

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

MILEYDY IBARRA CARBONELL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES
MELLITUS) EM USUÁRIOS DA ESF JOÃO JOSÉ PEREIRA LYRA DO
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS**

**UNIÃO DOS PALMARES - ALAGOAS
2016**

MILEYDY IBARRA CARBONELL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES
MELLITUS) EM USUÁRIOS DA ESF JOÃO JOSÉ PEREIRA LYRA DO
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS.**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Margarete Pereira Cavalcante

**UNIÃO DOS PALMARES - ALAGOAS
2016**

MILEYDY IBARRA CARBONELL

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DOENÇAS CRÔNICAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL, DIABETES
MELLITUS) EM USUÁRIOS DA ESF JOÃO JOSÉ PEREIRA LYRA DO
MUNICÍPIO UNIÃO DOS PALMARES, ALAGOAS**

Banca Examinadora

Examinadora 1: Profª Drª Margarete Pereira Cavalcante - UFAL

Examinador 2 – Profª Drª Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte/MG, em de de 2016.

“Tudo tem seu tempo e até certas manifestações mais vigorosas e originais entram ou saem de moda. Mas a sabedoria tem uma vantagem: é eterna”.

(Baltasar Gracián)

RESUMO

Doenças não transmissíveis como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna mais crítico. Este trabalho se justifica pela alta incidência de descompensações por hipertensão arterial e diabetes mellitus na comunidade da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família João José Pereira Lyra do Município União dos Palmares, estado de Alagoas, sendo a principal causa de consultas na Unidade Básica de Saúde. Levando em conta que a educação e o conhecimento sobre sua doença, evitam significativamente o aparecimento de complicações, este trabalho objetiva ser um projeto de intervenção na realidade com vistas à redução da incidência de descompensações por hipertensão arterial e diabetes mellitus em usuários diagnosticados pela equipe de Saúde da Família da ESF João José Pereira Lyra do município União dos Palmares. Com esta intervenção sistematizada espera-se que a Equipe de Saúde da Família possa incrementar gradualmente suas ações de promoção da saúde, que são o foco da Estratégia de Saúde da Família.

Palavras-chave: Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; Descompensação.

ABSTRACT

Noncommunicable diseases such as hypertension and diabetes mellitus, now make up two-thirds of all deaths in the world due to the aging population and the spread of risk factors associated with globalization and urbanization. The control of risk factors such as smoking, physical inactivity, poor diet and excessive use of alcohol becomes more critical. This work is justified by the high incidence of decompensation due to hypertension and diabetes mellitus in João José Pereira Lyra Family Health Strategy coverage area of community the city União dos Palmares, Alagoas state, being the main cause of consultation in primary care unit. Taking note that education and knowledge about their disease, significantly prevent the onset of complications, this study aims to be an intervention project in reality in order to reduce the incidence of decompensation due to hypertension and diabetes mellitus in users diagnosed by team health FHS Family João José Pereira Lyra the União dos Palmares city. With this systematic intervention it is expected that the Health Team Family can gradually increase their health promotion actions, which are the focus of the Family Health Strategy.

Keywords: Arterial hypertension; Diabetes mellitus; Decompensation

LISTA DE SIGLAS

BIREME:	Biblioteca Regional de Medicina.
BVS:	Biblioteca Virtual de Saúde.
CAPS:	Centro de Atenção Psicossocial.
CEO:	Centro de Especialidade Odontológica.
CTA:	Centro de Testagem e Aconselhamento.
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCNT:	Doenças Crônicas Não Transmissíveis.
DCV:	Doença Cardiovascular.
DM:	Diabetes Mellitus.
ESF:	Equipe de Saúde Familiar.
IBGE:	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH-M:	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
HAS:	Hipertensão Arterial Sistêmica.
UBS:	Unidade Básica De Saúde.
NASF:	Núcleo De Apoio A Saúde Da Família.
PACS:	Programa Agentes Comunitários de Saúde.
PES:	Método do Planejamento Estratégico Situacional.
SB:	Saúde Bucal.
SCNES:	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.
SF:	Saúde Familiar.
SIAB:	Sistema de Informação a Atenção Básica.
SciELO:	Scientific Eletronic Library On-Line
US:	Sistema Único de Saúde.
UBS:	Unidade Básica De Saúde.
VIGITEL:	Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Pontuação aos problemas descritos.

Quadro 02 - Operações sobre o “nó crítico 01” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Quadro 03 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Quadro 04 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema : Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Quadro 05 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	17
3. OBJETIVOS	18
4. METODOLOGIA	19
5. REVISÃO DE LITERATURA	20
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	33

1. INTRODUÇÃO

1.1. Dados Histórico-culturais e Demográficos

União dos Palmares é um município do estado de Alagoas e cidade polo da região da Zona da Mata. Encontra-se localizado às margens do Rio Mundaú e tem uma superfície territorial de 254,13ha, correspondente a 2.541,3km². A sede municipal se limita ao norte com a Serra da Laje; ao sul com a Usina Laginha; a leste com a Serra dos Frios; e a oeste com a Serra da Barriga. A cerca de 70 quilômetros da capital, Maceió, faz parte da microrregião Serrana dos Quilombos. Faz limites com Santana do Mundaú, São José da Laje, Iateguara, Branquinha e Joaquim Gomes, com uma população de 62.358 habitantes, segundos dados do IBGE (2010). União dos Palmares está localizada na 7ª Coordenadoria de Ensino. e sua densidade demográfica é de 145,76hab/km² com o número aproximado de 15.930 domicílios e famílias. É considerada uma das principais cidades de Alagoas, conhecida por ser "A Terra da Liberdade", já que foi nela, mais precisamente na Serra da Barriga, que foi dado o primeiro grito de liberdade, por Zumbi dos Palmares. Cidade rica em história e banhada pelo lendário rio Mundaú foi nela que nasceu o poeta Jorge de Lima.

União dos Palmares é considerado um dos mais antigos municípios de Alagoas. Os primeiros indícios de presença humana datam do final do Século XVI, quando os negros fugitivos dos engenhos de açúcar dos atuais estados de Alagoas e Pernambuco chegaram à Serra da Barriga, onde instalaram a sede do Quilombo dos Palmares. Esta foi a primeira tentativa de vida livre promovida pelos trabalhadores africanos nas Américas, surgindo por volta de 1580, durando até 1695, ano em que foi morto Zumbi, seu principal líder, pelas forças comandadas pelo bandeirante Domingos Jorge Velho.

Tinha uma extensão média de 200 km², englobando terras da zona da mata dos atuais Pernambuco e Alagoas. Inicialmente, quando sede do Quilombo, a localidade chamava-se Cerca Real dos Macacos, provavelmente em referência ao Riacho dos Macacos. Por volta de 1730, o português Domingos de Pino chegou à região, onde construiu uma capela dedicada a Santa Maria Madalena. Daí, o primeiro nome oficial do lugar: Maria Madalena.

Já no Império, quando da visita da Imperatriz Leopoldina, mudou-se o nome para Vila Nova da Imperatriz, em 1831, quando a vila ganha autonomia administrativa, após desmembrar-se do município de Atalaia. Assim chamou-se até meados do Século XIX. Em 1889, recebe através de Decreto de Lei a condição de cidade e passa a chamar-se União pelo decreto de 25 de setembro de 1890. Essa mudança de nome se deve à união ferroviária entre Alagoas e Pernambuco. Contudo, o nome definitivo da cidade só veio a ser dado em 1944, quando houve o acréscimo de Palmares ao nome da cidade, em homenagem ao Quilombo dos Palmares.

A Serra da Barriga, principal palco do famoso Quilombo dos Palmares, hoje declarada Patrimônio Histórico do Brasil, está a cerca de 6 km da sede do atual município de União dos Palmares.



Figura 1. Imagem simbólica de Zumbi dos Palmares.

Foto de Amanda Medeiros

Por ser a terra natal de Jorge de Lima, o príncipe dos poetas alagoanos, dedica um museu à sua memória, a Casa Jorge de Lima (foto abaixo).



Figura 2. Casa de Jorge de Lima. Foto de Amanda Medeiros

A cidade comemora como um dos principais eventos a A procissão do Mastro e o tradicional bloco Os Carroceiros do Amor, a Festa da Padroeira, Santa Maria Madalena (janeiro e início de fevereiro), a Festa do Milho (junho, coincidindo com as populares festas juninas), a Festa da Consciência Negra (20 de novembro, dia da morte de Zumbi dos Palmares) e a Corrida Palmarina do Jumento Alagoano (último domingo de dezembro).

Em relação à sua organização espacial, União dos Palmares se encontra dividida em 16 bairros, quais sejam, Centro, Presidente Kennedy, Alto do Cruzeiro, Presidente Costa e Silva, Nossa Senhora de Fátima, COHAB, Abolição, Santa Maria Madalena I e II, Nossa Senhora das Dores (Vaquerjada), Várzea Grande, Santa Fé, Sagrada Família (Mutirão), Padre Donald, Demócrito Gracindo (Ponte), Francisco Correia Vianna (Jatobá), Taquari e Roberto Correia de Araújo. Contudo, convém ressaltar que a última enchente ocorrida em 2010 provocou significativas transformações na organização espacial da cidade, haja vista a destruição de dois bairros periféricos: Francisco Correia Viana e Demócrito Gracindo e a construção de novos bairros nos limites da mancha urbana da cidade. Os conjuntos residenciais destinados aos desabrigados estão sendo construídos próximos a BR 104.

Nesse contexto, o plano diretor da cidade, no intuito de apresentar os problemas estruturais do espaço urbano palmarino, estabeleceu quatro macrozonas de planejamento, quais sejam: a área de urbanização consolidada, a área de recuperação urbana, a área de restrição à urbanização e a área de expansão territorial urbana.

União dos Palmares tem uma área urbana a qual é formada pelo centro da cidade e pelos demais bairros centrais; é a que dispõe de melhor estrutura urbana, sendo composta pelas redes de serviços e comércio, incluindo a feira livre. A “Área de Recuperação Urbana” abrange as áreas mais distantes do centro da cidade e apresenta as condições mais precárias de urbanização, de infraestrutura, equipamentos e serviços. A “Área de Restrição a Urbanização”, compreende as margens da BR-104 e da estrada de acesso ao norte da cidade, áreas próximas à fazenda Serra da Laje. Contudo, em razão da demanda por novas áreas para expansão, nesta área de restrição se encontra o Bairro Santa Maria Madalena, um grande bairro periférico que é onde estão sendo construídos um condomínio de classe média baixa e os conjuntos populares para os desabrigados da cheia. E por último há a “Área de Expansão Territorial Urbana”, que compreende os perímetros

urbanos das Fazendas Serra da Laje e Frios. Esta última vem sendo ocupada, sobretudo, pelas famílias mais abastadas da cidade.

A cidade de União dos Palmares apresenta um expressivo processo de segregação sócio espacial, onde dos 16 (dezesesseis) bairros que a integram, 11 (onze) são considerados periféricos. Periferias aqui compreendidas não apenas por serem as áreas imediatas ao centro, mas pela falta de infraestrutura e serviços que caracterizam o lugar de moradia da população de menor renda.

No atual período histórico, portanto, a organização espacial da cidade de União dos Palmares é caracterizada pela desigualdade e exclusão, apresenta bairros centralizados, que abrigam em sua maioria a população de maior poder aquisitivo, e bairros periféricos, que se apresentam como o lugar de moradia de cerca de 60% dos seus habitantes pobres. Distribuída, sobretudo, na periferia do espaço urbano de União dos Palmares, a população urbana palmarina se encontra residindo 40% nos bairros centrais e 60% em seus bairros periféricos, cuja maior concentração é no bairro Roberto Correia de Araújo, com mais de oito mil pessoas.

União dos Palmares, a exemplo de outros municípios brasileiros, assistiu a expansão da sua área urbana em decorrência, principalmente, do processo de migração rural. A atual organização espacial da cidade reflete o processo de expansão da produção de cana de açúcar, promovida pela usina Laginha na década de 1970, que expulsou os pequenos e médios produtores rurais para a cidade. No município existem 13.294 domicílios particulares permanentes, dos quais 9.606 (72,30%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 5.637 (47,90%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 09 (70,70%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 2.895 (21,80%) são abastecidos por poço ou nascente e 997 utilizam outras formas de abastecimento (7,50%). Apenas 9.375 (70,50%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população. % de recolhimento de esgoto por rede pública:64,10%

Os números revelam que das 50.299 pessoas de 10 anos ou mais de idade, 23.516 (46,75%) encontravam-se sem rendimento nominal mensal e que 20.757 (41,26%) possuíam renda inferior a um salário mínimo. Os que recebiam acima de 10 salários constituíam apenas 74 pessoas (0,14%). (IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas do município união dos palmares são: Agricultura, comércio, construção civil, setor industrial e setor de serviços.

O município apresenta péssimos indicadores sociais, a saber: O Índice de Pobreza no município é de 60,57% (IBGE, 2010), o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) é de 0,600 (IBGE, 2000), o Índice de Exclusão Social é de 0,481 e o Índice de Desigualdade é de 0,024 (IPEA, 2007).

A análise indica que a pobreza materializada nos lugares, resulta da perversidade sistêmica que diz respeito a uma desigualdade estrutural. Essa situação contemporânea advém da atuação dos agentes hegemônicos que ao utilizarem o território, explorando os lugares, aumentam a desigualdade e a pobreza, fenômenos que caracterizam intensamente a configuração territorial da cidade de União dos Palmares.

De acordo com o Censo de 2011, do IBGE, a taxa de crescimento anual foi de 1% ao ano, apresentando uma densidade demográfica de 153,84 hb./km². A taxa de escolarização atingiu 30,4%, enquanto que a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza chegou a 41,26%. Em relação ao índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo no Brasil, foi de 0,62. Cabe destacar que o percentual da população usuária da assistência à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) foi de 52,50%.

1.2. Dados do Sistema Local de Saúde

Em relação ao sistema local de saúde, existem:

Rede Básica:

- Centros de Saúde: 09
- Policlínica: 02
- 19 Equipes de Saúde da Família (ESF),
- 01 equipe de Saúde Bucal (SB),
- 02 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF),
- 01 Centro de Especialidade Odontológica (CEO),
- 01 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)

Dados de cobertura populacional:

- Equipe Estratégia Saúde Familiar (ESF): 52,64

- Equipe de Saúde Bucal (ESB): 46,79
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS): 100,00

Fonte: SIAB (2012) e do IBGE (2012).

Redes de Média e Alta Complexidade:

- Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): 01
- Hospitais: 02
- Leitos hospitalares: 217, sendo:
 - Leitos obstétricos: 118;
 - Leitos pediátricos: 41;
 - Leitos clínicos: 30
 - Leitos cirúrgicos: 28;
- Leitos por habitantes: 1.99

Fonte: SCNES (2012)

Recursos Humanos em Saúde:

- Médicos: 159 atuando como: Clínico Geral, Médico de Família Cirurgião Geral, Anestesiologista, Ginecologista, Obstetra, Pediatra, Psiquiatra, Radiologista e outras especialidades, alguns contratados outros concursados.
- Dentistas: 29,
- Agentes Comunitários de Saúde: 178

Recursos da comunidade:

Existe 01 posto de saúde pertencente a um a comunidade rural onde há muitas igrejas na área de abrangência, com luz elétrica, água e telefonia.

A Unidade Básica da Saúde da Família João José Pereira Lyra, alvo deste estudo abrange 565 famílias e 1936 habitantes, possuindo um nível de alfabetização de 43.7% e 30% de pessoas empregados. Na área de abrangência da Unidade Básica da Saúde da Família João José Pereira Lyra as pessoas vivem em precária situação de pobreza sendo a principal fonte de trabalho o comércio e a agricultura concentrada em usinas de cana de açúcar que são desativadas sazonalmente. Atualmente há muitos trabalhadores em desemprego.

As principais causas de morte são: acidentes automobilísticos e de motos sendo esta a principal causa de morte, doenças crônico-degenerativas, atos violentos e doenças infectocontagiosas. Registram-se também pessoas que estão desaparecidas desde a enchente em 2010.

A Unidade Básica da Saúde da Família João Jose Pereira Lira Filho encontra-se localizada na usina de cana de açúcar Laginha, na zona rural do município com uma extensão ao povoado Timbó para o melhor acesso à USF das pessoas que vivem em regiões mais afastadas. O horário de funcionamento da Unidade é das 07h às 16h. Conta com 01 médico, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 técnica de enfermagem, 01 técnica em odontologia, 01 digitadora e 07 agentes de saúde, perfazendo um total de 13 trabalhadores com um horário de trabalho de 08 horas. Em seus aspectos físicos a USF tem 150 metros quadrados divididos em 01 consultório, 01 recepção, 01 sala de digitador, 01 farmácia, 01 sala de vacina, 01 sala de curativo, 01 sala de observação, 01 enfermaria, 01 consultório de odontologia, 01 refeitório, 01 sala de esterilização, 01 cozinha e 01 lavanderia.

2. JUSTIFICATIVA

Os problemas de saúde que mais chamam a atenção dos profissionais da USF na área de abrangência são: alto índice de descompensação em usuários portadores de doenças crônicas, alta incidência de doenças parasitárias, baixo nível de cultura de hábitos higiênicos, de alimentação e sanitária em geral, baixo índice de realização de coleta de material para prevenção de câncer do colo de uterino, alto índice de desemprego, baixo nível de atos preventivos do câncer de próstata e o alto índice de consumo de álcool e drogas.

A realização deste trabalho se justifica pela alta incidência de hipertensão arterial e diabetes mellitus dentre as doenças crônico degenerativas na comunidade: a descompensação dos usuários portadores destas doenças são a principal causa de consultas na Unidade de Saúde da Família. Sabe-se que a educação para a saúde e o conhecimento das causas destas doenças, bem como dos fatores sociais, culturais e econômicos que as causam, poderiam impactar no aparecimento de complicações.

Toda a equipe da USF participou do levantamento e da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para desenvolver um Projeto de Intervenção, portanto a proposta é viável.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- Elaborar um Projeto Intervenção com vistas à redução da incidência de descompensações das doenças crônicas (hipertensão arterial e diabetes mellitus) em usuários assim diagnosticados pela equipe de Saúde da Família na UBS João José Pereira Lyra do Município União dos Palmares, Alagoas.

Objetivos Específicos:

- Determinar as principais causas das descompensações de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes Mellitus, em nossa população.
- Melhorar a qualidade de vida dos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus em nossa área de abrangência.

4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme preconizado por Campos, Faria e Santos (2010). As etapas do PES foram seguidas desde a identificação dos problemas até a elaboração do plano operativo e isto está descrito no capítulo 6. Proposta de Intervenção.

O embasamento teórico da proposta foi feito com revisão de literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de Bibliotecas Virtual em Saúde (BVS), na base de dados do *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) norteada pelos seguintes descritores: Hipertensão arterial; Diabetes mellitus; Descompensação.

5. REVISÃO DE LITERATURA

As doenças crônicas constituem problema de saúde de grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes. Hoje, são responsáveis por 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano 2020, serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a adesão aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (OMS, 2003).

Diabetes melittus (DM) e hipertensão arterial (HA) atingem, respectivamente, 6,3% e 23,3%, dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011d). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no Sistema Único de Saúde - SUS (OPAS, 2010).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT et al., 2011).

A HAS é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo Duncan, Schmidt e Giugliani (2006):

“A HAS além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos” (p.82).

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da

pressão arterial a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Segundo a A Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes do DAB. Departamento de Atenção Básica a prevalência média de HAS autorreferida na população acima de 18 anos, é de 22,7%, sendo maior em mulheres (25,4%) do que em homens (19,5%). A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. Entre as mulheres, destaca--se a associação inversa entre nível de escolaridade e diagnóstico da doença: enquanto 34,4% das mulheres com até 08 anos de escolaridade referiam diagnóstico de HAS, a mesma condição foi observada em apenas 14,2% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade. Para os homens, o diagnóstico da doença foi menos frequente nos que estudaram de 9 a 11 anos (BRASIL, 2012).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o usuário hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do usuário em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao usuário hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de usuários hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (BRASIL, 2006).

Dados do VIGITEL, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, Brasil 2011, evidenciam que:

“a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com

baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50%”.

Em outro trecho, os dados do VIGITEL, Brasil 2011 apontam que:

“O DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com 6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%)”.

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995 atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o percentual de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006).

Segundo Ferreira (2010), em termos mundiais, 135 milhões apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030, sendo que dois terços habitarão países em desenvolvimento (1,2), como mostra a figura abaixo.



World Health Organization. Diabetes programme. Facts and figures. Prevalence data.
http://www.int/diabetes/facts/world_figures/en/

Figura 3. Evolução da População Diabética no Mundo

Fonte: www.int/diabetes/facts/world_figures/en/. WHO. Acesso: em 20 de dezembro de 2015.

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

O cuidado integral ao usuário com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o usuário a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

Segundo Santos e Teixeira (2011) o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica cuja gravidade é decorrente do mau controle metabólico levando às complicações crônicas, tornando os meios para controlá-la muito onerosos, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, como também, para o sistema de saúde. Dessa forma, há necessidade de estabelecer políticas públicas voltadas para a criação de mecanismos que minimizem tanto o aparecimento quanto o agravamento da doença, com o intuito de reduzir os custos advindos da falta de detecção precoce e das complicações agudas e crônicas relacionadas às dificuldades de controle metabólico no DM.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

Por meio de reuniões da equipe, os passos do PES foram seguidos o que será descrito a seguir:

Seleção do Problema: Numa primeira aproximação, levou-se em conta o diagnóstico situacional de minha área de abrangência, considerando nos problemas a distribuição dos pontos conforme sua urgência e a capacidade de enfrentamento dos mesmos pela equipe responsável. Os problemas foram enumerados por ordem de prioridade como a seguir:

- 1 - Alto índice de descompensação em usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus.
- 2 - Alta incidência de doenças parasitaria.
- 3 - Baixo nível de cultura higiênica alimentar e Sanitária
- 4 - Baixa quantidade de coleta de prevenção de câncer do colo de uterino.
- 5 - Alto índice de desemprego.
- 6 - Alto índice de consumo de álcool e drogas.
- 7- Baixa procura pelas ações de prevenção do câncer de próstata.

O Quadro 01 a seguir mostra a pontuação que cada problema recebeu da equipe:

Quadro 01 - Pontuação dos problemas identificados

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de descompensação em usuários com doenças crônicas.	Alta	6	Parcial	1
Alta incidência de doenças parasitaria	Alta	6	Parcial	2
Baixo nível de cultura higiênica (alimentar e sanitária)	Alta	6	Parcial	4
Baixa quantia de coleta de prevenção de câncer do colo de uterino.	Alta	6	Parcial	5
Alto índice de desemprego	Alta	6	Parcial	7
Alto índice de consumo de álcool e drogas	Alta	6	Parcial	3
Baixa procura pelas ações de prevenção do câncer de próstata	Alta	4	Parcial	6

A partir daí a equipe elegeu a elevada incidência de descompensações por hipertensão arterial e diabetes mellitus como problema prioritário e nele intervir sistematicamente.

Caracterização de problema:

Doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão arterial e diabetes mellitus, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se tornam mais críticos.

Descrição de problema selecionado:

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco, associados ao desenvolvimento de descompensação das DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis (número de usuários com descompensação de hipertensão arterial e diabetes mellitus, e fatores de risco como: tabagismo, obesidade e dislipidemia). Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados de usuários hipertensos e diabéticos, com descompensações frequentes associadas a fatores, os quais estão escritos no decorrer do texto.

Os nós críticos da elevada incidência de descompensações pelas DCNT: hipertensão arterial e diabetes mellitus na área de abrangência da USF são:

- 1- Baixo nível de informação sobre HAS e DM.
- 2- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 3- Deficiente acompanhamento de usuários com HAS e DM.
- 4- Abandono do tratamento anti-hipertensivo e hipoglicemiante em usuários com HAS e DM respectivamente.

Para cada um dos nós críticos identificados e relacionados ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL, foram previstas ações estratégicas, segundo os Quadros 02, 03, 04 e 05, a seguir:

Quadro 02 - Operações sobre o “nó crítico 01” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação sobre HAS e DM.
Operação	Elevar os conhecimentos sobre a HAS e a DM
Projeto	Saiba mais sobre HAS e DM
Resultados esperados	Elevar os conhecimentos sobre a HAS e a DM
Produtos esperados	Reprodução de Material audiovisual sobre HAS e a DM Reprodução de Material audiovisual sobre HAS e a DM Programa de informação á população geral e de risco sobre a HAS e a DM Propaganda educativa pela radio e jornal municipal. Reprodução de Material audiovisual sobre HAS e a DM
Atores sociais/ responsabilidades	Secretário de Saúde e Setor de comunicação social
Recursos necessários	Cognitivo: conhecimentos de estratégias de comunicação e pedagogia. Capacitar a equipe de saúde sobre a HAS e a DM. Político: Mobilização social e articulação intersetorial. Organizacional: Organizar a agenda política.
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes, rádio e jornal local. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	Controle do secretário municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção
Ação estratégica de motivação.	Apresentar o Projeto de intervenção Educativa.
Responsáveis	Médico, Enfermeira, Equipe de Saúde da Família.
Cronograma/Prazo	Início em três meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente

Quadro 03 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida.
Projeto	Alimente-se bem, pratique exercício físico.
Resultados esperados	Incentivar á pratica de exercícios físicos. Modificar hábitos alimentares.
Produtos esperados	Programa caminhada saudável. Folhetos informativos sobre alimentação saudável e exercício. Aeróbicos e bailo terapia a ser realizada três vezes por semana no ginásio escolar. Reportagem no jornal local sobre alimentação saudável Programa merenda saudável. Palestras sobre alimentação saudável.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretário de Saúde, Setor de comunicação social e NASF
Recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de projeto de linha de cuidado. Organizacional: Mas para caminhadas. Político: Local para exercícios. Mobilização social e intersetorial com a rede financeira para recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Recursos críticos	Político: local para exercícios, mobilização social Intersetorial. Conseguir o espaço na radio local. Financeiro: para local para realização de exercícios, recursos audiovisuais, folhetos educativos etc.
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	o secretario municipal de saúde motivado para o projeto de intervenção.
Ação estratégica de motivação.	Apresentar o Projeto de intervenção educativa.
Responsáveis	Profissional de Educação Física, Nutricionista e Equipe de Saúde da Família.
Cronograma/Prazo	Início em dois meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente

Quadro 04 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema : Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Nó crítico 3	Deficiente acompanhamento de usuários com HAS e DM.
Operação	Orientar a importância do acompanhamento dos usuários portadores de hipertensão arterial.
Projeto	Brinda mais saúde.
Resultados esperados	Oferta aumentada de consultas, exames e medicamentos.
Produtos esperados	Capacitação pessoal da equipe de saúde sobre as doenças HAS e DM e Contratação de pessoal especializado e recursos de laboratório. Mantimento da linha de cuidado para usuários portadores de HAS e DM e Compra de medicamentos
Atores sociais/ responsabilidades	Secretária de Saúde.
Recursos necessários	Organizacional: realizar o fluxo para o rastreamento dos usuários, com participação da equipe multiprofissional. Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde e elaboração do projeto de adequação. Político: Aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Recursos críticos	Político: Mobilização social. Financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	Controla o secretário municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção.
Ação estratégica de motivação.	Mostrar a importância do diagnóstico.
Responsáveis	Técnico de enfermagem, Enfermeiro e Equipe de Saúde da Família.
Cronograma/Prazo	Início em dois meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente

Quadro 05 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema: Alto índice de descompensações em usuários com doença hipertensiva e diabetes mellitus na equipe da ESF José João Pereira Lyra do município União dos Palmares/AL.

Nó crítico 4	Abandono do tratamento anti-hipertensivo e hipoglicemiante em usuários com HAS e DM respectivamente.
Operação	Orientar sobre a importância de realizar o tratamento da HAS e DM e as complicações do abandono do tratamento.
Projeto	Controle sua doença.
Resultados esperados	Compensar as cifras de PA e glicemia em usuários portadores de HAS e DM.
Produtos esperados	Medição de pressão arterial. Realizar exames de glicemia em jejum e lipidograma.
Atores sociais/ responsabilidades	Secretária de Saúde Laboratório de análises clínica municipal.
Recursos necessários	Organizacional: realizar o fluxo para o rastreamento dos usuários, e aumento das visitas domiciliares a usuários com DM e HAS com participação da equipe multiprofissional. Cognitivo: Capacitação da equipe de saúde na medição da pressão arterial e medição de glicose capilar. Político: Apoio da secretaria municipal de saúde e da prefeitura para a realização do projeto. Liberação de recursos para a realização dos exames.
Recursos críticos	Políticos: Apoio da secretaria municipal de saúde e da prefeitura para a realização do projeto. Financeiros: Liberação de recursos para a realização dos exames.
Controle dos recursos críticos/ viabilidade	Controla o secretário municipal de saúde motivado pelo projeto de intervenção.
Ação estratégica de motivação.	Mostrar a importância do diagnóstico.
Responsáveis	Técnico de enfermagem. Técnico de laboratório. Equipe de Saúde da Família.
Cronograma/Prazo	Início em três meses, duração indefinida.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Será acompanhada pela equipe de saúde e avaliada sistematicamente

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A resolutividade da problemática saúde vai além das competências da gestão devido a sua complexidade, dimensão e fatores intercorrentes. Todavia, novas formas de abordagens das ações de rotina podem permitir uma melhoria no atendimento da população e, conseqüentemente, do processo de saúde como um todo. A integração das atividades da UBS João José Pereira e da Atenção Básica permitirá um entendimento da problemática real e as melhores formas de intervenção, com a participação de todos os envolvidos, com propostas articuladas para obtenção de melhores níveis de saúde e de um novo modelo de atenção.

Diante da realidade encontrada é necessário aumentar o grau de conhecimento da população sobre a importância do controle da hipertensão arterial e diabetes; cadastrar os clientes portadores de DM e HAS no PSF e encaminhar as fichas para cadastro na Secretaria de Saúde e certificar-se que está sendo realizado o mesmo, garantir acesso dos hipertensos e diabéticos a serviços básicos de saúde, com resolubilidade; e incentivar políticas e programas comunitários. Nessa perspectiva, o primeiro passo é a educação em saúde na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudança de hábitos e transformação no modo de viver. Essa atividade educacional deve ser realizada de forma contínua por meio de ações individualizadas, elaboradas para atender às necessidades específicas de cada usuário, de modo a ser mantido ao longo do tempo, como também, desenvolver trabalhos em grupos pela equipe multiprofissional, de usuários e equipes de saúde, os quais podem ser úteis para a troca de informações, favorecendo o esclarecimento de dúvidas e atenuando ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

Essas ações educativas devem ser desenvolvidas com os usuários, seus familiares e a comunidade por meio de recursos que vão desde o contato individual até a utilização de fontes de informação coletiva, como folhetos, reuniões, palestras, peças teatrais, vídeos e músicas educativas. Outro aspecto fundamental para o sucesso do programa é o treinamento de profissionais buscando sensibilizá-los para a importância do trabalho; como também a participação em projetos de pesquisa, e a criação de amigos de hipertensos 33 constituindo assim, estratégias que podem aumentar a adesão do usuário ao tratamento instituído.

Os hipertensos e diabéticos que abandonaram o programa devem ser contatados para a identificação dos elementos dificultadores e para nova inserção no atendimento; também deve ser realizado um fluxograma de atendimento e de informação aos usuários sobre a rotina de atendimento, para maior compreensão e maior adesão; assim como reuniões entre equipes para a troca de experiências e desenvolvimento de estratégias para a melhoria de atuação junto aos usuários.

Como a hipertensão e diabetes são doenças multifatoriais, que envolvem orientações voltadas para vários objetivos, seu tratamento poderá requerer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Sendo assim, a formação de uma equipe multiprofissional irá propiciar essa ação diferenciada. O trabalho em equipe multiprofissional poderá dar aos usuários e à comunidade motivação suficiente para vencer o desafio de adotar atitudes que tornem as ações efetivas e permanentes, sendo assim poderá ser abordada uma maior quantidade de indivíduos que, com as diferentes abordagens, a adesão ao tratamento será nitidamente superior, o número de usuários com pressão arterial e níveis glicêmicos controlados e adotando hábitos de vida saudáveis será maior; tendo cada usuário como multiplicador de conhecimentos sobre tais hábitos.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/09/VIGITEL-SAUDE-SUPLEMENTAR_2011.pdf>. Acesso em: 30 out. 2015.
- BRASIL. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão e Diabetes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/cnhd/acoes.php>>. Acesso: 17 janeiro, 2012.
- DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 82, 2006.
- FERREIRA, Sandra Roberta Gouvêa. Aspectos epidemiológicos do diabetes mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade. São Paulo: E-Book , 2010. Disponível em:<<http://www.diabetesebook.org.br/modulo-1/2-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>. Acesso em: 02 de maio, 2015.
- FORD, E.S.; GILES, W. H.; DIETZ, W. H. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: finding from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **JAMA.** v. 287, n. 3, p. 356-9, 2002.
- GALINDO, Alécio Jecem de Araújo. **Avaliação do controle clínico de hipertensos ediabéticos cadastrados no Programa de Acompanhamento da Atenção Básica (Hiperdia) no município de Arcoverde – Pernambuco.** Dissertação (mestrado profissional em saúde pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010galindo-aja.pdf>>. Acesso em: 16 novembro, 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para

condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília, 2010.
- SANTOS, E. C. B, et al. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com Diabetes mellitus: co-responsabilidades entre poder Público, profissionais de saúde e usuários, *Enferm, Florianópolis*, v. 20, n. 3, p. 461-70, jul/set, 2011.
- SCHMIDT, M. I. et al. *The Lancet*, London, v. 377, n. 11, Issue 9781, p. 1.949-1.961, 4 June 2011.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão; São Paulo:**ArgBrasCardiol**, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2006/VDiretriz-HA.pdf>>. Acesso em: 09 de janeiro, 2016.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Rio de Janeiro: **Arg BrasCardiol**, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf. Acesso em: 10 de janeiro, 2016.
-

