

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

RENATO DE OLIVEIRA BARBOSA JUNIOR

**EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA NA COMUNIDADE DE
PADRE BRITO – BARBACENA - MINAS GERAIS.**

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2017

RENATO DE OLIVEIRA BARBOSA JUNIOR

**EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA NA COMUNIDADE DE
PADRE BRITO – BARBACENA - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Margarete Pereira Cavalcante

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

2017

RENATO DE OLIVEIRA BARBOSA JUNIOR

**EFETIVAÇÃO DO PROGRAMA HIPERDIA NA COMUNIDADE DE
PADRE BRITO – BARBACENA - MINAS GERAIS.**

Banca Examinadora

Profª Drª Margarete Pereira Cavalcante - UFAL

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 27 de janeiro 2017

AGRADECIMENTOS

A **Nosso Senhor Jesus Cristo e sua Santíssima Mãe**, por sempre guiarem meus passos.

A **minha Mãe**, saudade eterna, por me incentivar a ser o que sou e pelos valores que me norteiam para me tornar uma pessoa e um profissional melhor a cada dia. Ao meu pai, presença constante.

A Professora **Dra. Margarete** pelo seu inegável saber científico, e pela sua paciência, mesmo diante das minhas inquietudes.

Às **Colegas de Trabalho** da Unidade Básica de Saúde de Padre Brito por terem acolhido a ideia, mesmo sabendo que seria um trabalho a mais aos já tantos que eles tem que cumprir, à Enfermeira Heidimar Maria Batista, à Auxiliar de Enfermagem Mara Elias, e às agentes comunitárias de saúde, sem as quais este trabalho não se tornaria realidade.

Ao meu amigo **Felipe Xavier**, pelo companheirismo e apoio constante, pela ajuda na formatação de texto e execução das tabelas.

“Quando se sonha sozinho, é apenas um sonho. Quando se sonha juntos é o começo da realidade”.

Miguel de Cervantes.

RESUMO

O propósito deste trabalho foi efetivar o Hiperdia, cuja grande meta é proporcionar um atendimento eficaz e eficiente aos portadores de hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Padre Brito, que atende as Comunidades Rurais de Padre Brito de remanescentes dos Índios Puris e Ponto Chique do Martelo, Comunidade Rural remanescente dos Quilombolas dos Candendês, ambas atendidas pela equipe da unidade em Barbacena – Minas Gerais. Após constatar que a UBS não implementou o projeto Hiperdia na forma preconizada pelo Ministério da Saúde, existindo apenas ações pontuais, elaborou-se um projeto de intervenção objetivando propor um plano de intervenção para introduzir no cotidiano da UBS Padre Brito o Hiperdia por meio de práticas e ações em saúde buscando o controle pressórico dos usuários hipertensos e o controle glicêmico dos usuários portadores de diabetes. Este plano foi realizado pela equipe, com suporte do Coordenador da Atenção Primária. Para sua fundamentação fez - se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde , com os descritores: atenção básica, hipertensão, diabetes, educação em saúde e autocuidado. Também foram pesquisados Programas do Ministério da saúde. Iniciamos nosso projeto em janeiro de 2016 tendo seu ápice em junho de 2016. No decorrer do processo, verificou-se o aumento da presença dos adscritos inseridos no programa, possibilitando propagar conhecimentos relacionados às patologias em questão, diminuindo, inclusive, as internações, por condições sensíveis à Atenção Primária, relacionadas a estas doenças. O planejamento visou despertar os benefícios que o programa traria e inserir no dia a dia da UBS os usuários acometidos pela hipertensão e/ou diabetes, bem como a dos seus familiares, objetivando um maior controle da pressão arterial e a diminuição da glicemia. Incentivamos a alteração das rotinas, priorizando a alimentação saudável, a prática de atividade física de baixo impacto, diminuição do uso do tabaco, como o objetivo de que durante a execução do processo, os adscritos notassem uma melhora na qualidade de vida; por fim, os resultados obtidos confirmaram nossa expectativa: as ações em saúde de promoção e prevenção, orientadas por agentes multiprofissionais, são importantíssimas para o pleno funcionamento do Hiperdia, que deve, sem a menor sombra de dúvida, estar em congruência com a participação dos profissionais da saúde, em qualquer nível, realizando as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Atenção Básica. Hipertensão. Diabetes. Educação em Saúde. Autocuidado.

ABSTRACT

The purpose of this paper is the implementation of the project Hiperdia, whose main goal is to provide effective and efficient care to hypertension and diabetes patients at the Basic Health Unit of Padre Brito, which serves the Rural Communities of Padre Brito of remnants of the Puris Indians and Ponto Chique do Martelo, Remaining Rural Community of Quilombolas dos Candendês, both attended by the team of the unit in Barbacena-MG. After noting that the Health Unit did not implement the Hiperdia project in the manner recommended by the Ministry of Health, and there were only occasional actions, an intervention project was developed, carried out by the team, supported by the Primary Care Coordinator, with the aim of approaching as fully as possible with what Hiperdia proposes. We started our project in January 2016 and its peak in June 2016. During the process, we verified the increase of the presence of the people enrolled in the program, making it possible to propagate knowledge related to the pathologies in question, even reducing hospitalizations by sensible conditions of the Primary care services related to these diseases. The planning aimed to awaken the benefits that the program would bring and insert in the daily life of Health Unit the users affected by hypertension and/or diabetes, as well as that of their relatives, aiming at a greater control of the blood pressure and the decrease of the glycemia. We encouraged changes in routines, prioritizing healthy eating, low-impact physical activity, and reduced use of tobacco, such as the goal that during the execution of the process, the enrollees noticed an improvement in quality of life; at last, the results obtained confirmed our expectation: health promotion and prevention actions, guided by multiprofessional agents, are very important for the full functioning of Hiperdia, which must, without a shadow of a doubt, be in line with the participation of health professionals, at any level, carrying out the actions recommended by the Ministry of Health.

Keywords: Basic Health Care. Hipertension. Diabetes. Health education. Diabetes. Hipertension. Self Care

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	JUSTIFICATIVA	16
3	OBJETIVOS	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6	PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
7	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem por objetivo prestar um atendimento integral, garantindo o acesso à assistência em todo o sistema de saúde; este atendimento será garantido por intermédio de uma equipe multiprofissional que tem como responsabilidade, atender e acompanhar as famílias adscritas no território, independente da faixa etária, tornando-se esta a coordenadora do cuidado do seu usuário em todos os níveis de atenção.

A Atenção Primária em Saúde (APS), é uma estratégia organizacional do SUS; apregoa sua reorganização, reordenando e recombinao recursos físicos e financeiros da saúde para prover a população, com três princípios basilares: o da resolutividade; o de organizador da referência e da contrarreferência dos seus adscritos por todos pontos da rede de saúde e o terceiro, o de corresponsabilizar-se pelos seus adscritos nos outros pontos da rede de saúde (TAKEDA, 2004).

O objetivo de iniciar e manter esta ação específica, é otimizar a assistência aos usuários canalizando os esforços destinados a atenção primária através do aumento da eficiência e da eficácia com a menor relação custo/benefício em qualquer instância da propedêutica clínica das doenças crônicas não transmissíveis de grande prevalência na APS.

Ao implementarmos o Hiperdia tivemos como objetivo primaz, instrumentalizar o médico, a enfermeira e demais profissionais de nível técnico lotados na UBS de Padre Brito a acompanhar os hipertensos e os diabéticos. O grupo operativo é formado pela população adscrita e pelos colaboradores da Unidade Básica de Saúde (UBS), nas áreas de medicina, enfermagem, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, que coordenaram as ações. Minimamente foram feitas duas reuniões semanais, uma em cada comunidade por nós atendida, com duração variável de noventa minutos, nas quais se realizam medição dos níveis pressóricos dos adscritos, sendo devidamente anotadas em livro próprio; faz-se ainda marcações de consultas, quando necessárias, com o médico ou com a enfermagem, estimula-se a troca de ideias de assuntos relativos à saúde com intuito de entronizar como hábito frequente no quotidiano das pessoas essas discussões

em saúde, bem como da prática de atividades físicas como alongamento e atividades recreativas, e a troca de saberes científico e popular.

1.1 O município de Barbacena

Barbacena é uma cidade mineira, localizada na Mesorregião do Campo das Vertentes e o seu código no IBGE é o 310560; dista 169 km da Capital do Estado, Belo Horizonte. Seu atual prefeito é o engenheiro Luís Álvaro Abrantes Campos, sendo seu Secretário de Saúde o médico José Orleans da Costa. Seu gentílico é barbacenense. Sua população estimada para o ano de 2016 é de 135.829 habitantes (IBGE, 2014).

Localiza-se a uma latitude de 21°13'33" sul e a uma longitude de 43°46'25" oeste. Sua população, segundo o IBGE (2014), estimada em 2016 é de 135.829 habitantes.

O município é reconhecido como um grande produtor de frutas e de flores, sendo conhecido em todo o Brasil e também no exterior como a "Cidade das Rosas", em função da grande produção local desta flor. Destaca-se, ainda, como centro de ensino, com expressiva influência regional, tendo também um comércio diversificado. Barbacena é localizada na Serra da Mantiqueira. Dista 169 quilômetros da capital do estado, Belo Horizonte. O referido município, com 788,001 quilômetros quadrados, ocupa o sítio de um antigo aldeamento de Índios Puris, na região conhecida como Campo das Vertentes (IBGE, 2014).

No Brasil, o município também é conhecido como a "Cidade dos Loucos" (SAVASSI, 1991, p.176), pelo grande número de hospitais psiquiátricos instalados no local. A cidade atraiu esses manicômios em decorrência da antiga ideia, defendida por alguns médicos, de que seu clima ameno, com temperaturas médias bem baixas para os padrões brasileiros, faria com que os doentes mentais ficassem mais quietos e menos arredios, supostamente facilitando o tratamento.

1.2 A Criação do município: Barbacena, de vila a município.

Barbacena teve por origem uma pequena aldeia de índios Puris, formada por jesuítas junto às cabeceiras do Rio das Mortes, pelas primeiras bandeiras que penetraram no território das Minas Gerais e Borda do Campo. Esses indígenas, pertencentes à nação tupi, habitavam a zona do Campo desde a Mantiqueira, e tinham por vizinhos a leste os Coroados e ao norte os Carijós. Vindos do sul, eles se espalharam pelas regiões de Queluz e Congonhas do Campo (IBGE, 2014). Os últimos representantes desses indígenas desapareceram em meados do século XVIII.

Os primeiros povoadores da região foram paulistas e portugueses, procedentes, na maioria, de Taubaté. Transpondo a Mantiqueira pela garganta do Embaú, desbravaram os sertões e estabeleceram-se no território, dedicando-se de início à mineração e, em seguida, à lavoura e criação de gado. Essa empresa foi iniciada pelo capitão Garcia Rodrigues Paes Leme, em 1698, e determinada com o auxílio de seu cunhado, o Coronel Domingos Rodrigues de Fonseca Leme, então já estabelecido na fazenda da Borba do Campo. Como recompensa receberam ambos vários títulos, privilégios e diversas sesmarias ao longo de Caminho Novo, aberto por eles (IBGE, 2014).

Em representação dirigida ao Príncipe Regente D. Pedro, em 11 de fevereiro de 1822, a vila de Barbacena foi proposta para capital, sede da Monarquia portuguesa, então em crise, oferecendo-se os barbacenenses para lutar em defesa do Príncipe Regente, que nessa ocasião, havia recorrido aos mineiros. Recebeu então Barbacena o título de “Mui nobre e leal vila”, conferido por decreto de 24 de fevereiro de 1823. Em 1840, Barbacena recebeu foros de cidade, juntamente com: Campanha da Princesa, Paracatu e Minas Novas (IBGE, 2014).

1.3 Formação administrativa

A hoje cidade de Barbacena foi criada como distrito, com o nome de Barbacena, pelo Alvará de 16-01-1752 e pela Lei Estadual n.º 2, de 14-09-1891, e elevada à categoria de vila, Barbacena, em 14-08-1791. Pelo Alvará de 24-02-1823,

obteve o título de “mui nobre e leal vila de Barbacena” título este agraciado pelo então Príncipe Regente D. Pedro I, por ter sido a primeira Vila de Minas Gerais a enviar representação militar para defesa do Príncipe em decorrência ao “Dia do Fico”, fato histórico brasileiro datado de 9 de janeiro de 1822. Foi elevada à condição de cidade com a denominação de Barbacena pela Lei Provincial n.º 163, 09-03-1840 (IBGE, 2015).

1.4 Aspectos geográficos e socioeconômicos

Barbacena possui uma área total de: 759,186 Km², e uma concentração habitacional de 135.829 habitantes com uma densidade demográfica de 178,9 habitantes por km²; o seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,769 e sua concentração habitacional: 135.829 habitantes (IBGE, 2015).

1.5 Configuração do sistema local de saúde de Barbacena

O município dispõe de 25 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cobrem 70% da população; possui ainda três equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Em sua retaguarda possui o apoio seja por convênio privado ou com funcionários próprios de um grande escopo de profissionais médicos das mais diversas especialidades; possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad); um Hospital da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) para grandes emergências e politraumatizados; Hospital Ibiapaba Centro Barbacenense de Assistência Médica e Social (CEBAMS), para atendimento a doenças coronarianas e oncológicas, e a Santa Casa de Misericórdia, para procedimentos obstétricos, pediátricos e neurocirurgias. Conta ainda com diversas casas de convivência, oriundas do movimento antimanicomial, cujos objetivos, dentre outros, eram os de discutir os direitos humanos dos pacientes dos serviços de saúde mental, a discussão sobre a necessidade da privação da liberdade e a violência “intramuros”.

Ressalta-se o pioneirismo da médica psiquiatra Nise da Silveira, que em 1956 criou a Casa das Palmeiras, cujos usuários eram tratados como pacientes externos com o claro objetivo de intermediar a transição dos pacientes advindos dos manicômios para reintegrá-los à comunidade (SILVEIRA, 1986). Os procedimentos considerados de média e alta complexidade quando não feitos aqui, são encaminhados pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto das Vertentes (CISALV), para os municípios circunvizinhos, até mesmo para Juiz de Fora e Belo Horizonte.

1.6 ESF de Padre Brito – processo de trabalho

A UBS está situada na Rua Emília Moreira Campos, s/nº. Sua principal comunicação com os usuários se dá pelo telefone público externo e a internet é satélite, com graves problemas de funcionamento, principalmente em dias nublados e chuvosos, cuja conexão não se completa. Funciona de segunda-feira à sexta-feira de 08:00 às 16:00h.

A equipe foi criada com o advento do Programa Mais Médicos Para o Brasil, em meados de 2013; devido à natureza da sua criação, o atendimento de duas comunidades rurais distintas entre si, o número reduzido de adscritos e a imensa distância entre as casas que fazem parte da comunidade, a equipe, em reunião, considerou achar melhor manter a agenda aberta para a marcação em sua maior parte por demanda espontânea sobre demanda marcada numa porcentagem de 80%, mantendo-se os 20% para aquelas que são de acompanhamento mensal como por exemplo, pré-natal, puericultura, tuberculose e hanseníase; as marcações podem ser feitas na própria unidade de saúde, por telefone ou por intermédio das agentes comunitárias de saúde.

No Quadro 1 encontram-se apresentados os profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde Padre Brito e respectivo horário de trabalho.

Quadro 1 Profissionais alocados na UBS de Padre Brito, 2016

Número de profissionais	Profissionais Lotados na UBS	Horário de funcionamento
1	Médico	08:00h às 16:00h.
1	Enfermeira	08:00h às 16:00h.
1	Técnico de enfermagem	08:00h às 16:00h.
1	Auxiliar administrativo	08:00h às 16:00h.
4	ACS	08:00h às 16:00h.
1	Auxiliar de serviços gerais	08:00h às 16:00h.

Fonte: ESF Padre Brito - Barbacena-MG

Quanto ao perfil epidemiológico na UBS de Padre Brito, bem como metodologia de atendimento da população adscrita à unidade, os dados estão disponibilizados no Quadro 2:

Quadro 2 - Perfil epidemiológico da ESF Padre Brito, janeiro de 2016

Número de Habitantes	975
Número de Famílias Cadastradas	293
Número de Famílias Acompanhadas	232
População Feminina	464
População Masculina	511
Número de Diabéticos	49
Número de Hipertensos	203
Número de Gestantes	2
Casos de Hanseníase	0
Casos de Tuberculose Pulmonar	0
Número de Crianças menores de 1 ano, exclusive	5
Número de crianças entre 1 ano e 2 anos, exclusive	7
Número de Crianças abaixo de 10 anos, exclusive	136
Número de adolescentes entre 10 e 20 anos, exclusive	120
Número de adultos entre 19 e 60 anos, exclusive	605
Número de Idosos acima de 60 anos	114

Número de Mulheres entre 25 e 64 anos	236
Número de Mulheres entre 25 e 64 anos com PV em dia	197
Número de mulheres entre 50 e 69 anos	128
Número de Mulheres entre 50 e 69 anos com Mamografia em dia	90

Fonte: SIAB e ficha A da UBS Padre Brito- Barbacena-MG

No Quadro 3 está descrito o número de usuários hipertensos e diabetes por microárea na ESF Pedro Brito, Barbacena.

Quadro 3 – Hipertensos e diabéticos por microárea

Microárea	HAS	DM	TOTAL
1	54	15	69
2	53	10	63
3	37	11	48
4	59	13	72
TOTAL	203	49	252

Fonte: ESF – Padre Brito – Barbacena -MG

Barbacena não é diferente da grande parte dos municípios de Minas Gerais, no que tange às adversidades na saúde: possui amplo território, uma econômica pujante ancorada no agronegócio e no terceiro setor, além da sua proximidade estratégica em relação à Capital do Estado, Belo Horizonte. Encontra-se, ainda, a menos de 4 horas da cidade do Rio de Janeiro. Em sua circunscrição, contém a Escola Preparatória dos Cadetes do Ar (EPCAr), A Escola Agrotécnica e o Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sudeste de MG (IFET).

2 JUSTIFICATIVA

Considerando as doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão e diabetes, não seria errado afirmar que existe um hiato relevante nos benefícios adquiridos como resultado de um manejo eficaz dessas doenças em longo prazo. Quando não diagnosticadas previamente, oportunidade na qual temos a possibilidade de mantê-las relativamente sobre o controle e evitando a manifestação de comorbidades, é correto afirmar que no usuário, aos primeiros sinais dos agravos de comorbidade, a grande parte, senão todo o fardo, recaia sobre três atores: os **próprios usuários**, que por vezes tornam-se dependentes dos seus **familiares**, e a **coletividade** a qual pertence (SOARES, 2016, grifo do autor).

Com o advento da estratégia da Saúde da Família, que capilarizou a equipe de saúde a tal ponto que a cobertura das ESF tende a adscrever cada vez mais um número maior de usuários, o diagnóstico feito precocemente, aliado a uma instrução em saúde e um enfrentamento continuado, feitos de forma apropriada, devem objetivar um olhar diferenciado sobre os usuários adscritos, cujo reflexo será diminuir as internações por condições sensíveis à Atenção Primária em Saúde e por conseguinte, a taxa de morbimortalidade. A hipertensão e o diabetes são um excelente modelo para um trabalho interdisciplinar.

Entre julho e dezembro de 2015, nos seis meses anteriores a introdução do Hiperdia como forma de controle entre hipertensos e diabéticos, seis dos nossos adscritos foram internados em hospitais da nossa região, por problemas relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, fato este que despertou a atenção da equipe para a criação dos grupos operacionais objetivando a promoção do cuidar de si próprio, aumentar o elo junto à comunidade e melhorar a eficácia da vigilância dos nossos usuários.

A partir do método aplicado, o de estimativa rápida, fizemos uma análise da situação da saúde concomitante a um projeto de intervenção para atender as solicitações oriundas dos adscritos, de acordo com o proposto por Campos, Faria e Santos (2010). Utilizamos dados epidemiológicos que foram obtidos do nosso sistema gerencial de informação (SIAB), associando aos números da demanda programada e espontânea que obtínhamos mensalmente, assim como das reuniões de equipe; aproveitamos o forte vínculo das ACS com a população para elaborarmos o projeto de intervenção, aproveitando os dados fornecidos por estes profissionais no quesito internação, constante nas fichas de preenchimento mensal.

Com as informações coletadas pelas ACS, somando-se à demanda da população adscrita, notamos falhas no processo terapêutico, como consultas com diversos profissionais médicos, cada um com uma conduta diferenciada, que não necessariamente estava incorreta, porém, deixava o usuário confuso, como por exemplo, a qual delas aderir; muitas vezes tivemos casos de hipermedicalização do mesmo, pois havia o uso de grande parte, senão todas as medicações prescritas pelos profissionais; nesse momento, notamos a real necessidade de intensificar o grupo Hiperdia, pois até então as ações eram fragmentadas. Concluimos que a falta deste programa e de linhas guia de atendimento clínico eram o macroproblema e resolvemos implementá-lo como um todo, considerando nossas particularidades, no intuito de levar a informação sobre as referidas patologias na forma mais acessível possível ao público-alvo: destacamos o alcoolismo, aspectos nutricionais inadequados, sedentarismo, obesidade, ignorância a respeito da doença que ora os acometia, baixa escolaridade e grande número de analfabetos e analfabetos funcionais.

No decorrer das reuniões do Hiperdia com as nossas comunidades, seguimos com o objetivo claro de descrever o problema, identificar as causas e consequências. Procuramos descobrir os problemas ou nós críticos, para enfrentá-los; a descoberta, foi fator determinante para o sucesso do nosso programa e, determinamo-los a seguir: a desinformação da população hipertensa e/ou diabética sobre prevenção da doença, o desconhecimento dos profissionais lotados na UBS sobre como passar numa linguagem simples e clara ao adulto as decorrências da não adesão do mesmo ao tratamento, interpelação errada do adscrito pelos profissionais da APS nas visitas ou na sala de espera, cuja ausência de estrutura desta para a realização dos grupos é um problema que já foi reportado para a coordenação local, necessidade de melhorar a detecção precoce, sistematizando as ações, tomando-se o cuidado, obviamente, de tratar cada caso conforme a sua necessidade no intuito de garantir a melhor estratégia de atendimento, sejam estes especializados ou na própria UBS; ausência de um Programa de Educação Permanente para estes profissionais, pois na ESF, os trabalhadores precisam estar preparados para interagir em todas as dimensões sejam elas sociais, biológicas ou psicológicas, no cuidar do adscrito, da sua família na inserção comunitária deste, com estratégias criativas, que o motivem a interagir com a prática do profissional, atendendo suas expectativas pessoais, a dos familiares e da comunidade em seus aspectos mais variados.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Propor um plano de intervenção para introduzir no cotidiano da UBS Padre Brito o Hiperdia por meio de práticas e ações em saúde buscando o controle pressórico dos usuários hipertensos e o controle glicêmico dos usuários portadores de diabetes.

3.2 Específicos

Conscientizar os usuários adscritos portadores de Hipertensão e Diabetes, bem como a sua família e a coletividade, em relação à adesão ao tratamento e ao cuidar-se de forma integral.

Diminuir as internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde, no que tange à Hipertensão e Diabetes.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção se baseou nos pressupostos do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) e em revisão da literatura com o intuito de dar um escopo teórico a este trabalho.

Artigos clássicos que discorrem sobre o assunto foram consultados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os Descritores de Ciências da Saúde: Atenção Básica, Hipertensão, Diabetes, Educação em Saúde e Autocuidado. Fez-se, ainda pesquisa em arquivos virtuais das Sociedades Brasileiras de Hipertensão e Diabetes e em Programas do Ministério da Saúde.

A seleção da revisão foi orientada para que houvesse uma descrição mais apurada e fiel para embasar o objetivo geral deste trabalho.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Hipertensos, diabéticos e a implementação do Hiperdia.

A hipertensão é a doença crônica mais prevalente, atingindo aproximadamente dezessete milhões de habitantes, podendo crescer 80% até 2025 ¹. É um problema, ainda de tamanho desconhecido, para a saúde pública, que acomete aproximadamente 24% da população adulta, incluindo-se os adultos jovens, sendo ainda responsável por 80% dos eventos relacionados a Acidente Vascular Encefálico (AVE) e também 60% dos eventos de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

De acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, em 2003, 27,4% dos óbitos no Brasil foram decorrentes das Doenças Cardiovasculares (DCV), atingindo 37% quando são excluídos os óbitos por causas mal definidas e a violência. A principal causa de morte em todas as regiões do Brasil é o acidente vascular encefálico, acometendo as mulheres em maior proporção (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

¹ Informação disponível em: <<http://www.sbh.org.br/geral/noticias.asp?id=69>> acessado em 22 de julho de 2016.

Conforme as VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão, as DCV são ainda responsáveis pela alta frequência de internações, ocasionando custos médicos e socioeconômicos elevados. Como exemplo, em 2007 foram registradas 1.157.509 internações por DCV no Sistema Único de Saúde (SUS). Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (DATASUS). A doença renal terminal, outra condição frequente na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica em inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Considerando-se valores de PA \geq 140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Um fator preocupante para nós, é o clássico artigo de Wilber e Barrow (1972) que fazia referência a “regra das metades”. Segundo esses autores, apenas metade das pessoas com hipertensão eram detectadas; das detectadas, somente 50 % eram tratadas; e das tratadas, apenas a metade era controlada de forma eficaz. Nas últimas décadas, a evolução das ciências médicas aumentou exponencialmente o saber sobre HAS, como tratá-la e controlá-la de forma eficaz. Em Barbacena, dos classificados como hipertensos, a falta de estratificação entre hipertensos leves, moderados e graves nos chamou a atenção, fator este que é um dos determinantes para retornos às consultas, pois, segundo Aristóteles (S/d), na sua obra: *Ética a Nicômaco* (Estagira, 384 a.C. — Atenas, 322 a.C.), devemos tratar igualmente os iguais e desigualmente os desiguais, na medida de sua desigualdade, ou seja, dar mais atenção, a quem mais precisa de atenção.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é tida, há algumas décadas como um grave problema de saúde pública, cuja prevalência considerada na população maior de 20

anos é de 24,3%; estima-se que pelo menos 60% dos idosos brasileiros, indivíduos com 60 anos ou mais, são hipertensos. A maioria apresenta elevação isolada ou predominante da pressão sistólica, aumentando a pressão de pulso, que mostra forte relação com eventos cardiovasculares. A prevalência de outros fatores de risco, como a síndrome metabólica, também aumenta com a idade, elevando ainda mais o risco cardiovascular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2006).

A doença é mais comum entre as mulheres² (26,9%) que entre os homens (21,3%) e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, contra apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos.

Já o tempo médio de ensino é inversamente proporcional à hipertensão: quanto maior a escolaridade, menor a taxa. Entre aqueles com até oito anos de educação formal, 37,8% são hipertensos; na outra ponta, com 12 anos ou mais de ensino, o percentual fica em 14,2% (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2006).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, analisando os óbitos em decorrência do Diabetes Mellitus observou-se que aproximadamente 30% das internações, ocorreram por complicações da Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

5.2 Modificações de costumes da população e o trabalho de equipe

Das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus possuem grande magnitude; uma pesquisa recente realizada em parceria pelo Ministério da Saúde e o IBGE, revelou que cerca de 40% da população adulta possui pelo menos uma DCNT; segundo a vigilância, controle e a prevenção das DCNT no contexto do SUS, o tratamento preventivo impõe

² Informação disponível no endereço : <http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/hipertensao-atinge-24-3-da-populacao-adulta> acessado em 24 de julho de 2016.

modificações comportamentais no que se refere à adesão do enfermo ao tratamento proposto, à dieta saudável, e modificações na forma de viver. Quando nos deparamos com usuários reticentes em aderir às mudanças propostas pela equipe, devemos focar em estratégias que os façam entender dos riscos advindos dessa não inserção no programa, orientando-os adequadamente, retirando dúvidas e alertando-os das possíveis consequências de forma clara e precisa. Devemos nos focar num programa continuado de educação, para o usuário e para as equipes de saúde no que se refere as três abordagens clássicas: a nutricional, a fisiopatológica e a comportamental, sendo esta, talvez, a mais complicada de abordar (BRASIL, 2014).

5.3 Da educação em saúde no Hiperdia levando-se em consideração a comunidade inserida.

Segundo a OPAS, caracterizar a sala de situação em saúde, perfil epidemiológico, visa compor um conjunto de fatores a serem estudados, com o objetivo de utilizar-se da melhor ferramenta possível para abordar a coletividade; na nossa área adscrita, além das preconizadas pela OPAS, consideramos também a comunidade na qual se vive, o saber popular desta comunidade para o assunto em questão, a renda familiar, a moradia, nível de escolaridade, vínculos trabalhistas, lazer e o ambiente no qual se está inserido. Em posse desses dados, os profissionais devem elaborar formas e projetos de intervenção que os levem em consideração, para obter a maior chance de sucesso possível na abordagem, buscando soluções que sejam factíveis para os nós críticos e adversidades de saúde encontrados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010).

Um dos principais objetivos da Estratégia de Saúde da Família é orientar sua comunidade, no nosso caso em particular, nossas comunidades, para a promoção do autocuidado, compartilhando com ela o saber científico para que, juntamente com o saber popular, ela possa enfrentar o binômio saúde doença. O objetivo fim deve

ser o de orientar as mudanças nos hábitos já arraigados e de atitudes. A atualização permanente em saúde, ainda que inócua em nosso município, é um instrumento importantíssimo para integrar, valorizar e vincular à equipe da ESF a sua população, propiciando um espaço de saber onde um não esteja acima do outro, mas que os saberes sejam complementares entre si, não só focada no modelo biomédico. (JUNGES *et al.*, 2011)

Quando falamos em educação continuada em saúde, entendemos que ela deve ser apenas uma das estratégias que despertem no usuário e na coletividade na qual ele está inserido a competência de visualizar de forma analítica e esclarecida na realidade na qual ele se encontra, no intuito de empoderá-lo, juntamente com a coletividade, para buscar soluções, sejam estas via associações de bairro, conselho local de saúde ou ouvidoria (CECCIM, 2005).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Este projeto teve como norte o método de estimativa rápida conforme orientações de Campos, Faria e Santos (2010).

6.1 Do tímido início ao clímax

Nosso grupo operativo iniciou suas atividades com reuniões semanais, realizadas de janeiro de 2016 a junho de 2016. Dada a particularidade da equipe em questão, atender duas comunidades díspares entre si, distantes 14 km entre elas em estrada de chão sem condução regular, as comunidades de Padre Brito e Ponto Chique do Martelo, os encontros eram designados preferencialmente aos adscritos com hipertensão e/ou diabetes, porém, não se proibia a entrada de usuários que não fossem portadores das mesmas. A UBS de Padre Brito possui quatro micro áreas, duas em cada comunidade, e a frequência das reuniões obedecia a regra de ser no mínimo uma por semana em cada comunidade, podendo ser mais, de acordo com a necessidade emanada da população; em junho, por exemplo, houve 18 grupos operativos.

6.2 Plano Operacional

A abordagem inicial foi de responsabilidade dos ACS, justamente por julgarmos que esses profissionais dentro da UBS são os que têm mais vínculo com os adscritos; enviamos convites aos portadores de HAS e DM para convidá-los para uma conversa informal. Nossos primeiros encontros se realizaram no Salão Paroquial da Igreja da Comunidade de Ponto Chique do Martelo. Esses usuários voluntariamente se apresentaram à consulta clínica pelo médico da equipe: para os hipertensos, fizemos a classificação da sua hipertensão entre leve, moderada e grave; com os usuários diabéticos, classificamos entre os insulínod dependentes e os não insulínod dependentes. Para complementação de dados, calculamos o IMC; para fins de parametrização $IMC = \text{Peso em kg} / \text{Altura em metro}^2$ (BRASIL, 2014).

6.3 Avaliação dos níveis pressóricos para classificação de hipertensos

Avaliamos o nível pressórico com esfigmomanômetro aneróide, após repouso que variava entre 20 a 30 minutos, caso o usuário tivesse fumado. Utilizamos duas aferições, uma com o usuário em posição supina, e outra com ele sentado, aguardando dois minutos entre elas. Anotou-se as medições. Definiu-se como hipertenso, o usuário que obteve em duas aferições em diferentes dias um nível pressórico sistólico maior ou igual a 140 mmHg e/ou nível pressórico diastólico maior ou igual a 90mmHg (BRASIL, 2013).

6.4 Orientação quanto à realização de exercício físico de baixo impacto

Devido à ausência do educador físico, essa orientação deu-se pelo médico da equipe com os demais profissionais. Baseamo-nos apenas no alongamento dos principais grupos musculares e, quando disponível, uma atividade física como por exemplo, dança ou recreação com brincadeiras.

6.5 Variantes

Avaliamos os usuários quanto à antropometria, efetuamos dosagens bioquímicas, focando-se no lipidograma e hemoglobina glicosilada, além da presença de glicosúria, e provas de função renal.

6.6 Parceiros

Este projeto de intervenção teve como parceiros a Coordenação de Atenção Primária de Barbacena e também contou com o apoio da população assistida.

6.7 Delineando o projeto operativo

Nosso perfil epidemiológico nos permitiu delinear e avaliar os riscos, bem como elencar as necessidades precípua para planejar e executar o projeto de intervenção em saúde.

Abaixo, listamos as 10 etapas do nosso plano de ação, que foram executados primariamente entre janeiro e junho de 2016.

- 1ª Etapa – Definindo os problemas;
- 2ª Etapa - Priorizando os problemas;
- 3ª Etapa - Descrevendo o problema escolhido;
- 4ª Etapa - Explicando a escolha do problema;
- 5ª Etapa - Descobrimo os pontos críticos;
- 6ª Etapa - Fluxograma das operações;
- 7ª Etapa – Definindo os recursos críticos;
- 8ª Etapa – Exequibilidade do plano;
- 9ª Etapa - Composição do plano de ação;
- 10ª Etapa - Gerenciamento do plano.

1ª Etapa: definindo problemas

As adversidades da população assistida pela equipe da ESF de Padre Brito na área adscrita foram visualizados analisando-se o perfil epidemiológico, e assim, pudemos detectar os seguintes problemas:

- A quantidade de usuários com diabetes e hipertensão urge da implantação do programa que contemple grupos operativos.
- Descompasso no contingente de profissionais da rede de atenção secundária (RAS) para atender à população considerada como Hipertensa Grave, Diabética Insulino Dependente, ou com falência terapêutica, bem como a ausência de médicos oftalmologistas para fins de exames de fundoscopia, fator essencial para detecção precoce de problemas visuais decorrentes da hipertensão e do Diabetes.
- Unidade de saúde com estrutura inadequada com goteiras e consultórios sem iluminação, sem computador, telefone e acesso à internet.
- Índice de analfabetismo alto na população adulta.
- Uma Unidade Básica de Saúde atendendo a duas comunidades com realidades completamente diferentes entre si, sem condução regular; há um ônibus que sai de Padre Brito às 9 h. da manhã e retorna às 16 h., fato que levou com que equipe se dividisse entre elas para melhor atendê-las.
- Ausência do NASF.
- Inexistência de atividades educativas promovidas pela UBS.

2ª Etapa: priorizando os problemas

NA ESF de Padre Brito, consideramos os três seguintes critérios na priorização dos problemas: grau de importância e urgência e a capacitação técnica. Tais fatores foram selecionados pela correlação direta com as questões abordadas pelo programa Hiperdia e a análise aqui realizada.

Quadro 4 - Problemas elencados Comunidades de Padre Brito e Ponto Chique

Priorização dos problemas				
Problemas Elencados	Relevância	Urgência	Capacitação técnica	Seleção
Ausência de linhas guia para atendimento de HAS, DM e de grupos operativos.	Alta	9	Parcial	1
Insuficiência de especialistas para suprir a demanda referenciada à RAS.	Alta	8	Ausente	6
Estrutura física inadequada da UBS.	Alta	8	Ausente	3
Inexistência de um programa de educação continuada;	Alta	9	Ausente	2
Uma UBS para atender duas comunidades longes entre si.	Alta	9	Ausente	4
Analfabetismo e baixa escolaridade.	Alta	8	Ausente	7
Ausência de NASF	Alta	9	Ausente	5

A falta de linhas guia para atendimento aos usuários portadores de HAS ou DM, bem como o de grupos operativos dificulta o seu controle clínico e foi elencado como ponto crítico.

3ª Etapa: descrevendo o problema escolhido

O grande número de usuários adscritos com diagnóstico de hipertensão e diabetes, obviamente, necessita de um olhar diferenciado da ESF. Nosso perfil epidemiológico revela que na UBS de Padre Brito existem 203 hipertensos e 49 diabéticos diagnosticados, representando 20,3% e 4,9% da população adscrita.

Na ESF de Padre Brito utilizou-se a ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Saúde (MS): informações do Sistema Gestor FLY (gerencia consultas, marcação de exames, referencia aos outros níveis de atenção), utilizado no Município (2016), dos registros e do fluxograma do atendimento.

4ª Etapa: explicando a escolha do problema

Ao identificarmos o problema, tornou-se premente a urgência da definição de um processo de trabalho que contemplasse o planejamento de ações voltadas para educação em saúde dos profissionais, da população e da criação de um programa que o atendesse da melhor forma possível; todas estas questões deveriam levar em consideração o nível de conhecimento sobre as patologias que os atores de ambos os lados dispunham, a complexidade de lidar com duas comunidades distantes entre si e com saberes díspares e como ofertar o melhor atendimento possível em condições de atendimentos tão adversas.

Citamos como fatores relevantes:

- Escolaridade baixa com altas taxas de analfabetismo e analfabetos funcionais.
- Falta de conscientização e orientação sobre a diabetes e hipertensão.
- Falta de articulação entre a rede de atenção primária e de atenção secundária, dificultando o atendimento especializado.
- A distância entre as moradias e das comunidades entre si.

Dentre as possíveis consequências, além da falta de orientação e encaminhamento adequado, desencadeia-se um maior risco no contingente de usuários com complicações clínicas, o que impacta diretamente no cuidado da saúde da família e comunidade.

5ª Etapa: descobrindo os pontos críticos

Com a falta de uma linha guia de tratamento para hipertensos e diabéticos na unidade para uniformizar ações, sejam essas individuais ou coletivas torna inadiável a necessidade de detecção dos pontos críticos. Além disso, é preciso lidar também com a ausência de critério para reavaliações periódicas, levando-se em conta a particularidade de cada caso de acordo com os protocolos clínicos.

Quadro 5 – Pontos Críticos

Pontos Críticos	Crenças disfuncionais dos adscritos a respeito das Doenças Crônicas não transmissíveis e a relevância de seguir o acompanhamento médico, juntamente com a terapêutica proposta.
-----------------	---

	“Cuidando-se”
Projeto	Aumentar o acesso e disponibilização de informações à população, o aumento da adesão aos cuidados com hipertensos e diabéticos e do cuidar de si.
Resultado Esperado	Aumento da adesão ao tratamento, diminuindo assim as complicações resultantes do diabetes e dos quadros hipertensivos, diminuindo também a internação por Condições Sensíveis à APS
Produtos Esperados	Grupo educativo permanente desenvolvido pela equipe da ESF com assuntos que envolvam HAS e DM. Disseminação informacional dos temas e compartilhamento de saberes científico e popular.
Recursos Necessários	Cognitivo: aplicação de métodos de ensino e divulgação sobre diabetes e hipertensão. Abrangendo desde o treinamento e aprendizado das equipes, aos métodos informativos utilizados nos grupos, que atendam estrategicamente ao contexto educacional e ecológico da população assistida. Financeiro: Aquisição de equipagem (esfigmomanômetro, estetoscópios, computadores), elaboração de folders educativos, e construção de uma UBS adequada. Organizacional: Definir o clima organizacional da equipe, criando um espaço de discussão sobre os problemas e variáveis encontradas na implantação do Hiperdia, buscando a coesão tática da equipe dentro de um mesmo objetivo e enquadradas num perfil profissiográfico adequado. Político: Desenvolvimento de estratégias que, além de trazerem o usuário ao Hiperdia, também possa torná-lo um evangelizador político-cidadão das questões diretamente aqui tratadas (leia-se diabetes e hipertensão), como também das questões que o engajem na promoção e prevenção da saúde da comunidade.

6ª Etapa: fluxograma das operações

Identificadas as causas, elencada a prioritária, o passo seguinte foi traçar condutas e estratégias para motivar os profissionais e a comunidade em si. A equipe da ESF Padre Brito propôs, a partir dos “nós críticos” identificados, que pelo menos uma vez por semana, houvesse um grupo Hiperdia em cada comunidade, aonde seriam abordados temas pertinentes aos assuntos escolhidos, numa linguagem acessível; haveria um momento para troca de saberes, desmistificação de hábitos nocivos e esclarecimentos sobre os costumes populares trazidos pelos usuários.

7ª Etapa: definindo os recursos críticos

Ao desenvolvermos as operações definidas no enfrentamento dos problemas apontados, definimos os seguintes pontos como principais recursos a serem trabalhados: Inexistência de grupos operativos e ausência de protocolos clínicos e de processo de trabalho da equipe como podemos observar na tabela a seguir:

Quadro 6 - Recursos críticos

Projeto	Pontos Críticos
Espaço Físico	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: falta de acesso da população a abordagem apresentada no Hiperdia. Desconhecimento de protocolos clínicos. - Financeiro: necessidade de elaborar e adquirir os equipamentos necessários para a divulgação das informações no espaço Hiperdia, material gráfico, capital intelectual e acomodações físicas. - Político: engajamento da população e motivação profissional.
Processo de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: Estabelecimento de um espaço que acolha o usuário com dignidade e suporte emocional. - Financeiro: aquisição de equipagem de saúde. Elaboração do material instrucional das equipes e dos usuários. - Organizacional: Definir uma estratégia de trabalho que fortaleça os elos entre a equipe e a comunidade. - Político: Fomentar capital material e intelectual para o cumprimento das linhas guia de HAS e DM (não cotar por UBS os exames laboratoriais, de imagem e da RAS, ofertar medicamentos que supram a demanda).

8ª Etapa: exequibilidade do plano

Não obstante, mesmo sem ter a estrutura adequada, a ESF da UBS Padre Brito usa sua pequena sala de espera com uma longarina para 3 pessoas e o atendimento na Comunidade de Ponto Chique do Martelo que se dá no Salão Paroquial da Igreja local, a equipe levou o projeto a frente, executando as atividades propostas; houve um mergulho intenso por parte da ESF, no que se refere, por exemplo, a atividade física e alimentação saudável, pois não temos NASF rural; mantivemos um grupo de estudo para nos aprofundarmos nos referidos temas, e, ao final, optamos por fazer com nossos adscritos, não a atividade física registrada na literatura, mas alongamentos e atividades recreativas como grupo de dança, brincadeiras infantis como cabra-cega, dentre outras. Na alimentação saudável, montamos uma pirâmide alimentar factível com a alimentação da população local, levando em consideração seus hábitos e costumes alimentares.

Quadro 7 – Propostas de ações

Atores sociais	Financeiro: Prefeito/Secretário de Saúde e Ação Social/Coordenação da atenção primária Organizacional: Secretário de Saúde e Ação Social/ Coordenação de atenção primária.
----------------	---

	Político: Prefeito /Secretário de Saúde e Ação Social/Conselho Municipal de Saúde. Social: UBS, Conselhos Locais de Saúde
Ação estratégica	Apresentar à gestão a inevitabilidade de implementar as linhas guia; mostrar aos gestores as linhas guia que já existem para HAS e DM, no intuito de sensibilizá-los a implementar, bem como o que for necessário para garantir o seu cumprimento.

9ª Etapa: composição do plano de ação

Quadro 8 - Plano de ação da UBS de Padre Brito

Projetos	Espaço Hiperdia
Resultados esperados	População informada sobre as patologias que as acometem. O que é, quais as situações que aumentam a ocorrência de um agravo à saúde, como prevenir, quais as complicações mais comuns. Troca de saberes científico e popular.
Projeto	Grupo operativo regular, interdisciplinar, visando abordar os assuntos ora em questão.
Ações	Apresentação à coordenação da APS, às comunidades de Padre Brito e Ponto Chique, e no Conselho Local de Saúde.
Responsáveis	Equipe Multiprofissional lotada na UBS de Padre Brito com a corresponsabilização da comunidade.
Prazo	A partir da sua implementação, sem prazo para término.

10ª Etapa: gerenciamento do plano

Para o gerenciamento, as ações serão avaliadas com a indicação de eventuais mudanças. Avaliações trimestrais feitas após esta etapa, garantirão a observância da qualidade do plano e sua exequibilidade, bem como serão acolhidas as críticas, sugestões dos usuários, e dos integrantes da equipe e das comunidades.

Utilizaremos como indicador principal, a diminuição de internações por condições sensíveis à HAS e DM oriundos da Atenção Primária à Saúde e, como indicadores secundários, a satisfação do usuário e presença da comunidade nos grupos operativos.

7 CONCLUSÃO

Ações de promoção e prevenção na Atenção Primária à Saúde são basilares, contudo necessitam de avaliações periódicas para medir os resultados esperados. O programa Hiperdia na UBS de Padre Brito como ferramenta avaliativa, necessita de um esforço conjunto, de aprimoramentos, avaliações e senso crítico, para ser efetivado em sua plenitude, que é o aproximar de zero o índice de internação por condições sensíveis à hipertensão e diabetes. As ações efetuadas já mostram resultados promissores.

O primeiro resultado obtido foi o aumento da demanda pelos grupos operativos na unidade. Atingimos nosso objetivo: redução das internações sensíveis à Atenção Primária à Saúde; nos seis meses do projeto em curso apenas 1 caso foi registrado, contrastando contra 6 no mesmo período anterior. Nosso ambiente reduzido certamente foi um fator que restringiu o volume de usuários, levando a equipe a procurar soluções alternativas durante o processo, como reuniões nas sedes das fazendas circunvizinhas, propiciando uma cobertura maior.

Em comunidades com usuários portadores de doenças crônicas não transmissíveis, medidas preventivas, de promoção, o reconhecimento precoce destes devem ser efetivados. O programa Hiperdia aponta o seu valor, auxiliando sobremaneira no acompanhamento destas DCNT, identificando precocemente faltas às consultas ou aos grupos operativos, bem como controlar de forma mais eficaz a dispensação de medicamentos e coordenar o cuidado dos usuários em todos os níveis de atenção.

Durante o período em que nos dedicamos à Medicina de Família e Comunidade sempre somos desafiados; seja pelo sistema, que nos cobra cada vez mais eficiência e resolutividade ante situações as quais não estamos paramentados para responder na forma que a urgência e o contexto, cuja as infundáveis situações nos apresentam a cada dia, levantando novas questões e demandando diretrizes técnicas na mesma velocidade do próprio conhecimento científico; seja pela comunidade assistida, que fomenta o aprendizado prático e exige uma adequabilidade, fundamental, imediata e criadora no efêmero equilíbrio entre o

conhecimento médico e o saber popular, quer seja abrindo as portas para a equipe de saúde, quer seja fechando-as, nos motivando a desenvolver estratégias eficazes e ocasionalmente replicáveis; e seja pelo próprio médico, cuja carreira na medicina da família exige uma nova percepção no prisma sócio científico e uma nova forma de fazer medicina, muitas vezes transversal ao que é tido como medicina clássica.

Esta delicada tríade nos oferece novas oportunidades de desenvolver estratégias de acolhimento, sempre com o cuidado de não subverter esta balança. Neste contexto, a avaliação de uma proposta como o Hiperdia numa comunidade específica (rural, dual, e com tamanha diversidade étnica) nos permite apostar na junção dos princípios fundamentais da Medicina de Família com os 3 fronts citados acima e, desta forma, avaliarmos uma proposta médica global da prevenção e promoção de saúde do usuário do sistema. O Hiperdia demonstrou a importância da sociabilidade, dos recursos humanos, e da educação dentro da estratégia, levantando outras novas questões e desafios, como o atendimento ao usuário, que acreditamos ser iniciado antes mesmo do contato formal com a equipe de saúde, pela própria ideação da comunidade e com a educação em saúde. Acreditamos que projetos globalizantes como o Hiperdia devem ser estimulados, tal qual a multidisciplinaridade e a pluralidade de saberes, dentre os programas da estratégia de saúde da família, com a clareza e a objetividade das diretrizes do SUS, e que emulem a natureza diversificada das situações do dia a dia da medicina de família e na interconexão entre os programas, em sua maioria, individualizados. O Hiperdia apresentou resultados bastante satisfatórios, mas a sua aplicabilidade não é tão focal e convencionada nas UBS com o sistema, não é um programa habitual das unidades, mas que nos permitiu constatar a validade de sua proposta e, se possível, contribuir no discurso a respeito das ações de abordagem na estratégia de abordagem aos hipertensos e diabéticos, pois permite uma interação unificadora entre equipe e usuários na constante dinâmica do trabalho de prevenção, otimizando sua realização em ampla escala.

REFERÊNCIAS

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. Trad. de António de Castro Caeiro, São Paulo: Atlas, 2009, pp. 103 – 127. disponível em <http://barhuque.blogspot.com/2009/04/analise-do-livro-etica-nicomaco.html> acessado em 10 de janeiro de 2017.

BARBACENA. In: ENCICLOPÉDIA dos municípios brasileiros. Rio de Janeiro: **IBGE**, 1958. v. 24, p. 136-144. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv27295_24.pdf Acesso em: 9 de julho de 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica**, nº. 36. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Cadernos de Atenção Básica**, nº. 37. Brasília: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, nº.38. Brasília: 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus**: Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: 2001.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.; **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v.9, n.16, p.161-8,2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013 acessado em 12 de outubro de 2016.

JUNGES, J.R *et al.* Saberes populares e cientificismo na estratégia saúde da família: complementares ou excludentes? **Ciência & Saúde Coletiva** .v.16, n. 11, p. 4327-4335, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasília **IBGECidades**, Barbacena. 2014. Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310560> acessado em 09 de julho de 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Brasília **IBGECidades**: Barbacena. 2015 Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=310560&search=minas-gerais|barbacena|infograficos:-historico>

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Sala de Situação em Saúde: compartilhando as experiências do Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde. (orgs). José Moya, et al. – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010

SAVASSI, A. J.. **Barbacena 200 anos**. (v.1 e 2). Belo Horizonte: Lemi, 1991.

SILVEIRA, Nise da. **Casa das Palmeiras**. A emoção de lidar. Uma experiência em psiquiatria. Rio de Janeiro: Alhambra, 1986

SOARES, M. F. **Implantação do hiperdia e a necessidade de melhorias no manejo e controle dos hipertensos e diabéticos na UBS Lapinha - Lagoa Santa-MG**. Disponível em [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Implantacao do hiperdia e a necessidade de melhorias no manejo e controle dos hipertensos e diabeticos na unidade basica de saude Lapinha Lagoa Santa MG /310](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Implantacao%20do%20hiperdia%20e%20a%20necessidade%20de%20melhorias%20no%20manejo%20e%20controle%20dos%20hipertensos%20e%20diabeticos%20na%20unidade%20basica%20de%20saude%20Lapinha%20Lagoa%20Santa%20MG%20/310) acessado em 12 de fevereiro de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES – SBD, 2011. Disponível em: Diabetes em Debate [Online]. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/diabetes-em-debate/1426-diabetes-hoje-e-amanha-podemos-melhorar-as-perspectivas> Acesso em 24 de julho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 89, n. 3, p. e24-e79, 2006 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2007001500012 acessado em 27 de julho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.** [Online]. v. 17, n.1, supl.1, p.8, 2010.

TAKEDA, S.M.P. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde *In: Medicina Ambulatorial*: condutas clínicas em Atenção Primária. Porto Alegre : Artes Médicas, 2004.

WILBER, J. A.; BARROW, J. G. Hypertension – a community problem. **Am. J. Med.**, v. 52, n. 5, p. 653-663, 1972.