

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

GRACIELE SILVA FERREIRA

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HIPERTENSÃO E DIABETES
MELLITUS NA EQUIPE EMÍDIO PEREIRA SILVA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG**

Montes Claros/ Minas Gerais

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

GRACIELE SILVA FERREIRA

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HIPERTENSÃO E DIABETES
MELLITUS NA EQUIPE EMÍDIO PEREIRA SILVA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG**

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

Orientadora: Prof. Ms. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

Montes Claros/ Minas Gerais

2014

GRACIELE SILVA FERREIRA

**DIAGNÓSTICO PRECOCE DE HIPERTENSÃO E DIABETES
MELLITUS NA EQUIPE EMÍDIO PEREIRA SILVA DA ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JANAÚBA-MG**

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

Orientadora: Prof. Ms. Luciane Ribeiro
Carvalho Cardoso

_____ de _____ de _____.

Banca Examinadora:

Prof. Ms. Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso - Orientadora

Zilda Cristina dos Santos

Dedico o presente trabalho aos colegas da especialização em Saúde da Família, aos meus familiares e, em especial, meu esposo pela compreensão e ajuda durante a realização desse projeto.

AGRADECIMENTO

Agradeço a minha orientadora pela ajuda prestada e a tutora do pólo Janaúba, Ellen Braga Reis, pelo apoio durante a realização deste trabalho.

“Que ninguém se engane, só se
consegue a simplicidade através de
muito trabalho.”

Clarice Lispector

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação da escolaridade da população do município de Janaúba entre os anos de 1991, 2000 e 2010 -----	8
Gráfico 2 – Prevalência esperada de hipertensos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais -----	15
Gráfico 3 – Prevalência esperada de hipertensos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais -----	16
Gráfico 4 – Prevalência esperada de diabéticos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais -----	16
Gráfico 5 - Prevalência real de diabéticos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais -----	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Distribuição da população da população de Janauba segundo a faixa etária,2012---	5
Quadro 2. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes, Janaúba ----	6
Quadro 3- Renda, pobreza e desigualdade no município de Janaúba-MG -----	7
Quando 4 – Indicadores de Habitação – Janaúba- MG-----	7
Quadro 5. Priorização dos Problemas na ESF Emídio Pereira Silva – Janaúba, MG -----	14
Quadro 6- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da quantidade insuficiente de hipertensos e diabéticos diagnosticados na área de abrangência da ESF Emidio Pereira Silva, Janaúba – MG -----	18
Quadro 7. Cronograma das atividades a serem desenvolvidas no projeto de intervenção da ESF Emídio Pereira Silva, Janaúba – MG -----	19

LISTA DE SIGLAS

ESF - Estratégia Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

DM – Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RESUMO

Este trabalho descreve o projeto de intervenção a ser realizado na equipe de saúde da família Emídio Pereira Silva do Município de Janaúba- Minas Gerais. Dentre as principais doenças crônicas acompanhadas pela equipe, estão a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Ambas são um problema de saúde pública e a Atenção Básica em Saúde tem papel fundamental no diagnóstico precoce e acompanhamento clínico. O objetivo é elaborar um projeto intervenção para promover o diagnóstico em fases precoces da HAS e DM na equipe Emídio Pereira Silva do Município de Janaúba - Minas Gerais. Para este projeto foi realizado o diagnóstico situacional e utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento. Realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema e para executar o plano de intervenção serão realizadas capacitações sobre da maneira correta de aferir a pressão arterial; disponibilizar exames necessários para o diagnóstico do DM e enfim realizar aferição da PA e exames diagnósticos do DM na população adulta. Espera-se conseguir conscientização dos profissionais e da população sobre a importância do tema; obter um aprendizado bem sucedido da equipe de saúde; disponibilização de cota extra de exames para o diagnóstico de diabetes e, dessa maneira, fazer diagnóstico do maior número de pessoas nas fases iniciais da HAS e DM, evitando assim complicações crônicas e agudas que podem levar a prejuízo da qualidade de vida e da vida produtiva.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus tipo 2. Estratégia Saúde da Família.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO-----	4
2 PROBLEMA -----	11
3 JUSTIFICATIVA -----	11
4 OBJETIVOS-----	11
4.1 OBJETIVO GERAL-----	11
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	11
5 REVISÃO DE LITERATURA -----	12
6 METODOLOGIA -----	13
7 CRONOGRAMA -----	19
8 RECURSOS NECESSÁRIOS -----	19
9 RESULTADOS ESPERADOS -----	20
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	20
11 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	21

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho descreve o projeto de intervenção a ser realizado na equipe de saúde da família Emídio Pereira Silva do Município de Janaúba- Minas Gerais. Trata-se de diagnosticar em fases iniciais e aumentar o número de diagnósticos de Hipertensão Arterial (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) na população adscrita. A HAS e o DM são um problema de saúde pública e a Atenção Básica em Saúde tem papel fundamental no diagnóstico precoce e acompanhamento clínico de tais morbidades, com o objetivo de promoção de saúde e prevenção de doenças. A equipe de saúde Emídio Pereira Silva tem população cadastrada de 4572 pacientes e o território de abrangência é dividido em dez microáreas.

O surgimento de diagnósticos tardios resulta doenças já em na fase de lesões de órgão alvo, já a falta de acompanhamento clínico resulta em aumento do número de hospitalizações por complicações agudas dessas doenças. Além disso, em maior relevância, os diagnósticos tardios levam a diminuição da qualidade de vida e da vida produtiva, tendo em vista as possíveis complicações que deixam seqüelas no indivíduo, como exemplos têm-se a paralisia decorrente de um acidente vascular cerebral e as amputações não traumáticas causadas pelo Diabetes.

1. Identificação e histórico do município de Janaúba

Janaúba está inserida na Mesorregião do Norte de Minas, na área mineira do Semi-árido brasileiro e na micro-região da Serra Geral de Minas, da qual é a cidade pólo. Ela dista 132 km de Montes Claros e 547 km de Belo Horizonte, capital mineira.

O município tem atualmente como prefeito o Sr. Yugi Yamada, como secretária municipal de saúde a Sra. Lara Jamille Silveira Silva e como coordenadora da atenção básica a Sra. Kelly Menezes Lopes.

O Distrito foi criado em 31 de dezembro de 1943 pela Lei n.º 1.058, com o nome de Gameleira e o Município em 27 de dezembro de 1948, pela Lei n.º 336, tendo recebido o nome atual, sendo instalado 01 de Janeiro de 1949, com território desmembrado do município de Francisco Sá. A história do município e de seu desenvolvimento está intrinsecamente ligada a duas forças propulsoras que se fazem sempre presentes: a privilegiada localização geográfica, o pioneirismo e a capacidade empreendedora de seus habitantes ao longo de

sucessivas gerações. Os primeiros habitantes, um povo cafuzo ou caboré, mescla de índios tapuias e quilombos, de negros que fugindo do cativeiro se estabeleceram no Vale do Gorutuba, tornando-se conhecidos como Gorutubanos.

2-Diagnóstico Situacional

2.1 -Aspectos Demográficos

O quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2012

Quadro 1: Distribuição da população da população de Janauba segundo a faixa etária, 2012.

Faixa etária	número absoluto	%
0 a 4 anos	5064	7,49
5 a 9 anos	5817	8,60
10 a 14 anos	6811	10,07
15 a 19 anos	6976	10,32
20 a 29 anos	12698	18,78
30 a 49 anos	18143	26,84
50 a 59anos	5724	8,46
60 a 69 anos	3516	6,40
70 a 79 anos	1892	5,20
80 anos e mais	940	1,39
Total	67581	100

Fonte: DATASUS

Entre 2000 e 2010, a população de Janaúba teve uma taxa média de crescimento anual de 0,81%. Na década anterior, de 1991 a 2000, a taxa média de crescimento anual foi de 2,32%. A densidade demográfica é de 30,39 hab/Km.

2.2-Aspectos socioeconômicos

Atividades econômicas

A economia da microrregião é baseada principalmente no Agronegócio, tendo como principais atividades: bovinocultura de corte e fruticultura irrigada. Nesta microrregião estão localizados três importantes perímetros irrigados, sendo: Projeto Jaíba, Projeto do Estreito e Projeto Gorutuba, este último, localizado em Janaúba, com uma localização privilegiada, pois além das culturas irrigadas, o Projeto Gorutuba favorece Janaúba com um grande potencial para o turismo, o ecoturismo, o artesanato, agroindústria e a agricultura familiar.

Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

O IDH médio para o ano de 2010 foi de 0,696. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,6 e 0,699). Entre 2000 e 2010, a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,199), seguida por Renda e por Longevidade.

Quadro 2. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes – Janaúba –MG

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e seus componentes - Janaúba - MG

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,218	0,450	0,649
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	20,33	32,20	47,52
% de 5 a 6 anos na escola	31,99	83,05	98,54
% de 11 a 13 anos nos anos finais do fundamental ou com fundamental completo	35,05	61,19	90,67
% de 15 a 17 anos com fundamental completo	14,15	43,91	64,81
% de 18 a 20 anos com médio completo	9,40	24,65	49,43
IDHM Longevidade	0,684	0,743	0,796
Esperança de vida ao nascer (em anos)	66,02	69,57	72,74
IDHM Renda	0,530	0,585	0,654
Renda per capita	216,22	304,07	468,29

Fonte: Pnud, Ipea, FJP

Renda

A renda per capita média de Janaúba cresceu 116,58% nas últimas duas décadas, passando de R\$216,22 em 1991 para R\$304,07 em 2000 e R\$468,29 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 40,63% no primeiro período e 54,01% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00, em reais de agosto de 2010) passou de 29,04% em 1991 para 18,25% em 2000 e para 4,07% em 2010. O quadro 3 representa a distribuição da renda em Janaúba.

Quadro 3. Renda, pobreza e desigualdade no município de Janaúba-MG

Renda, Pobreza e Desigualdade - Janaúba - MG

	1991	2000	2010
Renda per capita	216,22	304,07	468,29
% de extremamente pobres	29,04	18,25	4,07
% de pobres	61,52	43,66	18,98
Índice de Gini	0,58	0,58	0,53

Fonte: Pnud, Ipea, FJP

Saneamento Básico

A estrutura de saneamento básico da área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. Vale lembrar que a área de abrangência é urbana e tem famílias em situações precárias de moradia. O quadro 4 sintetiza as informações sobre a situação do saneamento básico no município:

Quadro 4 – Indicadores de Habitação – Janaúba- MG

Indicadores de Habitação - Janaúba - MG

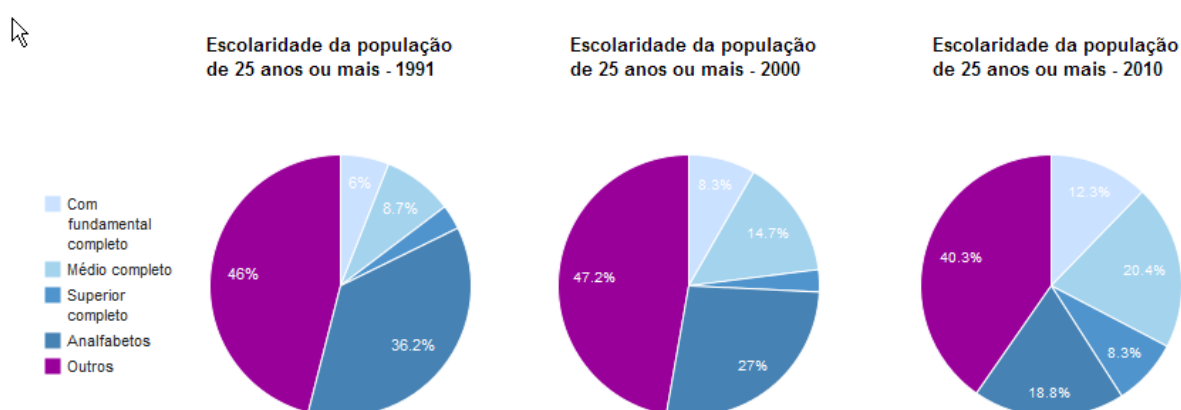
	1991	2000	2010
% da população em domicílios com água encanada	60,05	73,87	95,84
% da população em domicílios com energia elétrica	83,22	97,11	99,43
% da população em domicílios com coleta de lixo *Somente para população urbana	61,79	73,72	92,98

Fonte: Pnud, Ipea e FJP

Educação

Em 2010, 47,52% da população de 18 anos ou mais de idade tinha completado o ensino fundamental e 33,02% o ensino médio. A taxa de analfabetismo da população de 18 anos ou mais diminuiu 15,08% nas últimas duas décadas.

GRÁFICO 1: Comparação da escolaridade da população do município de Janaúba entre os anos de 1991, 2000 e 2010



Recursos da comunidade

Na área de abrangência há duas escolas, Escola Municipal Emídio Pereira da Silva e Escola Estadual Oscar Porto, três igrejas, sendo uma católica e duas evangélicas, três mercearias. Não dispomos de laboratórios, creches e hospitais na área. Toda a área tem água tratada, luz elétrica e telefonia, não dispomos de correios e nem de bancos.

3. Sistema Municipal de saúde

A cidade possui o Conselho Municipal de Saúde atuante, que reúne-se uma vez ao mês para reunião ordinária, ou ainda podem ser convocadas reuniões extraordinárias de acordo com a necessidade. Este Conselho é composto por representantes dos usuários como os líderes da comunidade, representantes da igreja católica e evangélica; por entidades representativas dos trabalhadores da área, neste caso alguns funcionários participam das reuniões, e por entidades representantes do governo (nesse caso a secretaria de saúde) e

prestadores de serviços através de representantes dos Hospitais da Cidade, como Hospital Regional, Hospital Fundaján e Hospital do Rim e dos clubes de serviço como Rotary e Maçonaria e das pastorais.

Para prestar o atendimento o município conta com 26 equipes saúde da família segundo dados do DATASUS e duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Além disso, tem a rede de média complexidade, representada pelo Centro Viva-Vida, o hospital do Rim e o Hospital Regional de referência para a microrregião.

Atividades desenvolvidas

Para fins de desenvolvimento desse projeto optou-se pela UBS Zacarias Farias Vieira, que está localizada à rua João Pessoa, 282, Bairro Saudade. A UBS tem uma localização central na área urbana e por isso é de fácil acesso aos usuários. Horário de funcionamento: 7 às 17 horas, sendo no período de 11 às 13 horas funcionam apenas a recepção para melhor orientação dos pacientes que chegam a unidade, o serviço de limpeza e a sala de vacinação. Na unidade, atuam 3 equipes de Saúde da Família. As equipes realizam atendimento para demanda programada e espontânea. A referência para alta complexidade são Montes Claros e Belo Horizonte.

Em relação ao atendimento da demanda programada, são reservados dois turnos semanais para o atendimento dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Durante as consultas, além de procurar solucionar as queixas dos pacientes, é também avaliado o uso correto e a indicação adequada de anti hipertensivos, antidiabéticos orais e insulino terapia, são solicitados exames laboratoriais anuais ou semestrais a depender do quadro clínico de cada paciente, avaliação de complicações crônicas, seja através dos exames laboratoriais ou através do rastreamento do pé diabético de risco, via teste do monofilamento.

Após a realização dos exames ou a partir da história clínica os pacientes são estratificados segundo o score de Framingham, em baixo, moderado e alto risco. Os pacientes de baixo e moderado risco são acompanhados apenas na atenção básica e os pacientes de alto risco são encaminhados ao Centro Viva Vida para avaliação cardiológica e endocrinológica, além de passar pela equipe multiprofissional se houver necessidade. Mesmo assim, o paciente nunca perde o seguimento na atenção básica, que é quem irá dar seguimento ao plano de cuidados estabelecido pelos profissionais do Centro Viva Vida.

A Unidade Saúde da Família

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família, tem relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. A ESF Emídio Pereira Silva está instalada em uma sede própria e está contida na Unidade Básica de Saúde Zacaria Farias Vieira. Possui uma equipe composta por 16 profissionais, 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, dez agentes comunitários de saúde, 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal e uma recepcionista. O médico da equipe trabalha 32 horas semanais e a recepcionista 30 horas e os outros profissionais trabalham 40 horas por semana.

Área Física

A UBS Zacarias Farias Vieira está situada próximo ao centro da cidade de Janaúba/MG e tem área adequada e um bom espaço físico. Na Unidade, funcionam três equipes Saúde da Família, temos uma recepção, três consultórios médicos, três consultórios de enfermeiros, 01 consultório extra que é utilizado, em dias alternados, pela psicóloga do NASF ou por cardiologistas ou nefrologistas do município, duas salas de triagem, uma sala de curativos, uma sala da administração, uma sala para realizar medicações e deixar os pacientes em observação caso seja necessário, uma sala de vacina, uma sala de reuniões, três consultórios odontológicos, uma copa e a sala de esterilização de materiais.

Recursos de saúde

O Município conta com três hospitais, o Hospital FUNDAJAN é a referência para urgências ginecológicas e obstétricas, além de internação em enfermaria e Unidade de Terapia Intensiva na área de pediatria; Hospital do rim para realização de hemodiálise e atendimento em nefrologia e Hospital Regional que é referência para urgências e emergências da microrregião.

Em relação ao atendimento ambulatorial de especialidades tem-se o Centro Viva-Vida que é responsável por realizar o atendimento de suporte ao programa saúde da família. Neste local, existe o atendimento dos hipertensos e diabéticos de alto risco, para isso contamos com cardiologistas, endocrinologista, angiologista, nefrologista e também com a equipe multidisciplinar (enfermeiros, técnicos em enfermagem, nutricionistas, terapeutas ocupacionais). No município há também clínicas privadas, clínicas de Radiologia e Diagnóstico por imagem e laboratórios.

2 PROBLEMA

Em relação a população adscrita há quantidade insuficiente de diabéticos e hipertensos diagnosticados na área de abrangência e grande número de doentes diagnosticados em fases avançadas de ambas as doenças.

3 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo baixo número de diagnósticos de hipertensos e diabéticos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva e pelo grande número de hipertensos e diabéticos que são diagnosticados em fases tardias de ambas as doenças, fases em que muitas vezes estão instaladas complicações irreversíveis. Com a realização do diagnóstico em fases precoces de ambas as doenças, a equipe terá tempo para atuar de maneira eficaz, reduzindo assim o risco de complicações graves macrovasculares, como a aterosclerose, e microvasculares como nefropatia, retinopatia e neuropatia. Essas complicações estão intimamente relacionadas com o tempo de evolução da doença e a ausência de tratamento efetivo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Projeto Intervenção para promover o diagnóstico em fases precoces da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus 2 na ESF Emídio Pereira Silva da Estratégia Saúde da Família do Município de Janaúba, em Minas Gerais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

4.2.1 Conscientizar a população a procurar o serviço de saúde mesmo quando assintomáticos.

4.2.2 Diagnosticar Hipertensão e Diabetes Mellitus em um maior número de usuários

4.2.3 Diagnosticar antes que apareçam complicações crônicas da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Isto é, níveis de pressão arterial maiores que 140 por 90. Está associada frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais do coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos; e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares. A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. Estudos clínicos demonstraram que o diagnóstico, o tratamento e o controle da HAS são fundamentais para a redução dos eventos cardiovasculares. (VI DIRETRIZ BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010)

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como uma epidemia mundial e é considerado também um problema de saúde pública. Aproximadamente 7% da população adulta brasileira têm esse problema. Ambas as doenças tem fatores de risco semelhantes. No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Está recomendado o rastreamento da hipertensão arterial nos adultos (acima de 20 anos) sem o conhecimento de que sejam hipertensos. Está recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, não se aplicando a outros critérios como obesidade, história familiar nem faixa etária. (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010)

A promoção de saúde e prevenção de doenças no âmbito da atenção básica pode ser realizada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes e hipertensão arterial como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes; da identificação de casos não diagnosticados de

diabetes para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

6 METODOLOGIA

Para este projeto foi realizado o diagnóstico situacional. Neste trabalho foi utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional – PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento. Realizou-se uma revisão bibliográfica nas bases de dados lilacs e medline, com os seguintes descritores: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Estratégia Saúde da Família. E para executar o plano de intervenção serão realizadas capacitações da equipe sobre da maneira correta de aferir a pressão arterial, disponibilizar junto à secretaria de saúde, os exames necessários para o diagnóstico do Diabetes e enfim realizar aferição da pressão arterial e exames diagnósticos do DM na população adulta da área de abrangência.

6.1 Plano de Ação

Primeiro Passo: Identificação dos problemas

Analisando a situação da ESF e da saúde da população, percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

Falta de capacitação para o acolhimento, principalmente na parte da recepção. Os profissionais deste setor, não sabem acolher o paciente, procurar resolver suas dúvidas. Muitas vezes é preciso que profissionais de outros setores que encontram esses pacientes pelos corredores orientem estes pacientes ou outras vezes, os pacientes procuram, pelas salas, quem os oriente;

Má realização da classificação de risco. Existe o Trius para aplicação do protocolo de Manchester, porém falta melhor capacitação dos enfermeiros para melhor triagem quanto à priorização dos casos moderados a graves. Com o excesso de casos triados como prioritários ocorre super lotação e fica difícil que realizar um trabalho bem feito;

Quantidade insuficiente de diabéticos e hipertensos diagnosticados na área de abrangência: Em relação a população adscrita há quantidade insuficiente de diabéticos e hipertensos diagnosticados na área de abrangência e grande número de doentes diagnosticados em fases avançadas de ambas as doenças.

Baixa de adesão ao tratamento, particularmente entre os pacientes hipertensos e diabéticos.

Dificuldade em remarcar as consultas de retorno para resultado de exames: Existe um hábito na ESF em que os exames são trazidos pelos agentes comunitários de saúde para que o médico olhe quando ele tiver tempo, então somente se alterado é marcada uma consulta e esbarramos na pouca quantidade de vagas de consulta já que a médica trabalha 32 horas semanais para atender 1301 famílias, com um total de 4572 pessoas cadastradas.

Ausência de grupos operativos realizados pelo medico da equipe: Apenas os agentes comunitários realizam alguns grupos, na equipe é priorizado o atendimento de consultas já que grande parte da população fica sem assistência devido ao restrito numero de consultas.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas

Quadro 5. Priorização dos Problemas na ESF Emídio Pereira Silva – Janaúba, MG

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Falta de capacitação da equipe para o acolhimento	Alta	6	Parcial	3
Capacitação para melhor triagem com classificação de risco	Alta	4	Parcial	5
Falta de adesão ao tratamento para hipertensão entre os idosos	Alta	7	Parcial	2
Quantidade insuficiente de diabéticos e hipertensos diagnosticados na área de abrangência	Alta	7	Parcial	1
Dificuldade em remarcar as consultas para retorno de resultado de exames	Alta	6	Parcial	4

Terceiro Passo: Descrição do Problema

A hipertensão é uma condição muito prevalente que contribui para efeitos adversos na saúde, incluindo, entre outras, mortes prematuras, ataques cardíacos, insuficiência renal e acidente vascular cerebral. Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%. A prevalência da diabetes do tipo 2 está aumentando – aproximadamente 7% da população adulta brasileira é diabética. A diabetes lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares. (MINISTERIO DA SAUDE, 2006)

O tema escolhido para ser abordado é a quantidade insuficiente de hipertensos e diabéticos diagnosticados na área de abrangência. A questão que levantamos mais relevante para justificar esse desajuste é o dado que foi repassado para a equipe pela coordenação da estratégia saúde da família que em julho de 2014. Pela população adulta cadastrada da área (total de 3285) deveríamos ter aproximadamente 985 hipertensos cadastrados e tínhamos apenas 397, isso representa uma prevalência de 12%. Em relação aos diabéticos, o número foi ainda mais alarmante, seriam esperados 295 diabéticos, e cadastrados tem apenas 76 fato deduz apenas 2,3% de prevalência dos diabéticos existem na área.

GRÁFICO 2: Prevalência esperada de hipertensos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais

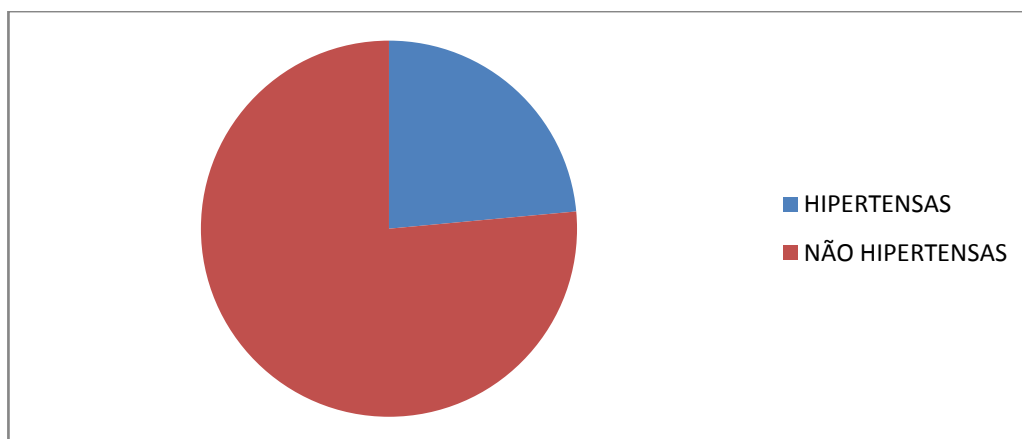


GRÁFICO 3: Prevalência real de hipertensos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais

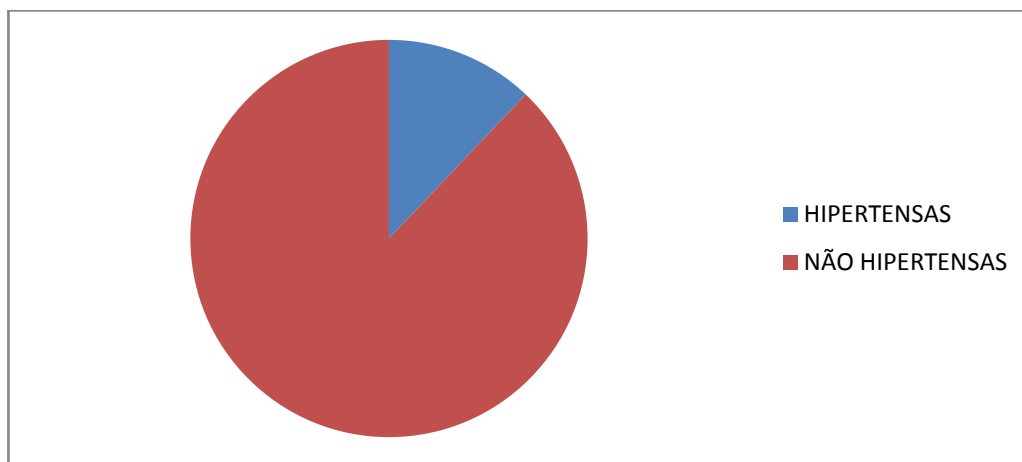


GRÁFICO 4: Prevalência esperada de diabéticos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais

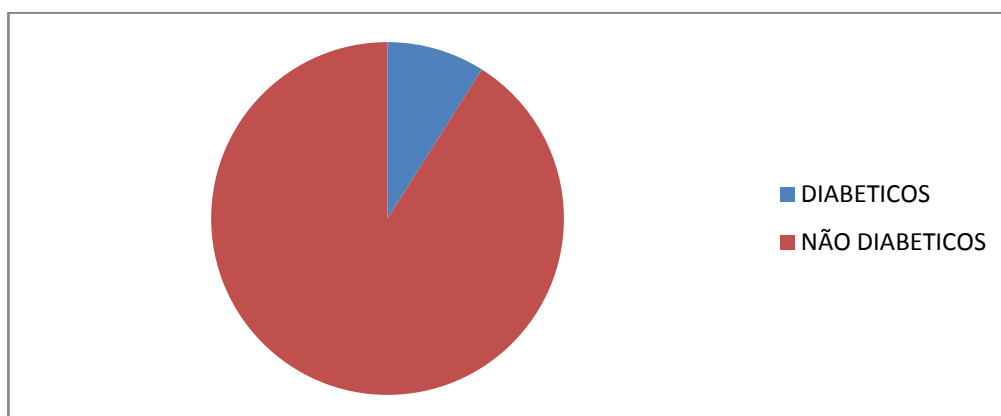
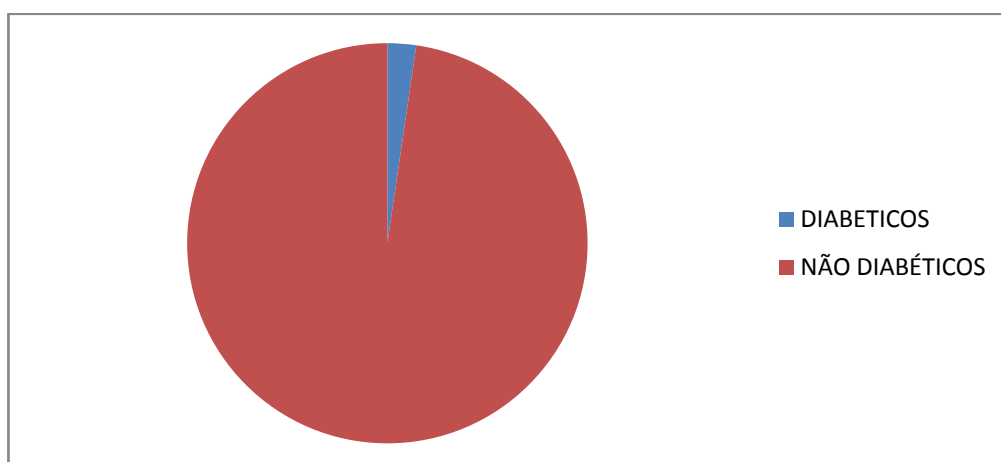


GRÁFICO 5: Prevalência real de hipertensos na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva no Município de Janaúba – Minas Gerais



Quarto Passo: Explicação do problema

Causas do número insuficiente de diagnósticos de hipertensos e diabéticos

- 1- Falta de motivação da equipe em fazer novos diagnósticos
- 2- Número insuficiente de exames para rastreamento do diabetes
- 3- Falta de procura do usuário assintomático a Unidade de Saúde com a finalidade de realizar esses diagnósticos

Consequências da falta de novos diagnósticos

- 1- Impossibilidade de intervir em promoção de saúde e prevenção de doenças.
- 2- Surgimento de diagnósticos tardios, na fase de lesões de órgão alvo
- 3- Aumento do numero de hospitalizações por complicações agudas
- 4- Diminuição da vida produtiva, tendo em vista o diabetes que é a principal causa de amputação não traumática em nosso meio

Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Processo de trabalho da equipe → orientações inadequadas sobre hábitos e condições saudáveis de vida, com o objetivo de prevenir o surgimento de fatores de risco para hipertensão e diabetes, falta de orientação adequada da recepção que por vezes dispensa da recepção o paciente porque naquele dia a unidade estava cheia e este paciente que foi ali apenas medir a pressão. Falta de cartazes pela unidade alertando sobre as consequências de não levar uma vida saudável e consequências do diagnóstico tardio.

Dificuldade de diagnosticar → pessoal insuficiente na equipe que saiba aferir pressão e falta de tempo para isso já que muitas vezes as equipes trabalham sobrecarregadas porque alguns funcionários são deslocados para outras unidades para cobrir férias. A Falta de exames disponíveis de hemoglobina glicada A1C e glicemia de jejum para o diagnóstico de diabetes.

Sexto passo: O Desenho das Operações

Quadro 6- Desenho de operações para os “nós” críticos do problema da quantidade insuficiente de hipertensos e diabéticos diagnosticados na área de abrangência da ESF Emídio Pereira Silva, Janaúba –MG

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Processo de trabalho em equipe	Treinamento com a equipe de saúde e recepção sobre hábitos e condições saudáveis de vida, fatores de risco e importância do diagnóstico precoce.	Conscientização dos profissionais e da população sobre a importância do tema.	Execução de reuniões periódicas com a equipe e criação de cartazes e folders que informam e alertam para a importância do tema.	Financeiros: dinheiro para compra do material para folders e cartazes. Organizacionais: Sala de reuniões e pessoal da equipe. Cognitivos: Orientações dadas pelo medico e pelo enfermeiro da equipe.
Dificuldade de diagnosticar	Capacitação daqueles que não sabem aferir PA na equipe Solicitação junto à secretaria de saúde para cota a parte para exames com fins diagnósticos para diabetes.	Aprendizado bem sucedido da equipe de saúde e disponibilização de exames.	Execução de reuniões teórico-práticas com a equipe de saúde.	Financeiros: Dinheiro para a realização dos exames e compra de mais esfigmomanômetros. Organizacionais e materiais: Sala de reuniões, pessoal da equipe e esfigmomanômetro. Cognitivos: Passagem do conhecimento daqueles que sabem realizar a técnica de aferir PA para aqueles que não sabem. Políticos: Destinação de verba específica para esse

				fim.
--	--	--	--	------

7 CRONOGRAMA

Quadro 7. Cronograma das atividades a serem desenvolvidas no projeto de intervenção da ESF Emídio Pereira Silva, Janaúba - MG

Etapas do Projeto de Intervenção	Tempo Necessário	Responsáveis Pela realização
Etapa 1: Treinamento dos profissionais e educação da população sobre hábitos e condições saudáveis de vida, fatores de risco e importância do diagnóstico precoce.	Mês de fevereiro e março 2015	Médico e enfermeiro da equipe.
Etapa 2: Capacitação daqueles que não sabem aferir PA na equipe. Solicitação junto à secretaria de saúde para cota a parte para exames com fins diagnósticos para diabetes.	Meses de abril e maio de 2015	Médico, enfermeiro e técnico de enfermagem
Etapa 3: Início da realização dos exames para diagnóstico do diabetes e início da aferição de toda população adulta da área de abrangência. Realizações de eventos na comunidade sendo convidados a cada duas microáreas por evento mensal. Caso detectado alteração da pressão arterial, este paciente será orientado a realizar outras medidas da pressão arterial.	Meses de junho a outubro de 2015, sendo duas microáreas por mês.	Todos os profissionais que conseguirem realizar corretamente a técnica de aferição da pressão arterial

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Para a etapa 1 serão necessários recursos financeiros: dinheiro para compra do material para folders e cartazes; organizacionais: Sala de reuniões e pessoal da equipe e recursos cognitivos: Orientações dadas pelo médico e pelo enfermeiro da equipe.

Para a etapa 2 serão necessários recursos financeiros: Dinheiro para a realização dos exames e compra de mais esfigmomanômetros; Organizacionais e materiais: Sala de reuniões, pessoal da equipe e esfigmomanômetro. Cognitivos: Passagem do conhecimento daqueles que

sabem realizar a técnica de aferir pressão arterial para aqueles que não sabem e Políticos: destinação de verba específica para esse fim.

Para a etapa 3 serão necessários recursos organizacionais: local a ser destinado aos eventos, como salão da igreja ou praças, pessoal da equipe bem treinada; Recursos materiais: material para exames e esfigmomanômetros calibrados e serviços de terceiros, neste caso dos laboratórios para realização dos exames solicitados.

9 RESULTADOS ESPERADOS

Com a execução do projeto de intervenção espera-se alcançar a conscientização dos profissionais e da população sobre a importância do diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus em fases iniciais da doença. Com as capacitações e reuniões teórico - práticas espera-se obter um aprendizado bem sucedido da equipe de saúde. Almeja-se ainda a disponibilização de cota extra de exames para o diagnóstico de diabetes. E por fim como objetivo final, fazer nas fases iniciais da HAS e DM e, conseqüentemente, em um maior número de pessoas, evitando assim complicações crônicas e agudas que podem levar a prejuízo da qualidade de vida e da vida produtiva dos usuários.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A HAS e o DM são um problema de saúde pública e a Atenção Básica em Saúde tem papel fundamental no diagnóstico precoce e acompanhamento clínico de tais morbidades, com o objetivo de promoção de saúde e prevenção de doenças. O surgimento de diagnósticos tardios resulta doenças já em na fase de lesões de órgão alvo, já a falta de acompanhamento clínico resulta em aumento do número de hospitalizações por complicações agudas dessas doenças e ainda, em maior relevância, os diagnósticos tardios levam a diminuição da vida produtiva, tendo em vista as possíveis complicações que deixam seqüelas no indivíduo, com a paralisia decorrente de um Acidente Vascular Cerebral e as amputações não traumáticas causadas pelo Diabetes

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO DO BRASIL. Disponível em: < <http://www.atlasbrasil.org.br>> Acesso em 24 de junho de 2014

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes. CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica. CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 53p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. CADERNOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 95p.

CÂMARA MUNICIPAL DE JANAUBA. Disponível em: www.camarajanauba.mg.gov.br Acesso em 27 de julho de 2014.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

DATASUS. Disponível em:< www.datasus.gov.br>. Acesso em 28 de julho de 2014

IBGE. Disponível em: < www.cidades.ibge.gov.br>. Acesso em 27 de julho de 2014

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). *Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico*. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

PREFEITURA DE JANAUBA. Disponível em: www.janauba.mg.gov.br. Acesso em 28 de julho de 2014.

Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95 (1 sup.1): 1-51