

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
REGIÃO MAPA ATLANTICA – TURMA II**

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA PREVENÇÃO E CUIDADO AS DOENÇAS
CRÔNICAS: HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITTUS NO POLO
BASE DE RIBEIRA DO POMBAL-BA**

VALDENICE DOS SANTOS SANTANA

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde
Indígena, da Universidade Federal de São
Paulo.**

**Orientadora: Prof.^a Dar. Luzia Aparecida
Oliveira**

**SÃO PAULO
2017**

AGRADECIMENTOS:

O Deus por me dar essa oportunidade, minha família pelo apoio e a presença constante.

Aos professores pelo apoio, paciência e compreensão. Em especial Professora Fernanda e Professora Luzia.

Aos povos indígenas pela imensa colaboração e apoio.

“Temos o direito de ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito de ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades”.

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

Este projeto de intervenção abordará a prevenção e cuidados que as equipes de saúde devem ofertar aos portadores das doenças crônicas Hipertensão arterial e Diabetes mellitus no Polo Base de Ribeira do Pombal – Distrito sanitário Especial Indígena. O objetivo geral do projeto é Instrumentalizar as EMSI para o desenvolvimento de ações de prevenção a hipertensão e diabetes junto à população atendida pelo Polo Base de Ribeira do Pombal. Empoderando as equipes através de conhecimentos técnicos, científicos e práticos, tendo como específicos, realizar abordagens diretas com as equipes visando à promoção saúde e prevenção das doenças crônicas Hipertensão e diabetes aos indígenas reduzindo fatores de riscos; Promover as rodas de conversas dentro das áreas indígenas levando em consideração seus hábitos alimentares, costumes e culturas; Buscar parcerias nos municípios através do NASF, NASI e Conselho de saúde ofertando atendimento diferenciado para esses públicos; Firmar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais para o recebimento de medicações e equipamentos, ; Inserir a prática de exercícios físicos com a parceria de nutricionista e educador físico dentro de área, visando contribuir para melhora da qualidade de vida e promoção de hábitos saudáveis; Avaliar as ações aplicadas e a efetividade na prática de cuidados ofertados pelas equipes de saúde. Foi realizadas reuniões com as equipes de saúde para organização e planejamento para inserção deste projeto, os problemas serão sanados através de intervenções traçadas pelas equipes, o nível de efetividade e aceitação é satisfatório, participação deste projeto jovem e adulto entre 20 a 65 anos de idade, os resultados esperados corresponderão de acordo com a concomitância das práticas das equipes.

Palavras chaves. Cuidado, Humanização Hipertensão Arterial, Diabetes mellitus Educação em Saúde.

RESUMEN

Este proyecto de intervención abordará la prevención y cuidados que los equipos de salud deben ofrecer a los portadores de las enfermedades crónicas Hipertensión arterial y Diabetes mellitus en el Polo Base de Ribeira do Pombal - Distrito sanitario Especial Indígena. El objetivo general del proyecto es Instrumentalizar las EMSI para el desarrollo de acciones de prevención a la hipertensión y diabetes junto a la población atendida por el Polo Base de Ribeira do Pombal. • Empoderando a los equipos a través de conocimientos técnicos, científicos y prácticos, teniendo como específicos, realizar enfoques directos con los equipos destinados a la promoción salud y prevención de las enfermedades crónicas Hipertensión y diabetes a los indígenas reduciendo factores de riesgo; Promover las ruedas de conversaciones dentro de las áreas indígenas tomando en consideración sus hábitos alimenticios, costumbres y culturas; Buscar alianzas en los municipios a través del NASF, NASI y Consejo de salud ofreciendo atención diferenciada para esos públicos; Firmar alianzas con las Secretarías Estaduales y Municipales para el recibimiento de medicamentos y equipamientos; Insertar la práctica de ejercicios físicos con la asociación de nutricionista y educador físico dentro de área, con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida y promoción de hábitos saludables; Evaluar las acciones aplicadas y la efectividad en la práctica de cuidados ofrecidos por los equipos de salud. Se realizaron reuniones con los equipos de salud para organización y planificación para inserción de este proyecto, los problemas serán sanados a través de intervenciones trazadas por los equipos, el nivel de efectividad y aceptación es satisfactorio, participarán de este proyecto joven y adulto entre 20 a 65 años de edad Los resultados esperados corresponderán de acuerdo con las prácticas de los equipos.

Contraseñas. Cuidado, Humanización Hipertensión Arterial, Diabetes mellitus Educación en Salud.

LISTA DE SIGLAS

DM – Diabetes Mellitus

DSEI- Distrito Sanitário Especial Indígena

EPS – Educação Permanente em Saúde

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

SUS- Sistema Único de Saúde

NASF- Núcleo de Atenção a Saúde da Família

NASI- Núcleo de Atenção a Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena

HGST – Hospital Geral Santa Tereza

OMS – Organização Mundial de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. REFERENCIAL TEÓRICO	14
3. OBJETIVOS	17
3.1 - OBJETIVO GERAL	17
3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. PERCURSSO METODOLÓGICO	18
4.1 - Tipos de Estudo, Local e período.	18
5. RESULTADOS ESPERADOS	19
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) entre seus objetivos garante o acompanhamento sistemático aos indivíduos portadores de doenças crônicas, enfermidades que impactam na morbimortalidade da população. Portanto, o Ministério da Saúde implantou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer diretrizes metas para reorganizar a atenção a estes grupos de agravos no SUS, investindo na atualização dos profissionais de saúde principalmente da Rede Básica, a fim de operacionalizar capacitações relativas ao tema utilizando-se como estratégia a Educação Permanente em Saúde - EPS na qualificação profissional para superar as deformações e deficiências na formação dos trabalhadores da saúde (BRASIL, 2008).

Nas últimas décadas houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (Ministério da Saúde Doenças Cardiovasculares, 2001).

Em 2003, foi aprovada, pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuada com a Comissão Inter gestores Tripartite, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta pelo Ministério da Saúde para ser a política de educação do SUS, cujo eixo norteador é a transformação do processo de trabalho para a prática em educação e saúde, partindo para uma reflexão crítica sobre os problemas referentes à qualidade da assistência, assegurando a participação coletiva multiprofissional e interdisciplinar favorecendo a construção de novos conhecimentos (BRASIL, 2008).

Educação em Saúde é um processo de trocas de saberes e experiências entre a população como um todo, incluindo usuários, profissionais e gestores de saúde. Cada pessoa é valorizada como dono de um saber diferenciado, onde a prática visa à prevenção de doenças, a promoção da saúde e promove a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos ativos e transformadores de sua própria vida ou até mesmo da sociedade (BRASIL, 2011).

Esta nova prática permite problematizar as ações educativas em hipertensão arterial e diabetes mellitus que precisam ser modificadas para a melhoria da prática dos

profissionais de saúde que atuam no programa de educação em pressão arterial e Diabetes tornando- os aptos a construir ações de saúde e estratégias que conduzam os usuários a refletir sobre sua doença e auto gerenciar os cuidados. A HAS e o DM são doenças que apresentam vários aspectos em comum: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; os principais fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Pólo Base de Ribeira do Pombal fica localizado na região nordeste da Bahia cerca de 300 km da capital baiana. Tem o objetivo de apoiar a população indígena, amparar e assistir de forma humanizada e igualitária a todos pertencentes às aldeias do município de Banzaê/BA e Quijingue, composto pelas seguintes etnias Tuxá e Kiriri. As rotinas de trabalho acontecem obedecendo as leis da Atenção Básica e a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.

A População Geral do polo é composta por doze aldeias com aproximadamente 3.500 indígenas, segundo Sistema de Informação da Saúde Indígena (SIASI-2016). Possuímos duas equipes multidisciplinares, 04 Postos de Saúde para atendimento de todas as doze aldeias e logradouros.

Historicamente, se poderia datar uma primeira aproximação dos Kiriri a uma idéia de território - assim como o conhecemos hoje, com seus limites bem definidos - no início do século XVIII, época da doação, por parte do então rei de Portugal, de uma légua em quadra de terras a todas as aldeias do sertão com mais de cem casais, fruto de solicitações constantes por parte dos jesuítas face aos conflitos decorrentes da expansão da pecuária, em especial com sesmeiros da região que interferiam com certa frequência na administração dos párocos das aldeias ali constituídas (Bandeira, 1972).

Assim, Saco dos Morcegos, uma das quatro aldeias kipeá-kiriri fundadas pelos jesuítas, com uma população então estimada em 700 casais, foi delimitada como havia sido determinado, ou seja, a medida de uma légua de sesmaria (6.600 m), do centro a todas as partes, isto é, conforme o costume à época, da igreja missionária aos oito pontos cardeais e colaterais, formando um octógono regular de 12.320 ha (Bandeira, 1972).

A microrregião na qual se encontra o Polo de Ribeira do Pombal não possui redes de atenção à saúde consolidadas, dentre elas a de urgência e emergência, saúde mental, rede cegonha e Centro Especializado Odontológico. Os atendimentos de urgência e

emergência são encaminhados para o Hospital Geral Santa Tereza (HGST) localizado na cidade de Ribeira do Pombal.

Algumas consultas especializadas de média e alta complexidade são encaminhadas para Salvador, Feira de Santana e através do setor de regulação do município.

No ano de 2012 foi feito um estudo para avaliar o perfil da qualidade de saúde desses indígenas e foram comprovados que os casos de Pressão arterial fora dos padrões esperados e diabetes foram a principal morbidade nas áreas indígenas neste ano supracitado, ainda no ano 2016, os casos de hipertensos e diabéticos veem aumentando todos os anos e por serem doenças crônicas e silenciosas na maioria das vezes não são levados a sério tanto pelo usuário quanto por alguns profissionais, ou seja, existe uma lacuna a ser preenchida, observa-se que o tratamento é mais aceitável que a promoção e prevenção destas doenças.

Os indígenas das etnias Kiriri e Tuxá acreditam que as doenças crônicas: Hipertensão e diabetes tem outro conceito, chamam de “açúcar alto e tontice, acreditam que essas doenças acometem apenas aos indígenas que não seguem seus rituais de forma correta por isso são castigados”: Os indígenas utilizam remédios caseiros, chás, rezas, garrafadas e incensos para cura dessas doenças.

Esses indígenas consomem alimentos com muito sal e açúcar, devido às mudanças dos seus hábitos alimentares adquiridos há épocas, alguns indígenas não possuem terras suficientes para plantarem e consumirem seus próprios alimentos, sendo obrigado a fortalecer a “máquina de alimentos industrializados” sem nenhuma qualidade, isso é uma das causas do crescimento do adoecimento crônico em áreas indígenas. As equipes trabalham em prol da intensificação das promoções e prevenção a saúde, porém existem outros fatores sócio econômico, social e cultural que devem ser considerados.

É muito provável que, dada a sua proximidade e a identidade cultural dos índios ali residentes, boa parte da população dessas vilas tenha se refugiado em Saco dos Morcegos, cuja sobrevivência pode ser atribuída a uma localização mais afastada das rotas da pecuária e a relativa inferioridade da fertilidade de suas terras, comparativamente às das demais aldeias. Deste modo, Saco dos Morcegos seria progressivamente ocupada por diversos outros segmentos camponeses não indígenas, repelidos justamente daquelas áreas mais valorizadas do agreste. Sua presença não restringiu drasticamente o espaço disponível para os Kiriri: uma pequena faixa íngreme

de terras onde até há pouco residiam, constituindo cinco núcleos marginalmente localizados, circundados por pequenos povoados de regionais (ISA, 2017).

Porém é percebido visivelmente através das equipes de saúde que os fatores responsáveis pela incidência e prevalência dessas doenças principalmente em indígenas jovens é o uso excessivo de álcool, tabagismo, má alimentação como o uso de carnes salgadas, alimentos doces, obesidade além do sedentarismo. Sendo observados nas evoluções dos prontuários utilizados para pesquisa que todos os pacientes possuem dois ou mais fatores de riscos e muitos evoluem a óbito.

Através do quadro abaixo se percebe que o grau de obesidade e sobrepeso afeta a maioria dos indígenas em tratamento e que esses fatores de riscos devidos seus costumes culturais são as principais causas da incidência das doenças hipertensivas e diabéticas. Além dos agravantes fatores como o uso do tabaco e álcool seguido da ausência das atividades físicas dentro das aldeias.

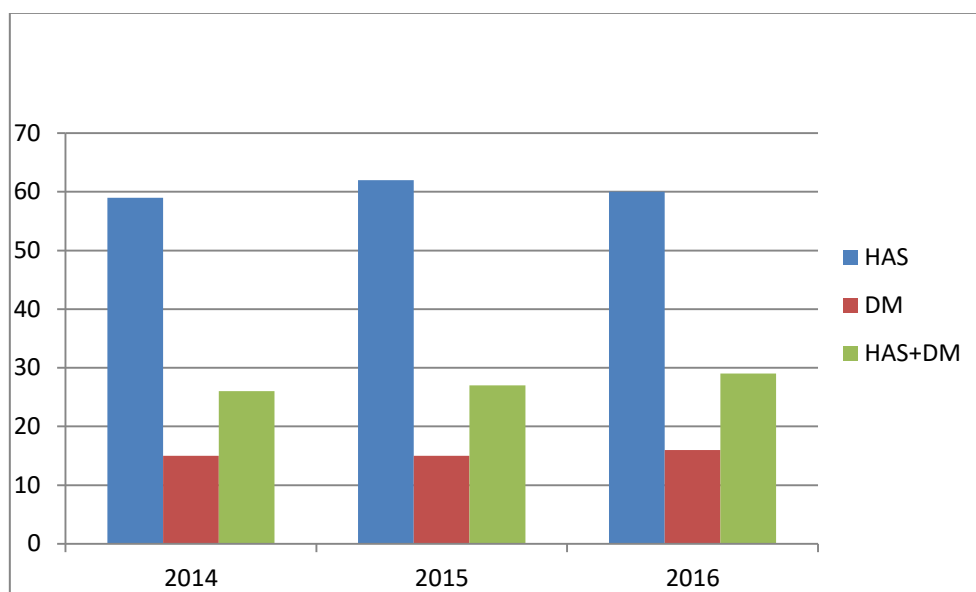
Classificação do IMC por Faixa Etária do Polo Base de Ribeira do Pombal dos Usuários Portadores de HAS e DM, atendidos pelas EMSI, no ano de 2016.				
Polo Base	/Faixa Etária /	IMC	QUANTITATIVO	
Ribeira Pombal	20 a 60 anos	< 18,4 Magreza	03	
		18,5 – 24,99 Ideal	33	
		25,0 – 29,9 Sobrepeso	38	
		≥ 30,0 Obesidade	40	
	Sem avaliação e/ou atendimento			16
	≥ 60 anos	< 22 Desnutrição	5	
		22 – 27 Eutrofia	20	
		> 27 Obesidade	27	
	Sem avaliação e/ou atendimento			33

Dados dos prontuários do PBRP.

O maior agravo acontece com os povos Kiriri por serem calados e quando procuram à Unidade de saúde ou a equipe faz a busca ativa já está em fase de tratamento, principalmente os jovens e idosos.

Diante do exposto surgem os seguintes questionamentos: Como as equipes de saúde podem melhorar o atendimento dos indígenas dentro das aldeias assim como promover o acolhimento desta população dentro das Unidades? Quais os planos de cuidado que os profissionais devem traçar para diminuir a incidência de hipertensão e diabetes? Quais as parcerias que os profissionais devem buscar para diminuir a incidência de novos casos? Quais as estratégias para intensificação das buscas ativas aos usuários que não procuram os postos de saúde e/ou as equipes multidisciplinares?

O desejo de trabalhar o tema escolhido aconteceu após as análises de dados realizados com as equipes referentes ao ano de 2014 a 2016, visto que desde o ano 2012 o perfil das referidas morbidades não avançaram de forma positiva; Os indígenas não tem acesso aos serviços de cardiologia entre outras especialidades para avaliação como preconiza o Ministério da saúde, alguns são mutilados através de amputações dos membros inferiores, algumas medicações ainda são escassa dentro de área, além da falta de apoio do município, porém é visível que uma falha importante para rever juntos comas equipes é o uso da tecnologia leve, a melhora da aplicabilidade de se fazer uma atenção básica com mais qualidade. É possível traçar estratégias juntos das equipes a fim de melhorar a assistência desses povos que não possuem o acesso adequado aos serviços de saúde assim como preconizado em lei;



Dados do PBRP (prontuários e equipes de saúde)

Os dados analisados pelas equipes verifica-se a incidência dos casos de hipertensão, diabetes e a conjunção das duas patologias, no ano 2014 observam-se que 59% da população eram portadores de hipertensão arterial sistêmica, 15% diabetes mellitus e 26% já eram portadores das doenças HAS e DM, seguido no ano de 2015 à incidência de HAS e HAS e DM continuaram a crescer, DM prevaleceu e apesar de todos os atendimentos ofertados pelas equipes é visíveis à prevalência e incidência de ambas as patologias. Essa análise foi feita com pacientes entre 20 e 60 anos residentes dentro das aldeias.

Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão até 2025, o número de hipertensos nos países em desenvolvimento, como o Brasil, deverá crescer 80%, segundo estudo conjunto da Escola de Economia de Londres, do Instituto Karolinska (Suécia) e da Universidade do Estado de Nova York. Visto que no Brasil, existem atualmente 17 milhões de hipertensos, e segundo Ministério da Saúde as principais causas são: Tabagismo, sedentarismo, obesidade, má alimentação e álcool, preocupante são saber que a realidade da área indígena está bem parecida com a realidade atual dos não indígenas.

O público alvo para realização dessa estratégia será as Equipes Multidisciplinares: três enfermeiros, cinco técnico de enfermagem, dois médicos, um dentista, uma nutricionista, uma assistente social e treze agentes indígenas de saúde responsáveis pelo atendimento e assistência aos indígenas das etnias Kiriri e Tuxá.

A Educação Permanente é o conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Dessa forma a proposta teve como objetivo geral instrumentalizar as EMSI para o desenvolvimento de ações de prevenção a hipertensão e diabetes junto à população atendida pelo Polo Base de Ribeira do Pombal sendo específicos realizar abordagens diretas com as equipes visando à promoção saúde e prevenção das doenças crônicas Hipertensão e diabetes aos indígenas reduzindo fatores de riscos; Promover as rodas de conversas dentro das áreas indígenas levando em consideração seus hábitos alimentares, costumes e culturas; Buscar parcerias nos municípios através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio a Saúde Indígena (NASI) e Conselho de saúde ofertando atendimento diferenciado para esses públicos; Firmar parcerias com as

Secretarias Estaduais e Municipais para o recebimento de medicações e equipamentos, bem como a realização de cursos para treinamento das equipes multiprofissionais; Inserir a prática de exercícios físicos com a parceria de nutricionista e educador físico dentro de área, visando minimizar a ociosidade, uso abusivo do álcool e sedentarismo do público escolhido; Avaliar as ações aplicadas e a efetividade na prática de cuidados ofertados pelas equipes de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, a implementação da Política Nacional à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados pra a proteção, promoção e recuperação da saúde que garantem aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para essa população (BRASIL, 2002).

Ainda sobre a Política dos Povos Indígenas a adoção de medidas que viabilizem a aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do sistema tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalização, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos (BRASIL, 2002).

Além disso, faz-se necessário buscar parcerias efetivas nos municípios; Acredita-se que as equipes de saúde indígena conhecem as necessidades dos povos indígenas e por isso poderão contribuir para efetividade de um plano de cuidado eficaz de maneira humanizada e aplicado nas assistências diárias das equipes de saúde ofertando um bem estar a essa população.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo Organização Mundial de Saúde (OMS) a Hipertensão arterial é definida com pressão arterial sistólica maior ou igual a 140mmhg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90mmhg em indivíduos que estão fazendo uso de medicações hipertensivas.

Assim a pressão arterial *ideal*, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mmhg e PAD < 80mmhg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem comorbidades associadas é considerada normal quando a PAS é < 130 mmhg e a PAD <85 mmhg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmhg e de PAD entre 85 e 89 mmhg são considerados limítrofes. Portanto este grupo com maior prevalência deve ser observado e cuidado com uma atenção básica preventiva. (OMS, 2001).

A OMS ainda define DM a uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos.

Esta é dividida em vários tipos como: Tipo II, Gestacional e Outros tipos específicos incluem várias formas de DM, decorrentes de defeitos genéticos associados com outras doenças ou com o uso de fármacos diabetogênicos. Defeitos genéticos da função da célula beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, neoplásica, hemocromatose, fibrose cística, etc.) Aqueles induzidos por drogas ou produtos químicos (diuréticos, corticoides, betabloqueadores, contraceptivos, etc.). (OMS, 2001)

O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos, este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Percebe-se que no Polo Base de Ribeira do Pombal o público mais acometido por essas doenças estão inseridos nas faixas etárias entre 20 a 60 anos de idade, os pacientes jovens são sedentários e consomem quantidades excessivas de álcool e fumo, excedendo seus costumes culturais, por isso existe a necessidade do acolhimento destes pacientes dentro das unidades de saúde além de um tratamento humanizado.

A PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e confirma que a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Essa Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverão seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades loco regionais.

Assim como conceito utilizado nesta proposta define o Distrito Sanitário como um modelo de organização de serviços - orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (PNAPI, 2001).

As políticas em saúde no Brasil vêm dando cada vez maior atenção às pessoas com DM e HAS, especialmente a legislação mais atual. Como exemplo, pode-se citar o provimento gratuito de medicamentos e equipamentos para aplicação de insulina e auto monitoramento da glicemia capilar de portadores de DM inscritos em programas de

educação para pessoas com Diabetes Mellitus, assim como o autocuidado com os portadores da HAS visando melhor qualidade de vida para estes usuários. (ARRUDA et.al, 2012).

O compromisso ético, estético e político da humanização assentam-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de corresponsabilidade entre eles, de solidariedade nos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão. Parece-nos que essa é a base sobre a qual toda atenção realizada pela enfermagem deve estar assentada. (ARRUDA et.al, 2012).

A Política de Humanização estabelecida pelo Ministério da Saúde prevê a qualidade do atendimento articulado com os avanços tecnológicos, acolhimento, linhas de cuidados e capacitação dos profissionais de saúde. Por não ser entendida como programa, a humanização não deve ser apenas de responsabilidade das equipes Multiprofissionais, mas de toda a rede que compõe o atendimento do SUS (Garcia Junior, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1 - OBJETIVO GERAL

Instrumentalizar as EMSI para o desenvolvimento de ações de prevenção a hipertensão e diabetes junto à população atendida pelo Polo Base de Ribeira do Pombal.

3.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar abordagens diretas com as equipes visando à promoção saúde e prevenção das doenças crônicas Hipertensão e diabetes aos indígenas reduzindo fatores de riscos;

Promover as rodas de conversas dentro das áreas indígenas levando em consideração seus hábitos alimentares, costumes e culturas;

Buscar parcerias nos municípios através do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Núcleo de Apoio a Saúde Indígena (NASI) e Conselho de saúde ofertando atendimento diferenciado para esses públicos;

Firmar parcerias com as Secretarias Estaduais e Municipais para o recebimento de medicações e equipamentos, bem como a realização de cursos para treinamento das equipes multiprofissionais;

Inserir a prática de exercícios físicos com a parceria de nutricionista e educador físico dentro de área, visando contribuir para melhora da qualidade de vida e promoção de hábitos saudáveis;

Avaliar as ações aplicadas e a efetividade na prática de cuidados ofertados pelas equipes de saúde;

4. PERCURSSO METODOLÓGICO

4.1 - Tipos de Estudo, Local e período.

Trata-se de um projeto de intervenção com foco em Ações de Educação Permanente e foi fundamentado em estudo realizado em 2012 que avaliou o perfil da qualidade de saúde dos indígenas do POLO BASE DE RIBEIRA DO POMBAL-BA identificando que os casos de Pressão Arterial Sistêmica e Diabetes foram as principais causas de morbidades. A população alvo da intervenção serão as equipes multidisciplinares de saúde das comunidades indígenas do Polo Base de Ribeira do Pombal. Pretende-se avaliar, junto a essas equipes, os cuidados de prevenção ofertados aos portadores de hipertensão e diabetes mellitus.

Será utilizado como base subsidiária do estudo o histórico dos atendimentos aos pacientes jovens e idosos ocorridos nas aldeias no período de 2014 a 2016 do sexo masculino e feminino das etnias Kiriri e Tuxá.

As fontes de pesquisas bibliográficas sobre o tema foram Google Acadêmico, SCIELO e planilhas diárias das equipes, prontuários, fonte do SIASI. A intervenção acontecerá em quatro etapas sendo à primeira uma análise de dados dos prontuários, ações educativas de saúde, planilhas de atendimentos dos pacientes e uma discussão construtiva com as equipes para reorganizar o atendimento ao público e portadores das doenças crônicas citadas.

Na Segunda etapa será promovida uma reunião com os profissionais das equipes e gestores municipais e conselho de saúde indígena buscando a inserção, comprometimento e responsabilidade de todas as indivíduos para avanços na aplicabilidade das ações educativas de saúde em área indígena.

Terceira etapa aplicará as ações desenhadas pelas equipes, avaliar sua efetividade, verificar a adesão dos usuários a mudança dos hábitos alimentares buscando uma autonomia em relação ao acompanhamento da sua própria saúde.

Quarta etapa efetivará como rotina de trabalho um projeto de caminhadas em todas as aldeias, sensibilizar a todos os hábitos da alimentação saudável, incentivar os jovens a buscar atendimento nas unidades de saúde mesmo saudáveis; Além de comprometer toda equipe a inserir no plano de serviço a promoção do cuidado com todo público indígena e os portadores de HAS e DM.

5. RESULTADOS ESPERADOS

O Plano de intervenção será realizado pelas equipes multidisciplinares de saúde baseado em conhecimentos técnicos e teóricos sobre as patologias de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, no sentido de diminuir as incidências destas doenças crônicas, através de uma linha de cuidado que possa alcançar todos os usuários, ofertando-os um cuidado humanizado e atendimentos com qualidade, eficiência, compromisso e eficácia nas suas práticas diárias.

Através da linha de cuidado as equipes traçarão planos de prevenção e tratamento que esteja no alcance de todos, estes deverão se comprometer com a comunidade realinhando atividades que provocam os pacientes acometidos por tais doenças, impactando também nas pessoas que ainda não são portadores de HAS e DM no sentido de ofertar uma promoção e prevenção a saúde avaliando e diminuindo os agravos futuros.

Com a implementação deste plano que acontecerá através de rodas de conversas, palestras, vídeos, parcerias com educador físico voluntário com objetivo de incentivar a prática da caminhada livre dentro das áreas, afastando o sedentarismo e outros riscos da vida dos jovens e idosos, alguns já acometidos por tais doenças, inserção da nutricionista dentro das equipes para dar um apoio ao bom hábito alimentar na vida destas pessoas, fortalecimento nas parcerias do NASI e NASF com encontro no mínimo uma vez ao mês para avaliar a eficácia do plano e melhorar algo que precise, este precisa se fortalecer a cada dia.

A educação permanente deverá ser fortalecida dentro das equipes a fim de que estas sejam fontes motivadoras para população, é fundamental que o conhecimento galgado pelas equipes através das análises e discussões dos dados sirva como um impacto positivo com finalidade de diminuir e melhorar esses indicadores, afastando a população destas linhas de riscos.

Este plano servirá como ele para manter as parcerias juntos com os gestores do Distrito Especial de Saúde Indígena e municipal para fortalecer e garantir aos indígenas uma assistência voltada para prevenção das doenças, promoção à saúde, reabilitação e tratamentos como preconizado pela lei nacional dos povos indígenas. Assim os pacientes irão entender e identificar os sintomas antes que estes se agravem.

O importante para fortalecer este plano é o envolvimento de todos os membros das equipes como: AIS, Técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas e voluntários presentes.

Este fortalecimento das atividades educativas dentro das áreas indígenas servirá para sensibilizar cada participante afastando-os do uso excessivo do álcool, tabagismo, sedentarismo e ansiedades principalmente do público jovem. O Ministério da Saúde oferece várias fontes de estudos como: cartilhas, sites, folhetos, revistas entre outros, para servir de ponte para buscar e aplicar um conhecimento embasado nas atividades diárias, a atenção básica deverá ser o primeiro passo para se ofertar uma saúde de qualidade dentro das comunidades.

Firmar compromisso com todas as equipes multidisciplinares para a prática dos exercícios físicos como as caminhadas, adesão de melhor hábito alimentar incentivando a praticidade nas atividades diárias entre outras práticas, será um avanço dentro das áreas dos povos kiriri e Tuxá-Banzaê, devido o grau de ansiedade e sedentarismo que estes vivem.

Através da aplicabilidade deste plano as equipes se sentirão seguras e embasadas, a comunidade irá se sentir mais acolhidas dentro das comunidades e Unidades de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

O objetivo deste projeto de intervenção nas áreas indígenas dos povos kiriri e Tuxá-Banzaê é instrumentalizar as EMSI para o desenvolvimento de ações de prevenção a hipertensão arterial e diabetes melittus junto à população atendida pelo Polo Base de Ribeira do Pombal. Com isso embasar as equipes com novas técnicas e emponderar-los com novos conhecimentos teóricos e práticos, a fim de capacitar e fortalecer a educação permanente nas equipes como rotina das suas atividades diárias.

Para fortalecimento deste projeto será inserido e intensificado as caminhadas nas aldeias, oficina de bons hábitos alimentares, hortas comunitárias, rodas de conversas nas unidades e em outros locais que os indígenas costumam frequentar; essas ações serão planejadas, executadas e avaliadas, assim as equipes irão realinhando as ações e melhorando dando visibilidade e bons resultados nas comunidades indígenas.

O reconhecimento da estratégia da Educação Permanente como importante meio para fortalecimento da formação das equipes de saúde com vistas à implantação de ações de prevenção promoção e cuidados em saúde. Outro destaque é a possibilidade de cuidado desses agravos no nível da Atenção Básica terão um suporte para planejar o processo de trabalho, organizar suas ações de saúde, aplicar suas práticas adquiridas em grupos e avalia-las com objetivo de melhorar a cada dia. Assim como a intensificação da busca ativa aos pacientes faltosos, diminuindo adoecimento dentro das áreas indígenas.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma proposta de ação estratégica que visa a contribuir para transformar e qualificar: a atenção à saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos, as práticas de saúde e as práticas pedagógicas. A implantação desta Política implica em trabalho articulado entre o sistema de saúde (em suas várias esferas de gestão) e as instituições de ensino,

colocando em evidência a formação e o desenvolvimento para o SUS como construção da Educação Permanente em Saúde: agregação entre desenvolvimento individual e institucional, entre ações e serviços e gestão setorial e entre atenção à saúde e controle social (MINISTERIO DA SAÚDE, 2004).

O aumento da incidência e prevalência das doenças hipertensão arterial e diabetes melittus dentro das aldeias não depende apenas do cuidado e assistência ofertado pelas equipes, nem tampouco do usuário; Este é um problema multifatorial que vem herdado há anos devido às dificuldades sócio político e econômicos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandeira, Maria de Lourdes. Os Kariris de Mirandela: um grupo indígena integrado. Salvador: UFBA, 1972. 172 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica e a Saúde da Família. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php> [último acesso em 18/09/16]

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Brasília: Ministério da Saúde. Brasília; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.

Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p. (Cadernos de Atenção Básica; 14) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad14.pdf[2]

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad15.pdf[3]. Instituto Socioambiental | Povos Indígenas no Brasil, acessado em: 28/07/2017.