

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

DIAMELYS MARIA ESPINOSA ORIA

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA BARREIRO. ARAÇUAÍ- MG**

ARAÇUAÍ - MINAS GERAIS
2016

DIAMELYS MARIA ESPINOSA ORIA

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA BARREIRO. ARAÇUAÍ- MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada ao curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Prof.^aMs. Zilda Cristina dos Santos

ARAÇUAÍ/ MINAS GERAIS

2016

DIAMELYS MARIA ESPINOSA ORIA

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA DO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA BARREIRO. ARAÇUAÍ- MG**

Banca Examinadora:

Profa. Ms. Zilda Cristina dos Santos (orientadora).

Profa: Ms. Eulita Maria Barcelos.

Aprovado em Belo Horizonte,

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus professores, orientadores, colegas de trabalho e todos com quem partilhei ao longo dessa jornada. A todos que foram pacientes e companheiros nas discussões, conclusões e objetivos levados à realização desse trabalho.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma forma doaram um pouco de si para que a conclusão deste trabalho se tornasse possível.

RESUMO

Na população brasileira milhares de indivíduos desconhecem sua condição como diabéticos. O diabetes é a principal causa de cegueira adquirida, amputação de membros inferiores sem situação de trauma e de insuficiência renal em Programa de Diálise, sendo causa de 6% das mortes e responsável por 30% das internações em UTI. No município de Araçuaí – MG, especificamente no território de abrangência do PSF Barreiro, este foi um dos maiores problemas de saúde constatados após elaboração de um diagnóstico situacional da saúde. O objetivo deste estudo é elaborar um Projeto de Intervenção com vistas a reduzir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica (HAS) na área de abrangência do PSF Barreiro, no município de Araçuaí –MG. Espera-se que com o referido projeto de intervenção seja possível reduzir a incidência das doenças crônicas não transmissíveis, diabetes mellitus e HAS, no PSF Barreiro, município de Araçuaí- MG. Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação Científica e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Palavras-chave: Atenção Básica; Saúde da Família, Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças Crônicas não Transmissíveis.

ABSTRACT

In the Brazilian population thousands of individuals are unaware of their condition as a diabetic. Diabetes is the leading cause of blindness, amputation of lower limbs without trauma situation, and renal failure in dialysis program, being the cause of 6% of deaths and accounts for 30% of ICU admissions. In the municipality of Araçuaí - MG, specifically the territory covered PSF Barreiro, this was one of the biggest health problems found after preparation of a situational diagnosis of health. The objective of this study is to draw up an intervention project aimed at reducing the incidence of chronic noncommunicable diseases (NCDs), diabetes mellitus and systemic arterial hypertension (SAH) in the catchment area of PSF Barreiro, in the municipality of Araçuaí-MG. It is hoped that with that intervention project is possible to reduce the incidence of chronic diseases, diabetes mellitus and hypertension, the PSF Barreiro, municipality of Araçuaí- MG. For the development of intervention project we used the Strategic Planning Method Situational - PES as the texts of Section 1 of Undergraduate Research Module and a narrative review of the literature on the subject.

Keywords: Primary Care; Health, Diabetes Mellitus. Hypertension. Chronic Noncommunicable Diseases.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CISMEJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Jequitinhonha
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCT	Doenças Crônicas Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
HSA	Hipertensão Arterial Sistêmica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
TBC	Tuberculose

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	11
2.JUSTIFICATIVA	22
3.OBJETIVO	23
4.METODOLOGIA	24
5.REVISÃO DE LITERATURA	25
6. PROJETO DE INTERVENÇÃO	28
7.CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	34
ANEXO	35

1. INTRODUÇÃO

1.1 Identificações do município

O Município de Araçuaí está localizado no Nordeste de Minas Gerais, no Médio Jequitinhonha, a uma distância de 678 Km de Belo Horizonte. Sua emancipação política ocorreu no dia 21 de Setembro de 1871, por força da Lei nº 1870, com uma área de 2.326 km², tendo também cerca de 70 comunidades rurais (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ-MG, 2015).

Todos dados históricos foram coletados no documento da Prefeitura Municipal de Araçuaí - 2015 revelam que Calhau era o nome do arraial que nos anos de 1830 começou a formar-se na planície entre a Chapada do Piauí e a do Candonga, onde o instável Calhauzinho faz barra no caudaloso Rio Araçuaí, ficando o arraial na margem direita de ambos

Calhau chama-se o cascalho de pedras lisas e arredondadas pela correnteza da água dos córregos. Com este cascalho estão ainda calçadas algumas ruelas da zona velha da cidade que bem possível àquele “luxo” deve seu primeiro nome. Mas seja como for, ainda hoje usam o nome “Calhau”, embora que já em 1857, quando o mesmo lugar foi criado vila, tivesse mudado seu nome para Arassuahy, que com a moda da ortografia virou Arassuaí, e ultimamente Araçuaí.

Lançando os fundamentos de uma futura cidade, portou-se como senhor de alta e baixa justiça, e uma de suas determinações foi que não se consentissem ali meretrizes nem bebidas alcoólicas, então as infelizes mulheres emigraram subindo o rio Araçuaí, e, atraídos por elas os canoeiros mudaram de porto. Nesse tempo era proprietária da Fazenda da Boa-Vista da Barra do Calhau uma velha mulata de nome Luciana Teixeira, a que A. de Saint-Hilaire se refere no seu livro de viagens. Esta boa mulher deu abrigo aos emigrantes do pontal em suas terras à margem direita do ribeirão do Calhau e de Araçuaí. Tornou-se este o ponto de arribada das canoas que subiam o Jequitinhonha. A cidade de Araçuaí está fundada na confluência do Ribeirão do Calhau com o Rio Araçuaí, à margem direita de ambos.

As casas, quase todas de madeira, são geralmente baixas e de má aparência. Os edifícios mais notáveis são: – o hospital, vasta casa de bom-gosto moderno, inacabada ainda, devido ao assassinato, no Rio de Janeiro, do seu fundador, Coronel Gentil de Castro, que a construía a sua custa para com ela dotar sua terra natal; a cadeia, onde funciona também a

câmara e o júri, casarão antigo e de desgraciosa aparência, reconstruído ultimamente; e a igreja-matriz, não concluída ainda. O telegrafo, a coletoria, o correio e o grupo escolar funcionam em casas particulares (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ-MG, 2015).

Na referência acima os matos ao redor são caatingas baixas, que no estio se despojam de toda a folhagem: há também amplas planícies empastadas. O Rio Araçuaí tem no porto da cidade 130 metros de largura, e é de grande beleza na curva que banha a cidade, onde ele às vezes penetra, quando transborda nas grandes enchentes. O Ribeirão do Calhau corre somente algumas vezes no ano.

Ainda relata que o primeiro presidente da Câmara foi o Coronel Carlos da Cunha Peixoto. A cidade progrediu extraordinariamente em população e comércio dentro de poucos anos, chegando então ao auge de seu desenvolvimento a navegação do Jequitinhonha. Em 1894, foi instalada a Escola Normal, que durou 10 anos. Em 1875 apareceu o primeiro número do Norte de Minas, periódico redigido pelo Padre Pedro Celestino Rodrigues Chaves.

Depois deste teve a cidade outro jornal, o Arassuahy, órgão do governo municipal, e ultimamente O Comércio, que se edita ainda. O grupo escolar funciona desde 1907, e o hospital, com más acomodações, por não estar concluído ainda, desde sua fundação em 1894. Até 1911, Araçuaí era a capital de todo o Nordeste de Minas. Segundo uma estatística de 1890, Araçuaí tinha 23.298 km². Com este tamanho era o quinto município de Minas, após Januária, Paracatu Teófilo Otoni e Montes Claros. Ela ocupava o quarto lugar numa estatística do número de comerciantes nos municípios mineiros. Após Ponte Nova (331), Muriaé (302), e Belo Horizonte (289), Araçuaí tinha 261 comerciantes.

O Município tinha 11 grandes distritos: Araçuaí, São Domingos do Araçuaí (Virgem da Lapa), Santa Rita do Araçuaí (Medina), Comercinho, Santo Antônio da Itinga, São Miguel do Jequitinhonha, São Pedro do Jequitinhonha, Bom Jesus de Lufa, Bom Jesus do Pontal, Salto Grande, São João da Vigia. Mas em 1911 a cidade de Jequitinhonha herdou a metade daquele mundo, e em seguida vários outros povoados foram declarados independentes (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ-MG, 2015).

Hoje Araçuaí tem 2.326 Km². Pela abertura, uns trinta anos atrás, da grande artéria da Federação, a Rio Bahia, que passa uns 75 km longe da cidade, o velho centro do Norte perdeu muito de sua importância. As terras do atual município de Araçuaí, durante o século XVIII, estiveram ligadas à antiga Comarca do Serro Frio e depois ao município de Minas Novas. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ-MG, 2015).

1.2-Diagnóstico Situacional

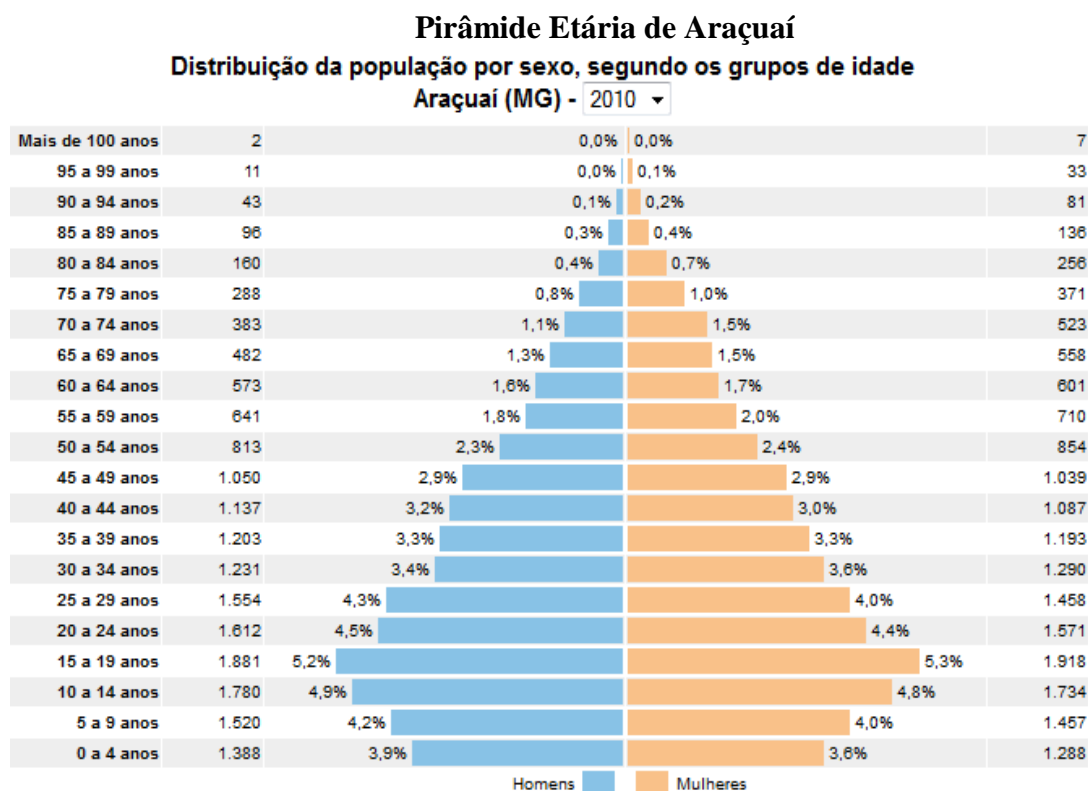
A cidade contabiliza uma população de aproximadamente 37.037 habitantes, ocupando uma área de 2.236,275 km², localizada na mesorregião do Jequitinhonha com densidade populacional de 16,10 hab./km² (IBGE 2012).

1.2.1 - Aspectos Demográficos

Quadro 1 – População total do município de Araçuaí segundo a faixa etária.

Município: Araçuaí										
Total da população: 37.037										
Nº de indivíduos	>1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60 e+	Total
Área Urbana	138	1799	1830	2611	2821	2560	4502	3801	2980	23042
Área rural	122	1188	1147	1103	1178	923	3401	3020	1913	13995
Total	260	2987	2977	3714	3999	3483	7903	6821	4893	37.037

Fonte: Prefeitura Municipal Araçuaí-MG, 2015.



Fonte: Prefeitura Municipal de Araçuaí-MG- 2015

1.2.2 Aspectos socioeconômicos.

A economia do município está baseada nos seguintes setores: setor de prestação de serviços, atividade industrial (mineração) e agropecuária (cana, feijão, mandioca, milho, banana, manga, coco, bovinos, aves, equinos e caprinos) (IBGE, 2012).

O setor agrícola contribui pouco para a geração de riquezas devido à baixa capacidade de agregação de valor à produção e aos baixos índices de produtividade. A exploração mineral na região é significativa, mas acontece de forma artesanal e informal sem a preocupação com o meio ambiente e sem agregar qualquer valor à matéria prima.

Esta economia informal é responsável pela metade da riqueza que circula na região, porém sem registros oficiais abrindo portas para a economia paralela que permite qualquer uso indevido desses recursos não podendo assim alcançar um desenvolvimento sustentável que permite criar competência na produção primária e secundária e ingressar no mercado hoje globalizado.

O Vale do Jequitinhonha enfrenta graves problemas sociais, os quais estão, em sua maioria, relacionados com a reduzida produção de bens e serviços, renda per capita muito baixa etc. E o enfrentamento desses problemas, na busca de geração de emprego e renda sempre esbarra na falta de estrutura e pouca capacitação profissional dos munícipes de Araçuaí e de toda região.

A superação desses problemas sociais e econômicos passa necessariamente pela qualificação profissional da população. É nesse sentido que se justifica a presença do IFNMG/Campus Araçuaí cuja missão é produzir, disseminar e aplicar o conhecimento tecnológico e acadêmico, para formação cidadã, por meio do ensino, da pesquisa e da extensão, contribuindo para o progresso socioeconômico local, regional e nacional, na perspectiva do desenvolvimento sustentável e da integração com as demandas da sociedade e do setor produtivo.

Índice de Desenvolvimento Humano: 0,762

Renda média familiar: Um salário mínimo

80% de abastecimento de água: O abastecimento de água para a maioria dos domicílios da área urbana é feito por rede geral. Na área rural predomina a alternativa poço/nascente.

70% de recolhimento de esgoto por rede pública: O esgoto não é tratado ou transportado corretamente, sendo lançado nas ruas ou cursos d'água. Praticamente metade da população

não possui instalação sanitária. A quase totalidade dos domicílios que contam com esse tipo de instalação, utiliza o sistema de esgotamento por fossas.

Principais atividades Econômicas: Atividades industriais (mineração) e agropecuárias (cana, feijão, mandioca, milho, banana, manga, coco, bovinos, aves, equinos e caprinos).

Recursos da comunidade

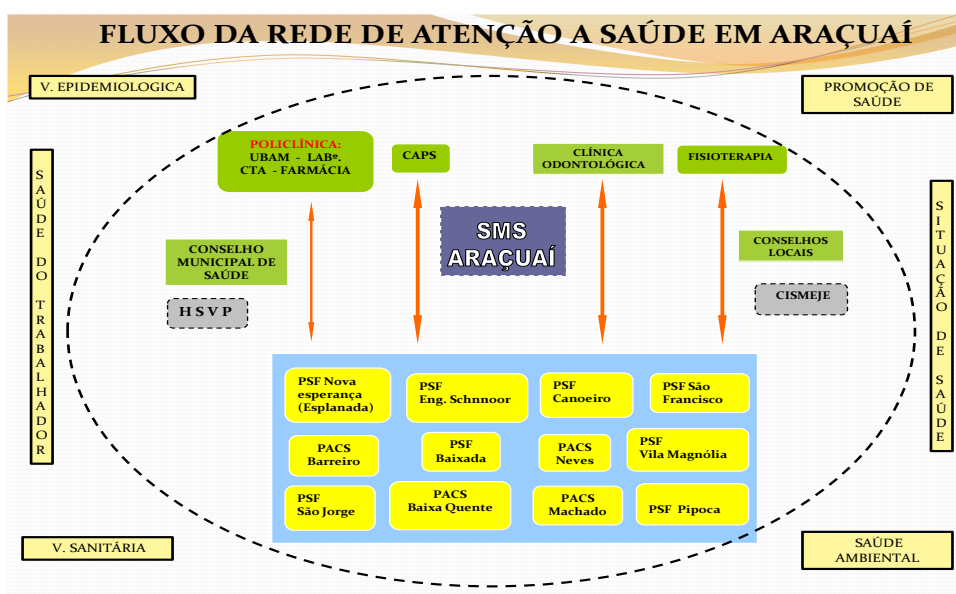
No Distrito do Barreiro contamos com a Escola Estadual José Gonçalves que atende 438 alunos do ensino fundamental e médio, e turmas de Magistério e Educação de Jovens e Adultos. Tem um refeitório novo, banheiros adaptados para deficientes físicos, um almoxarifado, despensa para armazenagem da merenda escolar e laboratório de informática, além de uma quadra poliesportiva com os padrões atuais de qualidade.

A Escola Estadual José Gonçalves em Barreiro atingiu a meta na educação propostas pelo Ministério da Educação (MEC) para serem alcançadas em 2011 nos dois ciclos do ensino fundamental (de 1º ao 5º ano e do 6º ao 9º ano).

Comparando com a Média Nacional, a escola não fica muito distante. Supera nos anos iniciais, e fica bastante próximo dos últimos anos do ensino fundamental.

1.2.3. Sistema Municipal de Saúde

Cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com doze Unidades Básicas de Saúde da Família - USF, sendo uma delas localizada no Distrito do Barreiro na zona rural no qual atua.



Fonte: Secretaria de Saúde Municipal, Indicativo do fluxo da rede de atenção à saúde em Araçuaí-MG

Conselho Municipal de Saúde: Lei Nº 06, criado em 01/02/1994 composto por 32 membros sendo 16 titulares e 16 suplentes: 08 representantes dos segmentos de usuários, 02 representantes dos prestadores de serviços, 04 representantes dos trabalhadores da Saúde e 02 representantes do gestor, com realização de reuniões mensalmente.

Orçamento destinado à Saúde: 15% recursos próprios mais o repasse da União

Programa Saúde da Família: A rede básica de saúde é a estrutura mais importante dentro do modelo SUS exatamente por ser fundamental na premissa de prevenção e educação da população. A grande dificuldade que passamos neste momento em saúde no Brasil, advém de termos focado nossa atenção em estruturas terciárias, esquecendo-se de cuidar do básico. Com uma rede básica eficiente evitam-se custos sociais e financeiros. Quando a rede básica funciona a comunidade se mobiliza no sentido de auxiliar mais na prevenção, pois é comprovado que quando os órgãos de governo se estruturam em locais mais próximos da população atendida maior é o engajamento desta nos seus programas. É baseado neste pensamento que este projeto foi elaborado para equipar o PSF com atenção especializada sem, no entanto romper com a humanização e transferência terapêutica conseguida pela ESF. Trabalhar em conjunto com o PSF possibilitando mais qualificação no atendimento do ESF e ampliar o leque de orientação coletiva promovendo a educação em saúde.

A Assistência em Saúde no município de Araçuaí, assim como no Brasil é essencialmente curativa, o que só traz prejuízos tanto financeiros quanto sanitários. Com a Unidade Básica eficiente os Programas de Saúde (Vacinação, Pré-natal, Hanseníase, Saúde Mental), poderão ser gerenciados de maneira mais organizada e assim evitar a internação hospitalar numa fase mais grave.

Araçuaí passa por uma reestruturação visando uma Atenção a Saúde Primária sem, no entanto, descuidar de todos os elos que compõem a rede de saúde. Queremos retomar o crescimento de atenção em saúde deixado de lado durante anos, com investimento na rede como um todo. A tarefa é imensa, mas o credenciamento do NASF I é fundamental nesse desafio, pois ele é que fará a o resgate de auto estima da população, colocando essa gama de pessoas atendidas como protagonistas do seu restabelecimento, com a formação de grupos.

A descentralização poderá ser efetivada em Programas que atualmente abarrotam o Hospital e Policlínica, também poderá aumentar a frequência e a adesão da população aos Programas de Saúde.

A rede básica do município é composta por 12 equipes de PSF sendo 04 estão na zona rural e 08 na zona urbana, o que está dentro da lógica de descentralização e universalização do atendimento SUS.

Tabela 2 - Cobertura das ESF no município de Araçuaí

MUNICÍPIO: ARAÇUAÍ	
POPULAÇÃO	37.037
TOTAL DE ESF	08
TOTAL DE EQUIPE DE SAÚDE BUCAL (ESB MOD I)	01
TOTAL DE ESB MOD II	01
TOTAL DE NASF MOD I	01
COBERTURA DA ESF	76,54%
COBERTURA DA ESB	16.20%

Fonte: Prefeitura Municipal de Araçuaí, 2015.

O NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) foi implantado em outubro de 2013. A equipe multidisciplinar é composta por: nutricionista, psicóloga, 02 fisioterapeutas, farmacêutico e, fonoaudióloga.

1.2.4 Recursos da Comunidade

O Hospital São Vicente de Paulo fundado em 1939, consolidou-se como referência em saúde secundária na micro região pela estrutura física, a localização geográfica e série histórica, oferece 71 leitos disponíveis para o SUS, distribuídos em: obstetria cirúrgica 3, obstetria clínica 09, pediatria cirúrgica 01, pediatria clínica 09, cirurgia geral 06, ginecologia 02, cardiologia 06, clínica geral 24, neonatologia 09. Possui ainda, sala de parto, bloco cirúrgico, laboratório de patologia clínica e oferece o serviço de raio-x. A Policlínica Municipal conta com 07 médicos perfazendo um total de 1.100 consultas mês (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ, 2015).

1.2.4.1 Sistema de Referência e Contra referência

O Programa de Saúde da Família tem 08 equipes de saúde da família. Cada equipe é composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 06 agentes comunitários de

saúde. Duas equipes possuem ESB uma é modalidade II e a outra é modalidade I. Cada ESF é responsável por 3000 a 4000 pessoas. Estas equipes têm facilidade em viabilizar o acesso, a continuidade do cuidado e o vínculo com as famílias residentes em suas áreas de abrangência (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ, 2015).

Nas UBS, os agendamentos para consultas especializadas ocorrem através de cotas pré-estabelecidas por UBS ou por procura direta dos usuários. O agendamento ocorre por critério de classificação de risco e priorização de atendimento. Existe ficha de referência e contra referência, utilizada pelos profissionais. Temos também o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio Jequitinhonha (CISMEJE) que oferece serviços médicos especializados e os procedimentos pactuados na PPI são realizados em outros municípios como Itaobim, Diamantina, Teófilo Otoni e Belo Horizonte.

As emergências atualmente são encaminhadas em primeiro lugar para o Hospital São Vicente de Paulo e quando necessário são encaminhados para os municípios de referência como Teófilo Otoni e Belo Horizonte.

Apoio diagnóstico e terapêutico: a Secretaria Municipal de Saúde conta com um laboratório de patologia clínica próprio do município e um laboratório de patologia clínica contratado. Os exames são coletados no próprio laboratório Municipal localizado na Policlínica Municipal de Araçuaí.

Urgência e Emergência: O município conta com um Hospital Filantrópico. No Hospital é realizada a classificação de risco dos pacientes. Existe protocolo clínico para o atendimento dos casos de urgência e emergência. O município dispõe de um sistema de atendimento móvel de urgência- SAMU e conta com duas ambulâncias próprias.

Atenção Hospitalar: A Secretaria Municipal de Saúde não dispõe de uma central de leitos e os internamentos ocorrem com acesso direto do usuário ao hospital ou encaminhamento pelas UBS. O Hospital São Vivente de Paulo possui 71 leitos disponíveis para o SUS. A Secretaria Municipal de Saúde contratou além dos leitos internamentos no município, mais leitos internamentos em hospitais fora do município, totalizando 12 internamentos ano. Existe mecanismo para o retorno do paciente internado para a UBS, com garantia de continuidade do cuidado, quando necessário.

Serviços existentes: CEMIG, COPASA, Operadoras VIVO, OI, TIM, CLARO, 01 Agência dos Correios, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, ITAÚ e BRADESCO.

A UBS Barreiro conta com 950 famílias, aproximadamente 1950 usuários. Sendo que não foi realizada a territorialização ainda. A área do PSF Barreiro abrange as comunidades Barreiro, Igrejinha, Gonçalves, Piauí, São Marcos, Bois, Quati, Barriguda, Pinheiros, Maravilha e fazenda Velha. A maioria da população tem ensino fundamental incompleto. As residências são simples, e muitas não tem rede de esgoto, água encanada, pavimentação de ruas e coleta de lixo. Observa-se que não ocorreu um planejamento adequado pra alocação das casas, pois muitas não têm alinhamento e muitas ruas não seguem uma geometria definida. Existem grandes áreas desertas, com muito mato e entulho espalhado pelos terrenos.

Foram observadas áreas de recreação, como: praças, quadras. As casas possuem poucos cômodos, sendo geralmente dois quartos que, muitas vezes abrigam até 10 pessoas. Em muitas casas, o banheiro fica do lado de fora da casa, sendo que o mesmo não possui chuveiro, ficando o banho para ser realizado com mangueira ou bacias. Além disso, muitos realizam eliminações fisiológicas no entorno da residência, favorecendo as verminoses e protozooses.

Em muitas casas a higiene é precária, permanecendo no mesmo cômodo, com vários objetos guardados e com pouca circulação de ar, contribuindo muitas vezes para doenças de ordem respiratória e dermatológicas, tornando-se queixas frequentes no PSF. Percebe-se também, desníveis acentuados nas casas, mesmo de um cômodo para outro, contribuindo para quedas de idosos e consequente fraturas ósseas, principalmente de fêmur, tornando muitos desses pacientes acamados por um tempo indefinido.

Algo que chamou atenção nas visitas domiciliares é que, os pacientes, principalmente os idosos, não guardam os medicamentos de forma correta, sendo que se observaram muitas vezes receitas e medicamentos já prescritos para determinado paciente e, mesmo assim, ele fazia uso esporádico de tal medicação, tornando doenças como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica, com alta taxa de prevalência e de difícil controle, favorecendo com isso, quadros agudos de crises hipertensivas e cetoacidose diabética.

Conseqüentemente, doenças como infarto agudo do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos são favorecidas, e quando não mata de imediato, deixa muitos pacientes incapazes ou com sequelas.

Várias pessoas chamam a atenção para a violência que é muito presente na região, contribuindo de forma incisiva para aumento na taxa de homicídios do município.

A taxa de emprego, na região de Barreiro, é baixa, prevalecendo empregos como lavradores, empregadas domésticas, pedreiros, mototaxistas, garimpeiros, balconistas e artesãos. Fato interessante nos pacientes que procuram o PSF é a relação do trabalho exercido, com problemas de saúde, como: lombalgias, artralguas e cervicalgias, muito comuns nessa população.

O PSF Barreiro está centralizado na área de abrangência sendo fácil o acesso para a maioria da população.

O horário de funcionamento é de 7:00 às 11:00 horas e 13:00 às 17:00 horas. Conta com 6 ACS, 1 recepcionista, 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica enfermagem. As consultas, geralmente são 30 por dia para o médico, divididas entre livre demanda e pré-agendamentos, todos passando por uma triagem prévia.

A estrutura não é própria, contando com recepção, sala de vacina, consultório ginecológico, expurgo, espaço para esterilização, 1 consultórios, sala de curativo, consultório odontológico para 4 cadeiras (ainda não está funcionamento) e um banheiro,

Apesar de muitos problemas com infraestrutura, de gestão e de perda de dados estatísticos importantes, o município de Araçuaí está passando, aparentemente, por um processo de mudança, onde a saúde é vista com importância vital para reger os princípios e diretrizes do sistema único de saúde (SUS).

Observa-se uma melhoria evidente, mas muito tem que ser feito ainda, para que isso se torne perene e não mude de tempos em tempos, de acordo com a troca dos prefeitos e gestores.

Tabela 2 – Distribuição da população por faixa etária na comunidade Barreiro

Faixa etária	Número absoluto	%
0 a 4 anos	105	5,4
5 a 9 anos	154	7.8
10 a 14 anos	191	9.8

15 a 19 anos	152	7.8
20 a 29 anos	272	13.9
30 a 49 anos	516	26.46
50 a 60 anos	209	10.7
60 a 69 anos	137	7.0
70 a 79 anos	117	6.0
80 anos e mais	97	4.9
Total	1950	100

Fonte: Base de dados Secretária Municipal de Saúde- 2015.

Relatando os aspectos epidemiológicos, segundo os dados do SIAB o município tinha cadastrado no final de 2013, 365 portadores de hipertensão arterial, 123 portadores de diabetes, 2 portadores de tuberculose. O município registrou no ano de 2013, 280 casos de dengue. As principais causas de internação no ano de 2013 segundo dados do SIH/DATASUS foram complicações do diabetes, AVC e câncer. As principais causas de óbitos no ano de 2013, segundo levantamento realizado a partir dos dados das DO's foram pneumonias, IAM e acidentes de trânsito. A taxa de mortalidade infantil foi de 23/1000 nascidos vivos que apesar de bastante elevada apresentou uma diminuição em relação ao ano anterior, tendência observada nos últimos anos. A cobertura vacinal da população de menores de 5 anos de idade foi de 87% em 2013.

2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo foi realizado no contexto de trabalho cotidiano na equipe de saúde do PSF Barreiro, no município de Araçuaí, como médica do Programa Mais Médicos. Após um levantamento dos principais problemas de saúde que acometem a população da região, detectados no diagnóstico situacional das condições de saúde da população, a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus foram consideradas as mais prevalentes e que necessitam de uma intervenção global que considere a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, a mudança de hábitos e a melhoria da qualidade de vida.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus configuram-se como um problema multicausal que demanda uma intervenção ampla e conjunta da família, do paciente e da equipe de saúde, sendo necessário ampliar a informação e o conhecimento acerca do problema bem como das formas mais indicadas de intervenção.

3- OBJETIVO

Elaborar Projeto de Intervenção com vistas a reduzir a incidência das Doenças crônicas não Transmissíveis - Diabetes Mellitus e HAS - na área de abrangência do PSF Barreiro, no município de Araçuaí.

4- METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do objeto deste estudo - Plano de Intervenção - foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do Módulo de Iniciação Científica e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema.

Foram selecionados e analisados textos referentes ao tema. Os textos foram teses, artigos científicos, manuais da Sociedade Brasileira de Diabetes, Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, entre outros. Pesquisas em sites específicos, como o departamento de atenção básica e a biblioteca virtual em saúde (BVS) e SCIELO. Para a busca de artigos foram utilizados os seguintes descritores: Atenção Básica; Saúde da Família, Diabetes Mellitus. Hipertensão Arterial Sistêmica. Doenças Crônicas não Transmissíveis.

O método utilizado para embasamento teórico sobre o tema foi a revisão da literatura sobre o tema doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial e diabetes mellitus. Após esse levantamento, foi elaborado um plano de intervenção com o objetivo de reduzir a incidência da diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica do programa de saúde da família Barreiro no município de Araçuaí- MG.

5. REVISÃO DE LITERATURA

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são doenças que afetam um grande número de pessoas em todo o mundo, com alta mortalidade, mas com controle clínico bem-sucedido na maioria dos casos, desde que seja feito diagnóstico precoce e adesão do doente ao tratamento proposto. Consideradas doenças de caráter multifatorial, apresentando relação com fatores genéticos e ambientais, requerem uma abordagem que considere e atue nesses diversos fatores. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) (SILVEIRA *et al.*, 2012).

De acordo com dados do DATASUS, em 2000, as doenças do aparelho circulatório foram responsáveis por 15,2 % das internações realizadas no SUS, na faixa etária de 30 a 69 anos, além de representarem 40% das aposentadorias precoces do INSS. São responsáveis por 65% do total de óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, atingindo a população adulta em plena

fase produtiva. Trata-se de doença de caráter crônico e incapacitante, podendo deixar sequelas (BRASIL, 2001).

O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (DM), proposto pelo Ministério da Saúde, em 2001, publicou a Proposta de Educação permanente em Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus para os municípios com população acima de 100.000 habitantes, tendo como objetivo principal a redução da morbimortalidade por meio de um componente básico - a formação de recursos humanos por meio da educação permanente. O Plano baseava-se em parceria entre o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Sociedades Científicas e Associações de Portadores de HAS e DM para apoiar a reorganização da rede básica de saúde, mediante o desenvolvimento de ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde esta proposta demonstra a importância de uma abordagem que vai além da terapia medicamentosa no controle dessas doenças (BRASIL, 2001).

5.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas na atualidade como a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil as doenças do aparelho circulatório configuram-se como a principal causa de morte (SILVA *et al.*, 2006).

Dentre os diversos desafios encontrados quando se propõe a combater a hipertensão arterial sistêmica, um dos que figuram como grande empecilho ao sucesso do tratamento é a dificuldade de adesão à terapêutica anti-hipertensiva, ou seja, a não observância da prescrição de medidas medicamentosas ou não medicamentosas para o controle da pressão arterial (PA). Outros fatores estão relacionados à percepção da hipertensão arterial como doença, da atitude do paciente frente ao fato de ser hipertenso e a motivação pessoal pela busca de um melhor estado de saúde. Sendo assim, ao ser proposto um plano de intervenção é necessário abordar todos estes fatores e intervir de forma global (COELHO *et al.*, 2005).

A hipertensão arterial, além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, gera um alto custo médico-social, devido, sobretudo, às complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica (MION e COL., 2002).

A grande morbidade, aliada aos altos custos envolvidos no tratamento da hipertensão arterial, são graves problemas de saúde pública. Espera-se que, uma vez controlados os índices pressóricos, haja uma redução importante dos índices de mortalidade e morbidade e dos custos correlacionados a essa doença (SILVA *et al.*, 2006).

Planejar uma forma de abordar o problema do tratamento do hipertenso requer a proposição de estratégias que vão muito além de apenas reduzir a pressão arterial. Controlar os demais fatores de risco associados deve ser sempre considerado. Estratégias de intervenções não medicamentosas orientadas (modificação dos hábitos de vida) são essenciais para reduzir diversos tipos de riscos cardiovasculares, inclusive hipertensão, devendo ser utilizadas em todos os pacientes, sejam eles hipertensos, diabéticos ou não (COELHO *et al.*, 2005).

Outro grande e grave problema de saúde pública que necessita de um enfrentamento urgente é a diabetes cuja incidência e prevalência está aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas. Trata-se de uma doença associada a complicações que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes por ela acometidos. Acarreta também, assim como a hipertensão arterial, altos custos para o controle de suas complicações, sendo considerada a sexta causa mais frequente de internação hospitalar, contribui para outras causas de internação, como: cardiopatia isquêmica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral e hipertensão arterial (SILVA *et al.*, 2006).

Os diabéticos representam cerca de 30% dos pacientes que se internam em unidades coronarianas intensivas, é a principal causa de amputação de membros inferiores e de cegueira e cerca de 26% dos pacientes que ingressam em programas de diálise são diabéticos (SILVA *et al.*, 2006)

Em diabéticos, a hipertensão arterial é duas vezes mais frequente que na população em geral, essas pessoas têm maior incidência de doença coronariana, de doença arterial periférica e de doença vascular cerebral e, trata-se de uma doença que pode ser causa de neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual (SILVA *et al.*, 2006).

Um aspecto fundamental, que necessita ser constantemente ressaltado é o fato de que a abordagem da hipertensão arterial e da diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sendo estas sempre acompanhadas por mudanças no estilo de vida. Portanto, 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 (MION E COL., 2002).

6. PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção será realizado por meio de Oficinas temáticas para pessoas com diabetes mellitus e ou hipertensão arterial sistêmica, cadastrados e acompanhados no ESF.

A etapa baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial e diabetes mellitus, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. As oficinas serão realizadas com os seguintes temas: 1) Hipertensão: conceito, ocorrência e consequências; 2) Dieta hipossódica; 3) Influência da obesidade; 4) Álcool e Tabagismo; 5) Atividade física; 6) Fatores de risco cardiovasculares; 7) Prevenção e Tratamento medicamentoso e não medicamentoso e uso correto de medicação prescrita.

Contudo, tivemos a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes. Tomando por base o plano de cuidados será usado durante o ciclo das oficinas, com o objetivo de informar e orientar aos pacientes de uma forma clara, objetiva e ilustrativa.

Plano de Ação

1 - Primeiro Passo: Identificação dos problemas

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas a hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus, são doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida e tem um curso de longa duração. São consideradas um sério problema de saúde pública, sendo responsáveis por 63% das mortes no mundo, segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde. No Brasil, assim como no restante do mundo, as DCNT são a causa de aproximadamente 74% das mortes, representando um enorme desafio para os gestores de saúde. Sobretudo pelo forte impacto na qualidade de vida dos indivíduos afetados, a maior possibilidade de morte prematura e os efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades e sociedade em geral. As DCNT multifatoriais, dentre eles determinantes sociais e condicionantes, fatores de risco individuais como tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física e alimentação não saudável. Estratégias para o enfrentamento destes problemas de saúde pública almejam o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das

DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir de três eixos: vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde;) cuidado integral (BRASIL, 2011).

2 - Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 2- Priorização dos Problemas segundo os critérios: importância, urgência e capacidade de enfrentamento da equipe- 2015

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Aumento da morbimortalidade das DCNT	Alta	7	Dentro	1
Aumento das DCT TBC e Hansen		6	Dentro	2
Contaminação ambiental	Alta	5	Fora	3
Aumento do consumo de tabaco e álcool	Alta	5	Parcial	3
Alta incidência de parasitismo intestinal	Alta	4	Parcial	4
Falta de esgoto	Alta	4	Fora	4

Fonte: autoria própria

4 - Terceiro Passo: Explicação do problema

O problema que escolhemos para propor uma intervenção é o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que as mesmas, com relação aos anos anteriores, tiveram um aumento significativo na incidência na população brasileira. Tratam-se de doenças com diversos fatores causais. Trabalhar sobre os fatores modificáveis torna-se fundamental para evitar mortes prematuras e complicações graves causadas pelas doenças crônicas não transmissíveis, considerando que estes fatores não refletem puramente a livre escolha do indivíduo, sendo muitas vezes produto de relações complexas de caráter econômico e social. Esses fatores demandam atenção de políticas públicas intersetoriais que contemplem os usuários de maneira integral.

5 - Quarto passo: Identificação dos nós críticos

1. Hábitos de vida inadequados da população.
2. Falta de estrutura do serviço de saúde.
3. Acompanhamento insuficiente pela equipe de saúde.
4. Baixa adesão ao tratamento.
5. Desconhecimento das complicações da doença.
6. Dieta incorreta

Quadro 2- Plano Operativo

Operação	Resultados Esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
AMIGOS DO CORAÇÃO	População com melhor qualidade de vida Pacientes hipertensos e diabéticos controlados	Campanha educativa na radio local Projeto Amigos do Coração Implantado. Caminhadas de grupos de hipertensos e diabéticos Recursos humanos capacitados		Shirley e Líliam	Início em três meses termino 12 meses Apresentar o projeto em dois meses, implantado em três meses Início das atividades em três meses Início em dois meses termino em três meses
CONHECER MELHOR	Diminuição da incidência de hipertensos e diabéticos em Barreiro e manter controle dos diagnosticados População mais informada sobre os riscos de HTA e Diabéticos	Recursos humanos capacitados Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos de HTA e Diabéticos Campanha educativa na radio local	Apresentar um projeto de apoio das instituições	Diamelys e Gisleny	Início em dois meses termino em três meses Início em quatro meses termino em seis meses Início em três meses termino 12 meses Apresentar o projeto em dois meses
GARANTIR CUIDADOS	Atenção multidisciplinar e intersectorial Eficiência no acompanhamento Garantia de medicamentos e encaminhamento para atenção secundaria	Recursos humanos capacitados Agendamento de consulta segundo necessidade do paciente Contratação de compra de medicamentos e consultas especializadas	Apresentar projeto de estruturação dos serviços	Diamelys e Shirley coordenadora de ABS)	Início em dois meses termino em três meses Início em três meses termino 12 meses Quatro meses para contratação e compra. Apresentar o projeto em três meses
REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO	Cobertura de 100% dos pacientes hipertensos e Diabéticos	Linha de cuidados para HTA e Diabetes implantada Recursos humanos capacitados		Diamelys e Shirley (coordenadora a ABS)	Início em três meses e termino em 12 meses Início em dois meses termino em três meses

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado ilumina a prática do médico na atenção básica de saúde juntos aos pacientes com doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Um dos pontos principais foi perceber a importância da equipe de saúde trabalhando em conjunto e de forma sistêmica, indo muito além da terapia medicamentosa, tendo o paciente como ator principal para modificar seus hábitos e se comprometer com o controle de sua doença.

O desenvolvimento de um diagnóstico situacional de saúde no território de abrangência do PSF onde trabalho criou uma possibilidade única de sintetizar informações e criar um retrato da saúde das pessoas que nos propomos a cuidar no cotidiano do nosso trabalho. Foi fundamental perceber o quanto o planejamento de ações voltadas para redução da incidência da diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica na população atendida pelo programa de saúde da família Barreiro no município de Araçuaí- MG cria um retrato de todas as ações necessárias e da importância da atuação de toda a equipe de saúde, dos pacientes e de seus familiares.

Ficou evidente que o fortalecimento das ações que visem participação ativa, a modificação de hábitos de vida e a adesão ao tratamento medicamentoso são pontos fundamentais para o sucesso das ações na abordagem dos pacientes que convivem com o problema da diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

A proposta é uma abordagem sistêmica, com diversos profissionais envolvidos, preconizando ações multidisciplinares, com diversos profissionais da equipe assumindo responsabilidades perante a população da área de abrangência e com a própria população também de envolvendo e se responsabilizando pelo tratamento.

Um ponto que se torna evidente após este estudo é a necessidade de conhecer profundamente as características da população que estamos tratando, e o quanto as características individuais interferem na abordagem do problema da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, dentre estes os hábitos de vida arraigados nas famílias e na cultura durante toda uma vida.

A proposta de um plano de intervenção para tratamento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, com abordagens em grupos para ações educativas, seguimento regular da terapia medicamentosa, garantia de fornecimento de medicação e atendimento de intercorrências pela equipe multidisciplinar nos serviços públicos de saúde, configura-se,

conforme o estudo realizado, como a estratégia mais indicada no controle destas doenças crônicas. Esse tipo de intervenção precisa ser implementado, mantido e ampliado, devendo ser institucionalizado, independentemente de mudanças político-administrativas, ou do interesse pessoal de um ou outro profissional que compõe a equipe.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus: Proposta de educação permanente em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus para os municípios com população acima de 100 mil habitantes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos,** 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

CAMPOS, F. C. C. de ; FARIA, H. P de; SANTOS, M. A dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

COELHO, E. B. et al . Relação entre a assiduidade às consultas ambulatoriais e o controle da pressão arterial em pacientes hipertensos. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 85, n. 3, p.157-161, Set. 2005.

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.

IBGE, **Censo Demográfico 2010-** Resultados gerais da amostra. Rio de Janeiro, 2012
MION JR, D. et al. **Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes** AMB/CFM 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇUAÍ. **Plano Municipal de Saúde de Araçuaí.** Minas Gerais. 2007

SILVA, T.R et al . Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 15, n. 3, p. 180-189, Dec. 2006 .

SILVEIRA, L. et al., **Hipertensão e diabetes: um estudo de caso clínico**. Trabalho de pesquisa. UNIFRA, 2012.

ANEXOS

