

Dutra Lemos, Naira; Maria Gazzola, Juliana; Roberto Ramos, Luiz
Cuidando do Paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador
Saúde e Sociedade, vol. 15, núm. 3, septiembre-diciembre, 2006, pp. 170-179
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263722014>

Controle de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial com Grupos de Intervenção Educacional e Terapêutica em Seguimento Ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde

Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension Control with Educational and Therapeutic Groups in Outpatient Follow-up in a "Unidade Básica de Saúde" (Basic Health Unit)

Terezinha Rodrigues Silva

Fonoaudióloga, Unidade Básica de Saúde Vila Romana - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
E-mail: terezinha.rs@uol.com.br,

Chaié Feldmam

Médico, Clínico Geral, Unidade Básica de Saúde Vila Romana - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
E-mail: chaiefeldman@yahoo.com.br

Maria Helena A. Lima

Assistente Social, Unidade Básica de Saúde Vila Romana - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
E-mail: casablanca22@uol.com.br

Moacyr R. Cuce Nobre

Médico, Doutor em Medicina, Unidade de Epidemiologia Clínica Incor- HCFMUSP
E-mail: mrcnobre@usp.br

Rachel Z. L. Domingues

Mestre em Serviço Social, Unidade de Epidemiologia Clínica Incor- HCFMUSP
E-mail: rzanetta@ajato.com.br

Resumo

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde Vila Romana, São Paulo, foi proposta intervenção em uma população de pacientes diabéticos e hipertensos por meio de formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, fornecimento de medicação, controles periódicos e atendimento de intercorrências. Nos primeiros 3 meses, ocorreram encontros mensais, seguidos de consultas periódicas, controle das doenças e dispensação da medicação por mais 27 meses. Com os 191 pacientes, foram formados grupos de hipertensos e grupos de diabéticos hipertensos. Comparando-se os resultados iniciais com os pós-intervenção, observou-se redução relativa de 42% e absoluta de 26% no número de pacientes com pressão moderada e grave. Para os diabéticos, a redução absoluta foi de 22%, para aqueles com glicemia superior a 200mg/dl, e aumento de 33%, para aqueles com níveis inferiores a 125mg/dl. Para pacientes dependentes do sistema oficial de saúde e do fornecimento da medicação, em grande parte idosos e pessoas com baixa escolaridade, embora não se tenha obtido no estudo o controle de todos os determinantes de adesão e o

controle das doenças, a intervenção se mostrou eficiente. Sugere-se que seja institucionalizada.

Palavras-chave: Educação em saúde; Hipertensão Arterial; Diabetes, Tratamento; Grupos terapêuticos.

Abstract

Health education is important to increase adherence to treatment and the control of patients with hypertension or diabetes, associated to the self-control of blood pressure or glycemia levels, physical activity and diet. The better understanding of the diseases is related to an improvement in quality of life, decrease in the number of decompensations, fewer hospital admissions, and better acceptance of the disease. An intervention in a population of diabetic and hypertensive patients, through the establishment of groups to promote educative measures, regular follow-up, drug supply, periodic control and treatment of medical intercurrences was proposed at a Basic Health Unit. Monthly meetings took place during the first three months, followed by periodic medical evaluations, disease control and drug supply for additional 27 months. A series of 191 patients was included for a follow-up. Comparing the initial results and those seen post-intervention, we observed a relative decrease of 42% and an absolute one of 26% in the number of patients with moderate and severe hypertension. Regarding the diabetic patients, there was an absolute decrease of 22% in those with glycemia levels above 200mg/dl and an increase of 33% for those with levels below 125mg/dl. For patients who depend on the public health system and drug supply by the government, mostly elderly patients with low schooling, the intervention proved to be effective, although the control of the diseases and all adherence determinants was not achieved. We suggest the implementation of this intervention.

Keywords: Health Education; Arterial Hypertension; Diabetes, Treatment; Therapeutic Groups.

Introdução

Contexto geral

As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo (Manton, 1998). No Brasil (Chor e col., 1995) as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte. Segundo o Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade no Município de São Paulo (Proaim), em 2001, ocorreram 20.945 mortes por essas causas, correspondendo a 32,3% de todos os óbitos do município (SMS-PMSP, 2003 a). As doenças do aparelho circulatório são a principal causa de morte em quase todas as regiões da cidade (SMS-PMSP, 2004). Na Sub-prefeitura da Lapa, onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Romana está localizada, as principais causas de óbito são: doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, pneumonia, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e diabetes (SMS-PMSP, 2003 b).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pela complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (Mion e col., 2002 a).

No Brasil, os estudos de prevalência de hipertensão arterial são poucos e não-representativos, mas mostram alta prevalência, variando de 22% a 44% (Freitas e col., 2001).

Um estudo feito em São Paulo em 1990 mostrou prevalência de 22% (Rego e col., 1990), enquanto outro realizado em 1997 na cidade de Cotia (Grande São Paulo), 44% (Martins e col., 1997).

A hipertensão apresenta grande morbidade, com altos custos envolvidos no seu tratamento (Flack e col., 2002). Espera-se que com o controle adequado da pressão haja redução dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença (Neal e col. 2000).

A diabetes é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (SBD, 2002).

Na cidade de Ribeirão Preto, um estudo recente mostrou uma prevalência da doença de cerca de 8% (Torquato e col., 2003), semelhante à obtida em estudo realizado no Município de São Paulo (Goldenberg e col., 1996). A doença está associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos pacientes por ela acometidos. Acarreta também altos custos para o controle de suas complicações (Garatini e col., 2004; Maciejewski e Maynard, 2004). A diabetes é a sexta causa mais freqüente de internação hospitalar e contribui para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (Silvestre, 1997).

Diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas. Essa doença é a principal causa de amputação de membros inferiores (Spichler e col., 1998) e de cegueira (Schellini e col., 1994); cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos (Bruno e Gross, 2000).

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais freqüente que na população em geral (HDS, 1993). Pessoas com diabetes têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral. A doença pode também determinar neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual (Mbanya e Sobngwi, 2003).

Diversos estudos têm mostrado que o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial são capazes de reduzir as complicações tanto da diabetes e quanto da hipertensão arterial (UKPDS 34, 1998; UKPDS 38, 1998).

Essa doenças acometem mais freqüentemente pessoas de mais idade e sua incidência aumenta com a idade (Vasan, 2002).

A abordagem da hipertensão arterial e da diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (Mion e col., 2002 a; SBD, 2002). Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Contexto Local

O Bairro da Vila Romana junto com os distritos admi-

nistrativos de Barra Funda, Jaguaré, Jaguara, Perdizes e Vila Leopoldina compõem a Sub-prefeitura da Lapa. Sua população é de cerca de 13.000 habitantes, o que corresponde a aproximadamente 23% da população do distrito, e é formada basicamente por 6.235 pessoas do sexo masculino (45,2%), 7.530 do sexo feminino (54,8 %), sendo 2698 idosos (19,6%).

A UBS Vila Romana é uma unidade de saúde gerenciada pela Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), localizada na área de atuação da Coordenação de Saúde da Lapa. Um levantamento realizado no final de 2001 junto à população usuária da unidade, com o objetivo de determinar as maiores necessidades em saúde, colocou como prioridades o tratamento da hipertensão e da diabetes.

Na ocasião, o médico clínico da unidade, durante o período de um mês, classificou seus pacientes em acompanhamento e os novos casos, encontrando em um total de 273 pacientes, 126 hipertensos (46%), 59 diabéticos hipertensos (22%) e 6 diabéticos (2%).

Verificou-se que, na maioria dos casos, a doença não estava controlada e os pacientes não tinham um seguimento assistencial regular. Compareciam à unidade na primeira semana de cada mês para marcar retornos, porém nem sempre conseguiam, ficando muitas vezes sem acompanhamento e sem a medicação, apesar da gravidade da doença. Sobrecarregavam muitas vezes a instituição com elevado número de consultas principalmente para obter a medicação. Na época, um levantamento dos prontuários da unidade apontou uma média de 9 consultas médicas/ano por paciente.

Proposta de trabalho

Diante dessa situação, foi proposta uma intervenção que alterasse o seguimento de hipertensos e diabéticos, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose..

Com isso, esperava-se prevenir complicações da hipertensão e/ou da diabetes, esclarecer sobre os fatores de risco cardiovasculares, alcançar maior adesão dos pacientes ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento do hipertenso e do diabético, estimulando o autocontrole. Esperava-se também envolver familiares e comunidade no diagnóstico pre-

coce e no apoio ao hipertenso e/ou ao diabético, organizar o atendimento desses pacientes, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial

População alvo

Seleção dos pacientes

O clínico geral selecionou 126 pacientes hipertensos, 59 diabéticos hipertensos e 6 diabéticos. Os participantes foram agrupados de acordo com a gravidade da doença e a dificuldade em controlá-la; o projeto foi implementado a partir de maio de 2002.

Algumas características dos pacientes que participaram do projeto encontram-se na tabela 1.

Tabela 1 - Características iniciais dos grupos de hipertensão e diabetes

	Hipertensão	Diabetes*
Pacientes	114	61
Mulheres	77 - 68%	37 - 61%
Idosos	68 - 60%	35 - 57%
Moram só	23 - 20%	10 - 17%
Tabagismo	9 - 8%	9 - 15%
Sedentarismo	35 - 31%	28 - 47%
IMC** ≥ 30	56 - 49%	19 - 31%
Analfabeto + Fundamental incompleto	71 - 62%	40 - 64%
Fundamental completo + Médio incompleto	21 - 19%	5 - 9%
Médio completo + superior incompleto	16 - 14%	10 - 17%
Superior completo + Pós	6 - 5%	6 - 10%

* Constituída por 6 indivíduos diabéticos e 55 diabéticos hipertensos

** IMC = Peso em quilogramas/quadrado da altura em metros

Foram consideradas idosas as pessoas com mais de 60 anos

Foram consideradas tabagistas pessoas que consomem 1 ou mais cigarros por dia

Foram consideradas sedentárias pessoas que realizam menos de 30 minutos de exercício três vezes por semana e não fazem esforço físico intenso em casa ou no trabalho

Fonte: Brasil-MS, 2002

O grupo de diabetes foi constituído por 6 indivíduos diabéticos e 55 diabéticos hipertensos. Foram consideradas idosas pessoas com mais de 60 anos, tabagistas quem consumia 1 ou mais cigarros por dia (Brasil - MS, 2002), sedentários quem realizava menos de 30 (trinta) minutos de exercício três vezes por semana e não fazia esforço físico intenso em casa ou no trabalho (Brasil - MS, 2002). Foram considerados obesos, os que apresentavam o Índice de Massa Corpórea (IMC) acima de 29, sendo o IMC a relação do peso de um indivíduo tomado em quilogramas, pelo quadrado de sua altura, em metros.

Intervenção

Capacitação da Equipe

Foi montada uma equipe multiprofissional para a ação educativa e o acompanhamento ambulatorial dos pacientes, composta de assistente social, auxiliar de enfermagem, auxiliar técnico-administrativo, dentista, fisioterapeuta, fonoaudióloga, médico clínico, nutricionista, psicóloga e terapeuta ocupacional.

Essa equipe se organizou e se capacitou para desenvolver atividades dentro de uma padronização de condutas e habilidades técnicas, de acordo com normas clássicas (Mion e col., 2002 a; SBD, 2002).

A supervisão e a coordenação dos pacientes foram garantidas pela atuação conjunta do clínico geral, da fonoaudióloga e da assistente social, com apoio direto da auxiliar técnico-administrativo.

Organização dos Grupos e Cronograma das Atividades

Foram formados diversos grupos de até 15 usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes. Os pacientes diabéticos e hipertensos fizeram parte do grupo de diabéticos, devido às especificidades das doenças e às necessidades de orientações.

Foram realizados encontros mensais com os grupos por 3 meses consecutivos.

Durante esse tempo, os pacientes passaram por consulta médica mensal e participaram de ações educativas para conhecer mais sobre as doenças, suas complicações, os cuidados que devem ser tomados e os controles exigidos para estabilizar a doença. Eles foram orientados sobre a necessidade de adesão ao tratamento e receberam noções de nutrição, controle de estresse e cuidados dentários. Receberam também no primeiro encontro um cartão de controle da hipertensão e/ou diabetes para uso próprio e, para os que tiveram interesse e/ou disponibilidade, foram desenvolvidos encontros com a fisioterapeuta e a terapeuta ocupacional, em horários diferentes para cada grupo, no total de 4 encontros.

Em dia previamente agendado, a cada três meses, foi realizada consulta com profissional de saúde não-médico. Nessa consulta, os pacientes tiveram a glicemia de jejum e a pressão arterial determinadas (a medida de pressão arterial foi realizada segundo as normas preconizadas pelo consenso) (Mion e col., 2002 b) e anotadas no cartão de controle e na pasta de agendamento dos grupos. Para os casos de alterações de glicemia ou pressão, uma consulta médica foi realizada. Os pacientes receberam os medicamentos suficientes até nova consulta e tiveram, então, consulta médica agendada a cada seis meses.

No acompanhamento, o paciente que apresentou qualquer intercorrência clínica teve prioridade em consulta com o único clínico que participava do programa, por meio de vagas previamente reservadas para esse fim.

Para as consultas médicas e não-médicas regularmente agendadas, os faltosos foram convocados por

telefone ou aerograma, a fim de se estimular a aderência ao programa.

Após dois anos, os grupos existentes foram realocados em novos grupos, com base no controle de sua doença. Assim, os pacientes pertencentes aos grupos de hipertensão arterial foram realocados em 6 grupos denominados controlados, definidos pela presença de pressão arterial normal, limítrofe ou discretamente aumentada e 2 grupos de não controlados.

Os pacientes do grupo de diabéticos foram realocados em 3 grupos, denominados controlados, definidos por apresentar glicemia de jejum de até 140mg/dL e 1 grupo não controlado.

Para os grupos denominados controlados a estratégia inicial foi mantida: comparecer à unidade para dispensação dos medicamentos, aferição da pressão arterial, ou glicemia e orientações gerais, a cada três meses.

Para os grupos dos não controlados, uma nova estratégia foi proposta: comparecer à unidade a cada 2 meses para medição da glicemia e da pressão arterial, dispensação dos medicamentos e orientações gerais. Nessas ocasiões, os casos que acusaram alteração foram encaminhados para consulta médica extra.

Todos os pacientes mantiveram, a cada seis meses, uma consulta médica regular e atendimento médico preferencial em caso de intercorrências.

Resultados

No período de acompanhamento (30 meses), deixaram o seguimento 12 hipertensos (9,5%), 10 por abandono e dois por óbito; 4 diabéticos hipertensos (6,7%), 1 por óbito. Nenhum dos 6 diabéticos deixou o seguimento.

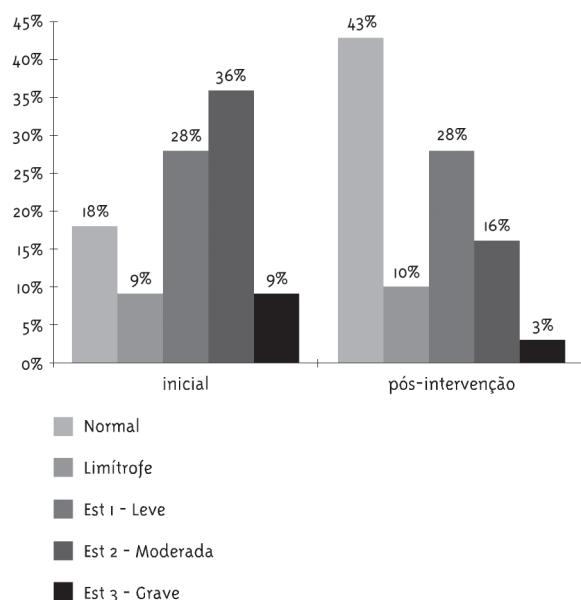
Dos 114 pacientes em acompanhamento nos grupos de hipertensão, 4% tiveram complicações (1 Acidente Vascular Cerebral, 1 diagnóstico de coronariopatia, 1 infarto agudo do miocárdio, submetido a angioplastia, 1 diagnóstico de retinopatia hipertensiva grau II, 1 trombose venosa profunda). Apesar das complicações, esses pacientes se mantiveram motivados e continuaram participando das atividades do grupo. Como complicações maiores ocorreram 2 óbitos, por infarto agudo do miocárdio.

Dos 61 pacientes em acompanhamento nos grupos de diabetes, 8% tiveram complicações (1 amputação de Membro Inferior Esquerdo, 1 Acidente Vascular

Cerebral, 2 diagnósticos de coronariopatia - um submetido a revascularização -, 1 diagnóstico de insuficiência cardíaca). Apesar das complicações, esses pacientes continuaram motivados a participar das atividades do grupo. Nesse grupo, ocorreu 1 óbito por câncer do fígado.

Os índices de pressão arterial pós-intervenção apresentaram melhora, conforme Gráfico 1. Inicialmente, 27% dos pacientes tinham pressão normal e limítrofe e 45% moderada e grave. Após a intervenção, 53% tinham pressão normal e limítrofe e 19%, moderada e grave, caracterizando uma redução de hipertensão moderada e grave relativa de 42% e absoluta de 26%.

Gráfico 1 - Classificação da hipertensão arterial



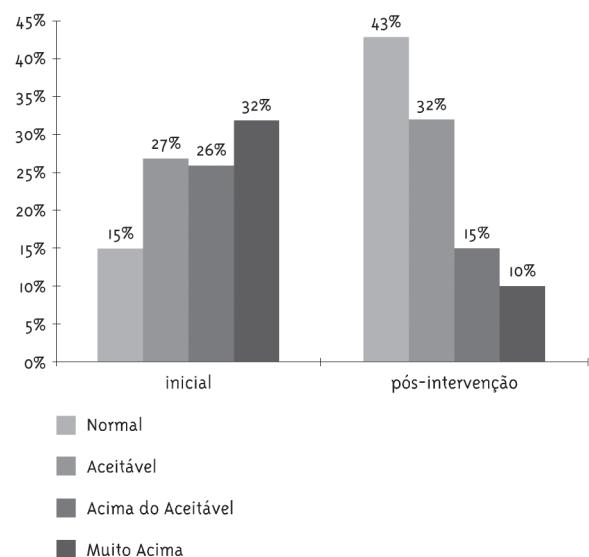
Pressão Arterial - Classificação

Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Normal	< 130	< 85
Limitrofe	130- 139	85- 89
Estágio I - leve	140- 159	90- 99
Estágio II - moderada	160- 179	100-109
Estágio III - grave	> ou = 180	> ou = 110

Fonte: Mion e col, 2002 a

Os índices de glicemia pós-intervenção também apresentaram melhora, conforme Gráfico 2. Inicialmente, 42% dos pacientes apresentavam glicemia até 140mg/dL e 32%, acima de 200mg/dL. Após a intervenção, 75% apresentaram glicemia abaixo de 140 mg/dL e 10%, acima de 200mg/dL, caracterizando uma melhora absoluta de 33% dos níveis inferiores e redução absoluta de 22% dos níveis superiores.

Gráfico 2 - Classificação dos índices de glicemia



Glicemia de jejum - Classificação

Normal	Aceitável	Acima do aceitável	Muito acima
125 mm/dL	126-140mm/dL	141-200 mm/dL	> 200 mm/dL

Fonte: SBD, 2002

Como resultado secundário, conseguiu-se uma organização da infra-estrutura de apoio para os grupos, que consistiu em:

1. Fornecimento regular da medicação, em função da estimativa precisa de quantidade e disponibilidade dos medicamentos, já que se contou com a prescrição médica regular e com a regularidade da dispensação.
2. Padronização dos exames subsidiários solicitados, respeitadas as limitações do serviço, pois obedeceu-se ao preconizado nos consensos.

3. Atendimento de intercorrências, em função do agendamento previamente reservado para esses casos.
4. Realização de ações educativas junto aos pacientes, pois uma sala foi reservada para discussão em grupos e exposições.

O agendamento dos retornos, o fornecimento da medicação, o atendimento odontológico e médico preferenciais garantiram a adesão ao programa, verificada pela observação não registrada do baixo número de faltosos.

Por meio da baixa freqüência de familiares aos grupos foi possível verificar que as metas de envolvimento da comunidade e a atuação familiar não foram alcançadas.

A demanda por consulta médica regular diminuiu: antes da intervenção a média paciente/ano era de 9; após a intervenção, 2 (considerando os pacientes dos grupos controlados). Os pacientes dos grupos não controlados de diabetes demandaram 2 consultas extras por ano. Os pacientes dos grupos não controlados de hipertensão, 1.

Atualmente, há em seguimento 8 grupos de hipertensão arterial, dos quais fazem parte 114 pacientes e 4 grupos de diabetes, com 61 pacientes.

Discussão

Diversas publicações têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial e/ou diabetes (Ambrosio e col., 1988; Gruesser e col., 1996; González e col., 1997).

Em nosso meio, poucas publicações relatam esse tipo de estudo e, quando o fazem, incluem grupos pequenos de pacientes, com acompanhamento de curto prazo, embora apontem resultados favoráveis (Santos e Baracho, 1995; Maia e Araújo, 2002).

Além disso, os estudos referem-se a intervenções que se limitam a um elenco de conferências, sobre informações a respeito da doença, suas complicações e os cuidados que elas demandam. Não há trabalhos mostrando intervenções na educação do autocontrole da doença nem sobre seguimento regular, vinculado a consultas médicas e à garantia do fornecimento da medicação. É possível que somente em serviços de saúde em que o agendamento de consultas possa ser

determinado pelo agente da intervenção, seja possível realizar esse tipo de trabalho, em função da dificuldade em se manter um grupo de pacientes em acompanhamento por meses, quando a procura por consultas seja determinada pelos pacientes.

O nosso programa operou além da intervenção de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, um seguimento regular, associado à garantia do fornecimento de medicamentos, controles das doenças (hipertensão e diabetes) e atendimento preferencial em intercorrências. Os resultados obtidos demonstraram melhora absoluta e relativa nos níveis de pressão arterial e glicêmico. Não houve um controle absoluto sobre todos os determinantes de baixa adesão, como conhecimento da doença, uso regular da medicação, controle periódico da pressão e/ou diabetes, convocação de faltosos, homogeneização dos grupos, etc., no entanto, a eficácia das intervenções ficou comprovada.

Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional. A atuação com equipe multiprofissional também se verifica em outros trabalhos realizados (Santos e Baracho, 1995; Maia e Araújo, 2002), embora trabalhar com equipe multiprofissional ainda não tenha evidências definitivas, que seja a melhor das opções (Munro e col., 2002).

Na intervenção sobre os grupos de pacientes, foi utilizado um modelo de educação interativa, segundo o qual os pacientes eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os membros do grupo foi estimulada para adequar a essa população específica os conhecimentos necessários sobre doença, seus determinantes e seus controle; modelo também utilizado no trabalho de outro pesquisador (Greenhalgh e col., 2005).

O seguimento regular por largo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia de fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento.

Os resultados poderiam ter sido maximizados se tivesse havido apoio efetivo da equipe da unidade como um todo, no envolvimento com o trabalho, e da Coordenadoria de Saúde, na disponibilização de recur-

sos de infra-estrutura, obtidos em parte por representantes da comunidade, no Conselho Gestor.

Os resultados foram obtidos apesar de algumas dificuldades que interferiram na qualidade das intervenções realizadas, como por exemplo: as limitações impostas pela padronização dos medicamentos disponibilizados na unidade básica de saúde. Nos casos mais graves, essa limitações impediram a utilização de outras classes de medicamentos, muitas vezes, necessárias. O mesmo se aplica aos exames subsidiários. A referência para o atendimento dos pacientes nos níveis de atenção mais complexos por especialidades como cardiologia, oftalmologia, cirurgia vascular e endocrinologia também foi limitada ou ausente. A referência e a contra-referência no atendimento dos pacientes certamente propiciaria melhora saúde na deles, economia de recursos ao sistema e racionalidade na atenção em saúde; no entanto, na prática, elas ainda não foram construídas.

Por razões diversas, os familiares não trouxeram ganhos aos resultados. Grande parte dos pacientes é composta de pessoas idosas que vivem só ou apenas com o cônjuge, também é idoso. Assim, a possibilidade de um cuidador familiar, que assuma o papel de educador, de fiscalizador e de suporte ao diabético ou hipertenso não existe. Muitos familiares podem acompanhar o paciente à unidade de saúde e, por isso, não adquirem conhecimentos sobre a doença e sobre os cuidados que ela demanda. Alguns familiares-cuidadores que participaram dos encontros dos grupos discutiram com os pacientes, ou os questionaram, durante as reuniões, prejudicando o andamento delas. Não houve trabalho educativo de intervenção específica e separada para os familiares ou cuidadores, em parte, porque a disponibilidade da equipe para esse trabalho era limitada.

Conclusão

A intervenção no tratamento e no acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, através da formação de grupos para ação educativa, seguimento regular, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências, por equipe multidisciplinar, num período de 30 meses, mostrou-se notavelmente útil no controle destas doenças crônicas. Esse tipo de intervenção pode ser mantida e amplia-

da no atendimento dos serviços públicos de saúde. Para maior eficácia, deve ser institucionalizada, independentemente de mudanças político-administrativas, por meio da incorporação de mais profissionais de saúde e maior participação da comunidade.

Referências

- AMBROSIO, G.B. et al. Effects of interventions on community awareness and treatment of hypertension: results of a WHO study. *Bulletin of the World Health Organization*, Genebra, v.66, n.1, p.107-113, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, 2002. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- BRUNO, R.; GROSS, J.L. Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis: a 3,6 year follow-up study. *J Diabetes Complications*, Nova Iorque, v.14, n.5, p.266-71, 2000.
- CHOR D.; FONSECA, M.J.M.; ANDRADE, C.R. Doenças cardiovasculares: comentários sobre a mortalidade precoce no Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.64, n.1, p.15-19, 1995.
- FLACK, J.M. et al. Cardiovascular disease costs associated with uncontrolled hypertension. *Manage Care Interface*, New York, v.15, n.11, p.28-36, 2002.
- FREITAS, O.C. et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the state of São Paulo, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.77, n.1, p.9-21, 2001.
- GARATTINI, L. et al. Direct medical costs unequivocally related to diabetes in Italian specialized centers. *The European Journal of Health Economics*, Berlim, v.5, n.1, p.15-21, 2004.
- GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no Município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p.37-45, 1996.
- GONZÁLEZ, R.G.; PÉREZ, R.S.; ACOSTA, O.M. Comunicación y educación interactiva en salud y su aplicación al control del paciente diabético. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, DC, v.2, n.1, p.32-36, 1997.

- GREENHALGH, T.; COLLARD, A.; BEGUM, N. Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic who do not speak English. *BMJ*, London, v.330, n.7492, p.628, 2005. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=15774990>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- GRUESSER, M.; JOERGENS, V.; HARTMANN, P. Implementation of Structured Teaching and treatment Program for Patients with Hypertension in Ambulatory Care. *Diabetes*, New York, v.45, p.279A, 1996. Supplement 2.
- HDS - Hypertension in Diabetes Study Group. HDS 1: Prevalence of hypertension in newly presenting type 2 diabetic patients and association with risk factors for cardiovascular and diabetic complications. *Journal of Hypertension*, London, v.11, n.3, p.309-17, 1993.
- MACIEJEWSKI, M.L.; MAYNARD, C. Diabetes-related utilization and costs for inpatient and outpatient services in Veterans Administration. *Diabetes Care*, New York, v.27, p. B69-73, 2004. Supplement 2.
- MAIA, F.R., ARAÚJO, L.R. Projeto 'Diabetes Weekend': Proposta de Educação em Diabetes Mellitus tipo I. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, v.46, n.5, p.566- 573, 2002.
- MANTON, K.G. The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. *World Health Statistus Quarterly*, Genebra, v.41, n.3, p.255-66, 1998.
- MARTINS, I.S. et al. Atherosclerotic cardiovascular disease, lipemic disorders, hypertension, obesity and diabetes mellitus in population of a metropolitan area of southeastern Brasil: III - Hypertension. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo; v.31, n.5, p.466-71, 1997.
- MBANYA, J.C.; SOBNGWI, E. Diabetes microvascular and macrovascular disease in Africa. *Journal of Cardiovascular Risk*, London, v.10, n.2, p.97-102, 2003.
- MION JR, D. et al. *Hipertensão Arterial*: abordagem geral. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002a. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2006.
- MION JR, D. et al. *IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial - 2002b*. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes>. Acesso em : 11 jun. 2006.
- MUNRO, N.; FELTON, A.; MCINTOSH, C. Is multidisciplinary learning effective among those caring for people with diabetes? *Diabetic Medicine*, Sussex, v.19, n.10, p.799-803, 2002.
- NEAL, B. et al. Effects of ACE inhibitors, calcium antagonists, and others blood-pressure lowering drugs: results of proactively designed overviews of randomised trials. *Blood-Pressure Lowering Treatment Trialists Colaboration*. *Lancet*, London, v.356, n.9246, p.1955-64, 2000.
- REGO, R.A. et al. Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of São Paulo, SP (Brasil): Methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.24, n.4, p.277-85, 1990.
- SANTOS, M.G.N.; BARACHO, M.F.P. Educação em diabetes: uma experiência no Hospital do CRUTAC, UFRN, Sto. Antônio, RN. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.57-60, 1995.
- SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes - Consenso Brasileiro sobre Diabete - 2002. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2. Disponível em: http://www.diabetes.org.br/educacao/docs/consenso_atual_2002. Acesso em: 13 ago. 2006.
- SCHELLINI, S. A. et al. Diabetes, retinopatia diabética e cegueira. *Jornal Brasileiro de Medicina*, Rio de Janeiro, v.67, n.2, p.171-4, 1994.
- SILVESTRE, J.A. Hospitalizações SUS. Coordenadoria de Atenção a Saúde do Idoso. Ministério da Saúde, Brasília, 1997.
- SMS-PSP. PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. A saúde em nossas mãos. *Revista Saúde São Paulo*, São Paulo, v.2, n.1, p.4-29, 2004. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0046/gestao_plena.pdf. Acesso em: 11 jun. 2006.
- SMS-PSP. PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim PRO-AIM nº 43 / 2003a - Publicações do PRO-AIM. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/publicacoes/0044>. Acesso em: 11 jun. 2006.

SMS-PMSP. PREFEITURA DA CIDADE DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim CEInfo - Sub-prefeituras, 2003b, Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em: http://ww2.prefeitura.sp.gov.br/arquivos/secretarias/saude/publicacoes/0004/BoletimCEInfo_08-04.pdf. Acesso em: 11 jun. 2006.

SPICHLER, E.R.S. et al. Diabetic lower extremities amputation. *Diabetologia*, Rio de Janeiro, v.41, n.A279, p.90-6, 1998.

TORQUATO, M.T.C.G. et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. *São Paulo Medical Journal*, São Paulo, v.121, n.6, p.224-30, 2003.

UKPDS 34 - UK Prospective Diabetes Study Group. Intensive blood-glucose control with sulfonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 34. *Lancet*, London, v.352, n.9131, p.854-65, 1998.

UKPDS 38 -UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *BMJ*; London, v.317, n.7160, p.703-712, 1998.

VASAN, R.S. et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-age women and men: Framingham Heart Study. *JAMA*, Chicago, v.287, n.8, p.1003-10, 2002.

Recebido em: 09/05/2005
Reapresentado em: 03/2006
Aprovado em: 07/2006