

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

JORGE CAPOTE ORTEGA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, POR MEIO DE AÇÕES EDUCATIVAS, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS.

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

JORGE CAPOTE ORTEGA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, POR MEIO DE AÇÕES EDUCATIVAS, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

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

Orientadora: Profa.. Dra. Paula Cambraia de Mendonça Vianna.

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS

2016

JORGE CAPOTE ORTEGA

PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR O CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO SOBRE AS CONSEQUÊNCIAS DO DIABETES MELLITUS E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, POR MEIO DE AÇÕES EDUCATIVAS, NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA SÃO SEBASTIÃO NO MUNICÍPIO DE JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS

Banca examinadora

Profa. Dra. Paula Cambraia De Mendonça Vianna - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: de 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica

LISTA DE QUADROS

- | | |
|--|----|
| Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional no PSF São Sebastião, no município de Juiz de Fora - Minas Gerais, ano 2015. | 23 |
| Quadro 2 - Descritores do problema “Baixo nível de conhecimento sobre estilo de vida saudável em pacientes com Hipertensão e Diabetes Mellitus no PSF São Sebastião, no município de Juiz de Fora - Minas Gerais, ano 2015. | 25 |
| Quadro 3 - Resultados Esperados no PSF São Sebastião, no município de Juiz de Fora - Minas Gerais, ano 2015. | 29 |

RESUMO

O objetivo do estudo é elaborar um projeto de intervenção para melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica visando à diminuição da morbimortalidade em decorrência das doenças crônicas não transmissíveis e à promoção da mudança de estilo de vida, por meio de ações educativas, no Programa Saúde da Família São Sebastião, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, junto a 56 usuários com diagnóstico de hipertensão e/ou diabetes mellitus, cadastrados no programa Hiperdia da Unidade de Saúde. Os usuários foram convidados a participar de cinco encontros informativos com profissionais da saúde. Após os encontros, os participantes participaram de uma roda de conversas para se investigar os conhecimentos obtidos e mudanças em seus estilos de vida. Constatou-se que ações preventivas e informativas têm um papel importante para a o melhoramento de sua saúde, visto que inicialmente os indivíduos não possuíam conhecimentos básicos a respeito de seu problema de saúde e após os encontros, pequenas mudanças foram realizadas. Observou-se que a educação em saúde é fundamental para instruir e motivar os indivíduos. Esse estudo pôde demonstrar a importância da informação e educação em saúde, visto que após as palestras preventivas e educativas, as pessoas se mostraram mais preocupadas com sua saúde e incentivadas a realizar mudanças em seus estilos de vida.

Palavras-Chave: Educação em saúde. Diabetes Mellitus. Hipertensão.

ABSTRACT

Develop a project of educational intervention aimed at changing the style of life in patients with hypertension and diabetes in a health care facility San Sebastian/Minas Gerais. The objective of this study was to describe the effect of a educational activity in health in patients with a diagnosis of diabetes and/or hypertension treated in a Health Unit San Sebastian/Minas Gerais. A descriptive study of a qualitative nature, along the 56 users with a diagnosis of hypertension and/or diabetes mellitus, enrolled in hiperdia program of the Health Unit. The users were invited to participate in the study and when the agreement, were interviewed initially and invited to participate in five explanatory meetings with health professionals. After the meetings, participants were again interviewed to investigate knowledge obtained and changes in their lifestyles. He finished with 56 individuals, which after analysis of the speeches it was noted that preventive and informative programs have an important role for the improvement of their health, since initially the individuals did not have basic knowledge about their health problem and after the meetings, small changes were held by the well itself. Observed that health education is fundamental to educate and motivate individuals; this study could demonstrate the importance of health information and education, since after the lectures, preventive and educational activities, people were more concerned with their health and encouraged to change their lifestyles.

Keywords: Health Education. Diabetes Mellitus. Hypertension.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 . OBJETIVOS.....	15
4 . REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	16
5 . METODOLOGIA.....	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERENCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

Na última década, foram observadas grandes alterações no padrão de mortalidade da população brasileira sendo que as doenças isquêmicas do coração e cerebrovasculares foram importantes causas de morte no país ressaltando-se que ambas estão relacionadas a fatores de risco advindos da hipertensão e diabetes descompensados.

O município de Juiz de Fora, local de realização do estudo, encontra-se localizado ao sudeste de Belo Horizonte, capital do estado de Minas Gerais. Limita-se ao norte com Ewbank da Câmara e Santos Dumont; a nordeste com Piau e Coronel Pacheco; a leste com Chácara; a sudeste com Pequeri e Santana do Deserto; ao sul com Matias Barbosa e Belmiro Braga; a sudoeste com Santa Bárbara de Monte Verde; a oeste com Lima Duarte e Pedro Teixeira; a noroeste com Bias Fortes e Santos Dumont e ainda faz limite a sudeste com o Sul Fluminense. Têm uma população de 516.247 habitantes (BRASIL, 2016).

É referência em saúde e educação, possuindo uma rede de assistência à saúde bem equipada e várias instituições de ensino superior, dentre elas a Universidade Federal de Juiz de Fora.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Juiz de Fora foi de 0,778, em 2013. O município está situado na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799), ocupando a 5^o posição no ranking dos municípios de Minas Gerais, sendo que a dimensão que mais cresceu em termos absolutos foi Educação (com crescimento de 0,117), seguida por Longevidade e por Renda (BRASIL, 2016).

Atualmente, Juiz de Fora é um importante polo industrial, cultural e de serviços, principalmente para a Zona da Mata Mineira e municípios limítrofes do Rio de Janeiro. Destaca-se na fabricação de alimentos, bebidas, produtos têxteis, artigos de vestuário, mobiliário, metalurgia, montagem de veículos e na comercialização destes e de outros produtos. Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Juiz de Fora é a quarta cidade em

população e a quinta maior economia do Estado de Minas Gerais e está entre as 100 cidades brasileiras com as melhores condições para investimentos.

1.1 O PSF São Sebastião

A unidade de Saúde São Sebastião, localizada no município de Juiz de Fora, implementa a Estratégia de Saúde da Família, com atendimento diário realizado por uma equipe multiprofissional composta por cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, três enfermeiros, três médicos, três dentistas, além de uma funcionária da limpeza. O horário de funcionamento é de 7:00 horas às 17:00 horas. Eu sou médico de cidadania cubano, graduado, em 1985, pela Universidade de La Habana, faculdade Calixto Garcia. Em 1991, me especializei em Medicina Geral Integral (MGI), atuando como médico da assistência primária em La Habana. No ano de 2003 me mudei para a Venezuela, atuando naquele país por seis anos e, ao retornar a Cuba, e em 2014 partir para o Brasil para integrar o Programa “Mais Médicos”. Ao chegar neste país, no estado do Brasília, realizei um curso preparatório de quinze dias e fui designado para trabalhar em Minas Gerais, no município de Juiz de Fora.

O PSF São Sebastião conta com uma boa estrutura física, tem uma área de recepção com assentos, sala de reunião, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltem alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de oxigênio e algum medicamento que acaba antes da renovação do estoque.

As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma condição ou incapacidade, recebem visita domiciliar realizadas pelo médico, enfermeiro, dentista e técnico em

enfermagem. Tais visitas são agendadas previamente pelas ACS que estão no dia a dia em suas respectivas micro áreas, realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário; ou por qualquer outro profissional que, em consulta, sente a necessidade junto com usuário de realizar a visita domiciliar.

No PSF São Sebastião, após fazer uma análise e discussão com a equipe de Saúde e depois de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, identificaram-se os seguintes problemas:

1. A comunidade desconhece estilos de vida saudável para o controle das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações.
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS.
3. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
4. Pouca adesão a projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas que enfoquem a promoção de saúde e prevenção de doenças.
5. Gravidez na adolescência
6. Baixa condição socioeconômica.

A equipe de saúde escolheu o problema “Intervenção educativa visando mudança de estilo de vida em pacientes com hipertensão e diabetes em unidade de saúde” porque o mesmo possui grande impacto na comunidade pelo elevado número de pacientes com hipertensão e diabetes.

Portanto, neste trabalho terei a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família (CEESF), no qual foram oferecidos vários módulos de estudos, que fizeram com que eu adquirisse subsídios para melhor entender os princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

2 JUSTIFICATIVA

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve suas origens com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no estado do Ceará/Brasil. Esta experiência exitosa favoreceu o processo de descentralização e regionalização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tornando-se, em 1991, uma política oficial do Ministério da Saúde (MS). A partir de experiências de países como Cuba, Canadá e Inglaterra, cria-se, em 1994, o PSF (BARROS *et al.*, 2010).

As abordagens dos territórios pelas equipes de saúde devem se dar por meio da realização do diagnóstico situacional de saúde. Nesta análise, são identificados os perfis de morbimortalidade da área de abrangência, como seus aspectos demográficos, os riscos e vulnerabilidades epidemiológicas e sociais, bem como as potencialidades existentes na comunidade e suas singularidades no modo de levar a vida e de promoverem a manutenção da saúde (COSTA *et al.*, 2009).

Neste trabalho tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF), no qual foram oferecidos vários módulos de estudos, que fizeram com que eu adquirisse subsídios para melhor entender os princípios norteadores da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil.

O Programa Mais Médico para o Brasil iniciou-se em março de 2014 com o objetivo de melhorar a assistência médica para a população, sobretudo a população mais carente. Foi como médico deste programa que o autor deste estudo iniciou seus trabalhos no PSF São Sebastião localizado no Bairro Santo Cândida, no município de Juiz de Fora/Minas de Gerais.

O total de pessoas atendidas nesta Unidade Básica de Saúde (UBS) é de 2655 pessoas, distribuídos em 667 famílias. Deste total, 283 são hipertensos (10,6%) e 63 são diabéticos (2,3 %).

Neste contexto, foi proposto um projeto de intervenção educativa para aperfeiçoar o conhecimento da população atendida pela UBS São Sebastião sobre as consequências do diabetes e hipertensão descompensadas.

Mudanças no estilo de vida como a dieta e realização de exercícios aeróbicos já demonstraram benefícios no manejo da glicemia e da hipertensão.

O desenvolvimento de ações de promoção de estilos de vida mais saudáveis como estratégias para evitar o surgimento da doença, bem como a sua detecção precoce, minimizando danos, incapacidades, riscos e gastos, são fundamentais no cuidado com pacientes hipertensos. A atenção básica, em especial o Programa de Saúde da Família (PSF), tem papel central no sentido da implementação do cuidado integral à hipertensão arterial.

Alguns hábitos de vida devem ser modificados para se obter uma melhor qualidade de vida além de reduzir agravos à saúde da população. Deve-se dar uma atenção especial aos fatores de risco cardiovasculares, os quais poderão se perpetuar em complicações (renais metabólicas, cerebrovasculares, entre outros). Podemos citar como fatores de risco modificáveis: obesidade, falta de atividades físicas regulares, tabagismo, alcoolismo, alimentação inadequada com excesso de sódio, conservantes e gorduras, além do estresse. Fatores esses que a equipe de saúde do PSF, próxima do contexto familiar, deve estar atenta para promover ações de educação em saúde tanto para o paciente como para seus familiares, visto que estes possuem um grande poder de persuasão sobre as decisões daqueles.

Espera-se assim apoiar o processo de mudança de hábitos de vida dos pacientes e diminuir a morbimortalidade da hipertensão e do diabetes.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica visando à diminuição da morbimortalidade em decorrência das DCNT e à promoção da mudança de estilo de vida, por meio de ações educativas, no PSF São Sebastião, no município de Juiz de Fora/Minas Gerais.

3.2 Específicos

Ministrar palestras sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, caracterizando as doenças e as suas consequências quando não controladas.

Realizar pesquisa ativa com os familiares desses pacientes, em busca de novos casos.

Fortalecer as ações de promoção da saúde e orientação da equipe de trabalho.

Incentivar mudanças no estilo de vida

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) considera a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus como as principais causas de mortalidade no mundo, com uma prevalência total de 25% da população. Estima-se que este valor aumentará para mais de 50% em 20 anos.

Atualmente, 691 milhões de pessoas sofrem destas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sendo que 15 milhões de mortes são causadas por doenças circulatórias; 7,2 milhões são por doenças circulatórias do coração e 4,6 milhões por doenças vasculares encefálicas. Uma investigação realizada pela Sociedade Internacional de Hipertensão revela que 7,6 milhões de pessoas foram a óbito em 2009 pela Hipertensão, demonstrando que ocorrem aproximadamente 20 mil óbitos por dia. Estes valores são impactantes e preocupantes, demandando atenção da Organização Mundial de Saúde pelos crescentes desafios que constituem as DCNT e demandam uma resposta efetiva (ZARATE, 2010).

A prevalência das DCNT varia em nível mundial, sendo que a maior prevalência ocorre nos países do primeiro mundo, variando de 26 % em países como o Canadá até 55% na Alemanha e Estados Unidos. A prevalência é ligeiramente inferior na América Latina, sendo 19 % na Jamaica, 28 % no Paraguai e 37% no México (CARMELA, 2010).

No Brasil, na última década foram observadas alterações no padrão de mortalidade, as doenças isquêmicas do coração foram a terceira causa de morte para homens. Para as mulheres, foram a segunda causa de morte (exceto nas regiões Nordeste e Centro-Oeste). As doenças cerebrovasculares são a primeira causa de morte para mulheres no país, além de ser a segunda causa de morte para homens, relacionada à tendência progressiva de envelhecimento da população (BRASIL, 2015).

No Brasil, como em outros países, as DCNT constituem um problema de saúde de grande magnitude. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), diabetes (5,2%) e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles

pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (BRASIL, 2010).

No Brasil, em 2010, estima-se que havia cerca de 10 milhões de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus (DM). Juntamente com a Hipertensão Arterial é a morbidade mais prevalente na população adulta e mais frequente nos serviços de emergência do Brasil. É também o principal fator de risco para complicações como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além de ser uma doença crônica terminal, tornando-se importante causa de mortalidade, hospitalizações e amputações de membros inferiores (BRASIL, 2015).

A OMS estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com diabetes (BRASIL, 2015).

A identificação dos fatores de risco de maior prevalência populacional permitiu que programas de prevenção cardiovasculares bem conduzidos em vários países a exemplo dos Estados Unidos, Canadá, Finlândia, Reino Unido, Austrália e Japão, conseguissem reduzir de forma expressiva a mortalidade por doenças cardiovasculares.

A partir deste perfil epidemiológico, da identificação dos fatores de risco e do resultado da aplicação destes programas, a Organização Mundial da Saúde estabeleceu como meta a redução de 25% das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas as Doenças Cardiovasculares até o ano de 2025 (YUSUF *et al.*, 2004).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial e tem sido associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência (MACMAHON; LANCET, 2009).

A Hipertensão Arterial afeta mais de 30 milhões de brasileiros, sendo que 36% são homens e 30% são mulheres, e é considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Outro aspecto que merece

atenção para o controle adequado da HAS é o perfil da população brasileira em relação ao estilo de vida, alimentação, sobrepeso e obesidade (WATHGNEY, 2003).

No Brasil, dados regionais apontam a prevalência de DM em elevados níveis na população adulta, atingindo até 13,5% em alguns municípios. O censo de 2010 apontava 128 milhões de adultos, o que pode representar uma população atual de até 17 milhões de indivíduos com Diabetes Mellitus (DM). Esses números estão em elevação devido a diversos fatores como crescimento e envelhecimento da população, urbanização, sedentarismo e obesidade crescentes.

O controle metabólico de indivíduos com a doença em evolução consiste em um dos maiores desafios dos serviços de saúde pública, por isso o desenvolvimento de programas eficazes e viáveis nos serviços públicos de saúde para a prevenção primária de DM tipo 2 em população de risco é necessário tanto para o controle de sua incidência como também para a prevenção secundária das complicações metabólicas (BOSI; CARVALHO; CONTRERA; CASALE; PEREIRA; GRONNER, 2009).

Mudanças no estilo de vida, como adequações na dieta e exercícios aeróbicos, já demonstraram benefícios no manejo da glicemia e do peso. Há uma ligação indiscutível entre a obesidade/sobrepeso e o aumento da prevalência para o controle da epidemia de diabetes no mundo (FRANZ, 2004).

5 METODOLOGIA

Depois de realizar o diagnóstico situacional e a pesquisa sobre HAS e DM, foi elaborado o plano de intervenção baseado no método PES. Vale conceituar que o PES é um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo que podem ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo, que persegue uma mudança situacional no futuro (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Além disso, o projeto de intervenção é executado por meio de etapas que, articuladas entre si, esquematizam um processo eficaz, com objetividade e critérios que ajudam o profissional de saúde a intervir em sua realidade para melhorá-la, sendo extremamente importante que o mesmo conheça a realidade e a problemática enfrentada pela população da área adscrita que acompanha (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O Projeto de Intervenção se iniciará com um planejamento envolvendo toda a equipe do trabalho da UBS com a participação da Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, onde serão propostas como estratégias:

- Realizar atividade de capacitação da equipe em dois encontros no mês com duração de uma hora, onde se abordará sobre a HAS e o DM e suas características, comportamento da doença no mundo, Brasil, Minas Gerais e município de Juiz de Fora. Será também abordada a importância de seu controle e estratégias para evitar suas complicações e internações hospitalares. Responsável: Médico.
- Realizar cadastramento de todas as pessoas da comunidade priorizando as famílias com antecedentes de HAS e DM, por meio dos prontuários e Fichas A. Todos os pacientes cadastrados serão convidados durante as consultas e visitas domiciliares para participar da intervenção. Serão priorizados os que apresentarem histórico familiar de doenças cardiovasculares. Os grupos serão replicados até que todos os pacientes interessados sejam contemplados.

- Os pacientes que tem estas doenças serão notificados pelos agentes comunitários de saúde previamente. Será realizada consulta, verificação de pressão arterial, glicemia capilar e IMC. Será valorizado o atendimento individual e apontados os principais problemas, deixando agendada a próxima data para consulta.
- Os grupos serão organizados com no máximo 20 pessoas, terá a duração média de uma hora e serão realizados dois encontros por grupo.
- No primeiro encontro, será projetado um vídeo sobre Hipertensão arterial e Diabetes, características das doenças e fatores de risco, utilizando linguagem clara e acessível. Será aplicado um questionário para avaliar o conhecimento que os pacientes têm a respeito dos agravos, seus fatores de risco e tratamento. Na sequência e no encontro seguinte serão abordados os seguintes temas com a ajuda de recursos audiovisuais: Alimentação saudável, Prática de exercícios, Adesão ao tratamento correto, Riscos do consumo de cigarro e álcool, Estilo de vida e estresse. Os responsáveis serão o Médico e a Enfermagem. Serão realizadas reflexões sobre hábitos alimentares, uso de sal, tabagismo, alcoolismo e estresse.
- No segundo encontro, espera-se que os pacientes possam se expressar sobre as suas atividades, verificando o alcance de resultados. Incentivar a participação dos integrantes do grupo por meio de chuva de ideias, garantindo que comentários, histórias e opiniões sejam respeitados pelos demais. Responsável: Agentes Comunitários de Saúde.
- Ao final do segundo encontro o questionário será novamente aplicado para avaliar se ocorreram mudanças em relação aos conhecimentos sobre as doenças, tratamento e prevenção.
- Elaborar documento para apresentar à Secretaria Municipal de Saúde onde será exposto o Projeto de Intervenção. Responsável: Equipe.

Estas atividades serão realizadas em local adequado para os grupos e para as consultas, respeitando-se a privacidade das pessoas. Serão respondidas dúvidas, realizada a revisão de prontuários e exame físico.

A avaliação do desenvolvimento do projeto será executada nas reuniões de equipe, permitindo fazer uma revisão e uma análise crítica do desempenho do grupo, dos recursos utilizados, da forma de abordagem, do alcance dos objetivos e do impacto esperado para ações futuras no planejamento e na execução.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

Após a coleta de informações, a Equipe de Saúde conseguiu definir os principais problemas de saúde existentes na área adstrita do PSF.

Os problemas identificados foram:

1. A comunidade desconhece estilos de vida saudável para o controle das doenças crônicas não transmissíveis e suas complicações.
2. Alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) Baixa adesão ao tratamento farmacológico dos usuários com HAS.
3. Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.
4. Pouca adesão a projetos e atividades educativas dirigidas aos portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção de doenças.
5. Presença de gravidez em adolescentes.
6. Baixa condição socioeconômica.
7. Alta prevalência de DM e HAS: em correspondência com a situação de saúde a nível mundial e o envelhecimento da população, nossa população apresenta alta incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.
8. A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações: ainda é baixo o nível de conhecimento das doenças crônicas pela população.
9. Presença de gravidez em adolescentes: é ainda insuficiente o trabalho que a equipe de saúde realiza na prevenção da gravidez na adolescência.

Como consequência, existe uma alta incidência de adolescentes grávidas na população da área de abrangência.

10. Doença mental e consumo de psicofármacos: dificuldade de controle, fluxo e contra fluxo de pacientes com transtorno do humor e ansiedade, síndromes psicóticas (em especial, esquizofrenia), somatização e transtornos do sono.
11. Pouca adesão aos projetos e atividades educativas dirigidas a os portadores de doenças crônicas enfocando a promoção de saúde e prevenção das doenças: falta incentivo para as atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e resultam ainda insuficientes as atividades educativas realizadas pela equipe para a capacitação da população abordando a temática das doenças crônicas. O baixo nível educativo e idade dos pacientes interferem em a compreensão dos temas tratados nas atividades educativas realizadas.
12. Presença de gravidez em adolescentes: é ainda insuficiente o trabalho que a equipe de saúde realiza na prevenção da gravidez na adolescência. Como consequência, existe uma alta incidência de adolescentes grávidas na população da área de abrangência.
13. Baixa condição socioeconômica: experimentada por uma grande quantidade dos usuários da ESF, o baixo nível socioeconômico se expressa pelas deficientes condições higiênica, tanto pessoal como habitacional; más condições de moradia; dificuldade de aquisição de medicamentos ou exames complementares de forma particular.

6.2 Segundo passo: priorização dos problemas

Foi estabelecida a ordem de priorização dos problemas. Tais problemas foram selecionados pela ESF considerando os seguintes critérios: importância, urgência e, principalmente, pela capacidade de enfrentamento pela equipe de saúde. Foi solicitada a sua classificação em: importante, menos importante e residual e se outorgou um valor a cada problema de zero a dez pontos.

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional, PSF São Sebastião. Juiz de Fora/MG, 2015.

Comunidade – ESF/ Priorização dos problemas				
Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações.	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial.	Alta	9	Parcial	2
Alta incidência de doenças psiquiátricas e consumo de psicofármacos.	Alta	7	Parcial	3
Pouca adesão aos projetos e atividades educativas	Alta	8	Parcial	4
Presença de gravidez em adolescentes.	Alta	5	Parcial	5
Baixa condição socioeconômica.	Alta	4	Fora	6

O problema escolhido foi “A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações” por ser, dentre os outros problemas, aquele com maior capacidade de enfrentamento pela equipe e dado a importância de suas consequências para a comunidade e os serviços de saúde.

6.3 Terceiro passo: Descrição do problema selecionado

Em nossa área de abrangência a HAS e a DM são doenças de alta prevalência, que atinge a população adulta acima de 18 anos em cerca de até 20,0%. A maioria dos pacientes com HAS e DM identificados na comunidade apresenta fatores de risco como obesidade, tabagismo, etilismo, estresse, sedentarismo.

Os dados de nossa área de atuação corroboram com os dados nacionais onde as Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis por mais de 250.000 mortes por ano, sendo que a hipertensão arterial participa de quase a metade delas. A hipertensão arterial vem sendo o mais comum e importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, e tem com elas uma relação contínua e progressiva (BRASIL, 2015; PORTAL BRASIL, 2011).

Nossa equipe utilizou os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e dos registros da equipe, correlacionando os também com o relatório de dispensação de medicamentos por pacientes.

Quadro 2 - Descritores do problema “A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações”. ESF São Sebastião, Juiz de Fora/MG, 2014.

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos e diabéticos cadastrados/acompanhados	561	SIAB 2014
Hipertensos e diabéticos com conhecimentos sobre estilos de vida saudáveis	107	Registros da equipe

6.4 Quarto passo - explicação do porquê tal problema foi escolhido

É possível intervir no problema pela equipe, haja vista que as consultas são agendadas previamente e, diariamente, a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma condição ou incapacidade, recebem visita domiciliar realizada pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde. Tais visitas são agendadas previamente pelas ACS

que estão dia-a-dia na sua respectiva micro área realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário ou por qualquer outro profissional que em consulta sente a necessidade junto com o usuário de realizar a visita domiciliar.

Para enfrentar o problema é de muita importância conhecer suas principais causas. Entre elas encontra-se:

3 Relacionadas aos pacientes:

- Hábitos e estilos de vida da população: que não quer ser dependente da medicação; tabagismo; alimentação inadequada; consumo de álcool; sedentarismo e não adesão ao tratamento.
- Baixo nível de instrução/ escolaridade: pacientes analfabetos.
- Grau de dependência: pacientes acamados ou portadores de transtorno mental.
- Baixo nível de informação a respeito de sua patologia.

4 Relacionadas com equipe de saúde:

- Receitas com prescrições ilegíveis.
- Poucas atividades educativas sobre HAS e DM.
- Falta de divulgação na agenda da equipe para atendimento adequado aos hipertensos e diabéticos
- Falta de incentivos para atividades de promoção a saúde e prevenção dos agravos.

6.5 Quinto passo: descrição, explicação e identificação de “nós críticos”

Foram identificados alguns nós críticos para o enfrentamento do problema de saúde “A comunidade desconhece as doenças crônicas e suas complicações”. De acordo com o conceito elaborado pelo PES, “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Identificaram-se, entre as várias causas, àquelas consideradas mais importantes na origem do problema e que precisam se enfrentadas:

Baixo nível de informação e conhecimento da população acerca da HAS e

a DM, importância da adesão e acompanhamento clínico e a terapia medicamentosa, existência de mitos e tabus sobre alimentação saudável, uso incorreto da medicação, benefícios da atividade física.

Neste estudo buscou-se melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do diabetes e da hipertensão descompensadas visando à diminuição da morbimortalidade em ocorrência das DCNT. Foram organizadas ações educativas que se realizaram nas salas de espera ou em pequenos grupos, nas visitas domiciliares e nas orientações médicas e de enfermagem oferecidas em cada consulta. (PERREAULT; KAHN, 2009).

Espera-se realizar uma mudança nos hábitos de vida, com adoção de uma dieta balanceada e da prática de atividades físicas de maneira que transformemos a qualidade de vida por meio do controle e da prevenção de complicações em pacientes afetados por estas doenças. (BRASIL, 2015).

6.6 Resultados Esperados

Resultados esperados

Operações	Resultados esperados	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver com saúde	Diminuir sedentarismo e obesidade em 40% Diminuir hábitos inadequados em 30 %	Organizar grupos para a realização de exercícios físicos dirigidos e planejados, palestras educativas e campanhas educativas com uso de recursos audiovisuais.	Médico, enfermeira e ACS, professor de educação física, Secretaria de Educação e Secretaria de Saúde	Capacitação durante 01 mês. Palestras durante 15 dias após Capacitação. Aulas de educação física

				durante 01 mês.
Saber mais e cuidar-se melhor	Melhorar nível de conhecimentos de os pacientes sobre suas doenças e os fatores de risco.	Capacitação dos ACS nos temas relacionados com estas doenças. Elaborar palestras sobre os benefícios dos exercícios físicos e alimentação saudável. Aumentar o conhecimento dos pacientes	Enfermeira Tec.de enfermagem Médico Pessoal capacitado para ministrar palestras na Secretaria de Saúde.	Capacitação durante 01 mês Palestras durante 15 dias após Capacitação.
Linha de cuidado	Diminuir a resistência dos pacientes para praticar exercícios físicos, dieta saudável e controle terapêutico adequado. Diminuir o	Atividades educativas como palestras, pôsteres e boletins informativos, Capacitação dos membros de equipe sobre riscos e doenças crônicas e suas	Enfermeira, médico, tec.de enfermagem e ACS.	1 mês depois de criar os grupos.

	número de pacientes hipertensos e diabéticos descompensados	complicações .		
--	---	----------------	--	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos habitantes da área adstrita do PSF São Sebastião, a HAS e DM se comportam de forma similar ao índice de prevalência do nível mundial, sendo os fatores de risco mais importantes que afetam a população maior de 15 anos.

A realização deste estudo é de grande relevância visto que se acredita que com ele poderá ser proporcionada uma maior qualidade de vida aos pacientes. Por meio do diagnóstico situacional, verificou-se que o desconhecimento sobre as consequências de HAS e DM no PSF São Sebastião no bairro Santa Cândida, verificou-se que os fatores que influenciam negativamente no controle da HAS e DM são: baixo nível de informação sobre HAS e DM, necessidade de mudança de estilo de vida, ausência de sintomas, complexidade do regime terapêutico, pouca adesão a projetos e atividades educativas, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e processo de trabalho inadequado da equipe de saúde.

Para melhorar o conhecimento da população sobre as consequências do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial Sistêmica, por meio de ações educativas, é importante que os serviços de saúde, principalmente o PSF, tracem estratégias de ação que contribuam para o sucesso do tratamento e da efetividade das ações de saúde.

A criação do plano de intervenção no PSF São Sebastião se deu com a finalidade de manter o maior número de pacientes controlados, mudando o estilo de vida dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência e melhorando sua qualidade de vida.

REFERENCIAS

BARROS, D. F.; BARBIERI, A. R.; IVO, M. L. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília [online], 2016. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>

BRASIL. Ministério da Saúde. 2015. **Departamento de Informática do SUS (DATASUS)**. (acesso em 2015). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/portal-dcnet>.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2010. **Uma Análise da Situação da saúde e evidência de Ações**. Comunidade de Vigilância em Saúde. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011.

BOSI P.L. *et al.* **Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose** São Paulo. Arq. Bras Endocrinolmetabol. 2009; 53(6): 726-32.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: junho 2016.

CARMELA; **El Riesgo Cardiovascular** en América Latina 2010 Disponível em www.interamericanheart.org/estudio-Carmela. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2011.pdf>(pág. 205

COSTA, G. D.; COTTA, R. M. M.; FERREIRA, M. L. S. M *et al.* **Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial**. Revista brasileira de Enfermagem, v. 62, n. 1, p.113-8, 2009.

FRANZ, M.J. *et al.* American Diabetes Association. **Nutrition principles and recommendations in diabetes**. Diabetes Care. 2004 Jan;27 Suppl 1:S36-46.

MACMAHON. S. *et al.* **Measuring Progress on NCDs - One goal and five** Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1, Prolongedb www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1969518 de S MacMahon - 1990 - 31 de mar de 1990

PERREAULT, L. *et al.* Regression from pre-diabetes to normal glucose regulation in the diabetes prevention program. **Diabetes Care**.2009; 32(9):1583-8.

YUSUF, S. *et al.* **Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study.** *Lancet*, v. 364, n. 9438, p. 937-52, 2004.

ZARATE, H. **As últimas recomendações da OMS frente à hipertensão arterial.**

Disponível em

<<http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=760&selectmoduleid=2494&ArticleID=359>> [Março, 2010].

