com relação ao grau de escolaridade, 16% da população em estudo era analfabeta e 66% possuía o primário incompleto. A baixa escolaridade da população pode ser utilizada como fator explicativo da irregularidade no tratamento medicamentoso, desconhecimento da doença, dos riscos e das conseqüências que podem causar, além da dificuldade verificada na adequada compreensão do plano alimentar.

De acordo com a Tabela 5, 49,95% dos participantes apresentaram sobrepeso grau I. As mulheres apresentaram valores iguais em sobrepeso grau I e grau II, sendo que os homens apresentaram um percentual maior no sobrepeso grau I (27,7%). Não se verificou a presença de indivíduos classificados em grau de magreza e sobrepeso grau III, o que talvez possa ser justificado pelo número pequeno de participantes no estudo.

Verificou-se que dos dezoito participantes, apenas 22,3% apresentaram estado nutricional adequado, segundo a classificação do IMC.

Tabela 5- Classificação do estado nutricional dos participantes do atendimento nutricional no Programa de Saúde da Família de Teixeira-MG, segundo os pontos de corte determinado pela OMS, 1995.

Pontos Corte do IMC	de Classificação estado nutricional	do Sexo				Total	
		Feminino		Masculino			
		N	%	N	%	N	%
<16	Magreza Grau III (severa)	0	0	0	0	0	0
16 - 16,9	Magreza Grau II (moderada)	0	0	0	0	0	0
17 - < 18,5	Magreza Grau I (leve)	1	5,55	0	0	1	5,55
18,5 - 24,9	Adequado	3	16,65	1	5,55	4	22,3
25 - 29,9	Sobrepeso Grau I	4	22,2	5	27,75	9	49,95
30 - 39,9	Sobrepeso Grau II	4	22,2	0	0	4	22,2
≥40	Sobrepeso Grau III	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>66,6</b>	<b>6</b>	<b>33,4</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

A evidência científica nos informa que o índice de massa corporal acima do ideal contribui para cerca de 58% da diabetes, 21% das cardiopatias isquêmicas e entre 8% e 42% de certos tipos de câncer, sendo portanto necessário a implementação de medidas que auxiliem na adequação do peso (OPS/MS,2003).

Quanto a razão cintura – quadril, das 12 mulheres analisadas, 11 possuem esta relação acima de 0,80 e dos 6 homens analisados, 4 possuem esta relação acima dos 0,95.

O excesso de peso e a obesidade produzem efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial, níveis de colesterol e de triglicerídeos no sangue. A probabilidade de se desenvolver diabetes tipo II e hipertensão é muito maior em pessoas obesas ou com excesso de peso corporal. Aproximadamente 85% de pessoas com diabetes são do tipo II, e dessas, 90% são obesas ou tem excesso de peso (OPS/MS, 2003).

De acordo com a anamnese alimentar realizada nos atendimentos nutricionais, verificou-se um alto consumo de carboidratos (70,4%) ultrapassando a recomendação máxima de 60% pela Sociedade Brasileira de Diabete (2001). Os hábitos alimentares pouco saudáveis, incluindo dentre outros o consumo exagerado de carboidratos, principalmente refinados, pode agravar ainda mais a saúde (OPS/MS, 2003). Verificou-se um consumo protéico equivalente a

18% das calorias totais, ultrapassando a recomendação de 15%. No entanto, algumas recomendações como a do Ministério da Saúde recomenda uma ingestão protéica equivalente 20% das calorias totais como máximo. Já o consumo médio de gorduras, esteve abaixo (11,3%) da quota máxima recomendada (30% do VCT). A ingestão de dietas com menores teores de gorduras, principalmente saturadas, tem sido recomendada como forma de se prevenir doenças cardiovasculares.

### Conclusões

A grande maioria dos participantes do PSF rastreados apresentou pressão arterial maior que 140 por 80 (58,1%) e glicemia de jejum maior que 120 mg/dl (63,4%). A ocorrência de complicações associadas a tais enfermidades, resulta em altos custos com hospitalização e medicamentos no tratamento destes indivíduos.

É importante que se destaque a necessidade de algumas mudanças em relação aos hábitos alimentares que já se apresentam enraizados na população e que precisam ser trabalhados procurando sempre respeitar a cultura e os costumes destes

Faz-se importante a implementação de ações de promoção e prevenção em saúde para a população de risco e ações de cura e reabilitação para as pessoas cuja doença já se encontra instalada. Por serem estas algumas das propostas do PSF, observa-se que este programa pode contribuir em muito para a atenção à saúde e nutrição de indivíduos com diabetes e hipertensão. Desta forma, o papel do educador alimentar em programas de atenção básica à saúde é de extrema importância na busca de uma melhor qualidade de vida.

### Referências bibliográficas

ASSIS, M.O.; SANTOS S.M.C; FREITAS M.C.S; SANTOS J.M.; SILVA M.C.M. O Programa de Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**. Campinas, Vol 15, n.3, p. 260, 2002.

BRASIL: Ministério da Saúde Brasília: **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. 79-84p, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. A Regionalização e a Atenção Básica: desafios da NOAS-SUS 01/2001 e os instrumentos que oferece para reorganizar o sistema de saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, ano II, n. 4, p. 11 - 16, jan. 2002.

III CONSENSO BRASILEIRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL. Tratamento não medicamentoso. Brasil, 2001. Disponível em <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 20 fev. 2004.

COTTA, R.M.M., et all. La hospitalización domiciliaria ante los cambio demográficos y nuevos retos en salud. **Rev. Panamericana de Salud Pública**. Vol 11, n.4, p.253-261, 2002.

MERHY,E.E.,FRANCO,T.B. **Programa Saúde da Família: Contradições e Novos Desafios**. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, Anais, pp.145-154, São Paulo:Associação Paulista de Saúde Pública, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**, 2003.

SAEZ, P.E. Envejecimiento y Alimentacion. **Agathos Atención Sociosanitaria y Bienestar**. N.4, p. 30-37, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2: Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status: the use of anthropometry.**  
Technical report series 854, Geneva, 1995.