

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

Zoraima Arevalo Perez

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: AÇÕES
INTERVENTIVAS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Girau do Ponciano / Alagoas
2015

ZORAIMA AREVALO PEREZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: AÇÕES
INTERVENTIVAS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA**

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.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral.

ZORAIMA AREVALO PEREZ

**HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELLITUS: AÇÕES
INTERVENTIVAS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO BÁSICA**

Banca examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral.

Prof.(a). Márcia Bastos Rezende

Aprovado em Belo Horizonte, em

de 2015.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os meus amigos e familiares que compartilharam comigo essa jornada e estiveram ao meu lado na realização do meu sonho.

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, em face da ética aqui presente.

Ao meu orientador Prof. André Luiz dos Santos Cabral, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido encaradas como uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano, em especial se tratando da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, responsável por cerca de 70% dos óbitos na atualidade. Tal perspectiva preocupante, identificada no contexto nacional, se expressa de maneira similar no interior alagoano, como na comunidade assistida pela UBS Jaciobá no município de Girau do Ponciano. Em face disto, esta produção teve por objetivo elaborar um plano de ação com vistas ao controle das DCNT, com enfoque na Hipertensão Arterial e no Diabetes Mellitus, na ESF Jaciobá, no município de Girau do Ponciano – AL. Para tal, o método aplicado nesta produção foi alicerçado em três pilares fundamentais, sendo eles: a realização de um diagnóstico situacional da área de abrangência; revisão de literatura; além do desenvolvimento de um plano de ação direcionado à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus. Mediante tal medida foi possível identificar como principais problemas de saúde pública da comunidade: DCNT, parasitismo intestinal e DST. Sobre tais achados, priorizou-se por trabalhar com as DCNT, especificamente a HA e o DM, em face do alto índice da região, principalmente em idosos, em torno de 43,2% (180 idosos – 142 portadores de HA e 38 de DM). Neste âmbito foram identificados como nós críticos: Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e às recomendações nutricionais e quanto ao estilo de vida; Condição socioeconômica desfavorável; Processo de Trabalho inadequado desempenhado pela ESF quanto ao enfrentamento do problema. Sobre as quais foi sintetizado um plano de ação embasado na educação em saúde e participação social. Tal medida se mostra ímpar, no que se refere a gerência do serviço e organização das atividades implementadas, sob a concepção do cuidado que se requer que se atribua num contexto coletivo, na perspectiva da HA e do DM, no galgar a uma assistência fidedignamente contributiva.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Diabetes Mellitus. Atenção Básica. Saúde Pública.

ABSTRACT

Chronic non-communicable diseases (NCDs) have been seen as a threat to health and human development, especially when considering the Hypertension and Diabetes Mellitus, accounting for about 70% of deaths today. Such worrying prospect, identified in the national context, is expressed in a similar way inside Alagoas, as in assisted community by UBS Jaciobá in municipality Girau do Ponciano. On the face of it, this production aimed at elaborating a plan of action in order to control NCDs, with a focus on Hypertension and Diabetes Mellitus in ESF Jaciobá in municipality of Girau do Ponciano - AL. To this end, the method used in this production was based on three pillars, namely: conducting a situation analysis of the coverage area; Literature review; and the development of an action plan aimed at the Hypertension and Diabetes Mellitus. By this measure was identified as the main problems of community public health: NCD, intestinal parasitism and DST. On these findings, prioritized by working with NCDs, specifically hypertension and DM, given the high rate of the region, especially in the elderly, around 43.2% (180 seniors - 142 HTN and 38 DM). In this context they have been identified as critical nodes: Low compliance to drug therapy and nutritional recommendations and on the lifestyle; Unfavorable socioeconomic conditions; Work Process inappropriate played by the ESF as to deal with the problem. On which was synthesized a plan of action grounded in health education and social participation. This measure proves odd, as regards the management of the service and organization of activities implemented under the care design that requires to assign a collective context, in view of hypertension and DM in reliably ascend to a contributory assistance.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Primary Care. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Localização geográfica do município de Girau do Ponciano no Estado de Alagoas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano, 2013.

Tabela 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo destino final de fezes e urina e quantidade de família, Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano (2013).

Tabela 3 - Destino final do lixo e quantidade de família, Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano (2013).

Tabela 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água e número de família, Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano; no ano de 2013.

Tabela 5 - Tratamento da água no domicílio e número de família, Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano; no ano de 2013.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos principais problemas percebidos na UBS Jaciobá – Girau do Ponciano (AL) – 2015.

Quadro 2 – Plano de Ação elaborado com base nos nós críticos identificados, quanto a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Jaciobá (Girau do Ponciano – AL) 2015.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVOS	18
3,1 Objetivo geral:	18
3.2 Objetivos específicos:	18
4 MÉTODO	19
5 REVISÃO DA LITERATURA	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	23
6.1 Identificação dos Problemas	23
6.2 Priorização dos Problemas.....	23
6.3 Descrição do Problema	24
6.4Explicação do problema	24
6.5 Identificação dos nós críticos	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	Error! Bookmark not defined.

1 INTRODUÇÃO

Girau do Ponciano é um município brasileiro localizado na região central do Estado de Alagoas. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) este é limitado ao norte pelo município de Jaramataia, ao sul pelos municípios de Traipu e Campo Grande, a leste pelo município de Lagoa da Canoa, a oeste pelo município de Traipu, a nordeste pelo município de Craíbas e a sudeste pelo município de Feira Grande (IBGE, 2014).



Fig. 1. Localização do município de Girau do Ponciano no Estado de Alagoas. Fonte: IBGE, 2014.

O município foi criado em 1958. Segundo o censo 2000 do IBGE, a população total residente é de 29.574 habitantes, dos quais 14.777 do sexo masculino (49,97%) e 14.797 do sexo feminino (50,03%). São 8.858 os habitantes da zona urbana (29,90%) e 20.716 os da zona rural (70,10%). A densidade demográfica é de 58,88 hab./km² (IBGE, 2014).

A rede pública de saúde dispõe de 01 Hospital (50 leitos), 08 Unidades Ambulatoriais, 03 Postos de Saúde e 01 Centro de Saúde. Não existem consultórios médicos ou odontológicos registrados no município. Na área educacional, são 75 escolas de ensino fundamental, com 9.813 alunos matriculados e 03 escolas de ensino médio, com 540 alunos. No município, existem 11.541 habitantes alfabetizados com idades acima de 10 anos (39,02% da população). Existem 17.266 eleitores cadastrados no município (58,40% da população) (IBGE, 2014; BRASIL, 2014).

Existem no município 6.237 domicílios particulares permanentes, dos quais 4.276 (68,60%) possuem banheiro ou sanitário e destes, apenas 17 (0,27%) possuem banheiro e esgotamento sanitário via rede geral. Cerca de 2.897 (46,40%) são abastecidos pela rede geral de água, enquanto que 1.328 (21,30%) são abastecidos por poço ou nascente e 2.012 utilizam outras formas de abastecimento (32,30%). Apenas 2.367 (38,00%) domicílios são atendidos pela coleta de lixo, evidenciando a existência de uma fonte de sérios problemas ambientais e de saúde pública para a população (IBGE, 2014).

Existe 01 agência do Banco do Brasil e 01 dos Correios na sede do município. A infraestrutura urbana indica 70% das vias pavimentadas e 80% iluminadas. A justiça conta com sede de comarca, juízes designados. As principais atividades econômicas do município são: comércio, serviços e agropecuária. Atualmente conta com 59 empresas com CNPJ, atuantes (1998), ocupando 922 pessoas (3,12% da população). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,536 (IBGE, 2014; INFORMAÇÃO VERBAL¹).

A comunidade de Jaciobá fica na periferia do município de Girau do Ponciano, chamado de “Jaciobá”. O povoado Jaciobá está situado há 30 km aproximadamente da sede do município, 20 deles cobertos por estrada de barro. Surge a distância e o tipo de estrada como primeiro entrave do gerenciamento da nossa estrutura. Não há telefonia celular disponível na comunidade, e aí surge uma segunda dificuldade, a comunicação nossa de cada dia; os transportes da saúde são gerenciados pela Secretaria de Transporte (INFORMAÇÃO VERBAL¹).

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Entre os habitantes da área de abrangência da Equipe Jaciobá, segundo o Sistema de Informação da Atenção Básica, 995 (47,82%) são homens 1024 (52,17%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado na **Tabela 1**.

¹ Informação verbal obtida de profissionais, comunitários e/ou familiares que participaram da criação de forma direta ou indireta da região adstrita desta produção.

Tabela 1. População segundo a faixa etária na área de abrangência da equipe de Saúde da Família Bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano (2013).

Nº de indivíduos	Faixa etária									
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-39	40-49	50-59	60 e	TOTAL
Masculinos	7	59	109	114	100	335	103	75	93	995
Feminino	12	89	112	104	115	343	83	74	92	1024
Nº de pessoas	19	148	221	218	215	678	186	149	185	2019

Fonte: SIAB (2013).

ASPECTOS AMBIENTAIS

Ainda segundo o SIAB a estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere ao **esgotamento sanitário**. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. Os dados sobre instalações sanitárias, por micro áreas, são apresentados na **Tabela 2**.

Tabela 2. Famílias cobertas por instalações sanitárias segundo destino final de fezes e urina e quantidade de família, Barrio Jaciobá, município Girau do Ponciano (2013).

DESTINO FEZES E URINA	Nº de famílias	%	TOTAL
Rede geral de esgotos	0	0	0
Fossas	369	72.64	369
Céu aberto	139	34.09	139
Total	508	106.73	508

Fonte: SIAB (2013).

Percebe-se que céu aberto é a forma mais encontrada de escoamento de dejetos.

Em relação ao **lixo** a situação é mais positiva, com apenas 63 (12.4%) residências com descarte a céu aberto e 435 (85.6%) que queimam ou enterram o lixo (SIAB, 2013). Observe na **Tabela 3**.

Tabela 3: Destino final do lixo e quantidade de família, Barrio Jaciobá, município Girau do Ponciano (2013).

DESTINO DO LIXO	Nº de famílias	%	Total
Coleta Pública	10	1.9	10
Queimado / Enterrado	435	85.6	435
Céu aberto	63	12.4	63

Fonte: SIAB (2013).

No que se refere ao **abastecimento de água**, existe um predomínio quase absoluto de Poço ou Nascente com relação a rede pública o que mostra baixo índice de água tratada, conforme apresentado nas **Tabelas 4 e 5**.

Tabela 4: Famílias cobertas por abastecimento de água e número de família, bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano; no ano de 2013.

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	Nº de famílias	%
Rede Pública	41	8.07
Poço ou Nascente	361	71.06
Outros	106	20.87

Fonte: SIAB (2013).

Tabela 5: Tratamento da água no domicílio e número de família, bairro Jaciobá, município Girau do Ponciano; no ano de 2013.

TRATAMENTO DA ÁGUA NO DOMICÍLIO	Nº de famílias	%
Filtração	13	2.56
Fervura	1	0.20
Cloração	336	66.14
Sem tratamento	158	31.10

Fonte: SIAB (2013).

Em relação aos aspectos socioeconômicos a renda da população tem base na produção agrícola familiar, mediante a produção de culturas como a mandioca e o feijão, instaladas em pequenas propriedades rurais remanescentes na periferia da cidade; além da prestação de serviços à terceiros, serviço público e da economia informal (SIAB, 2013).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E ASSISTENCIAIS

Segundo dados obtidos do consolidado das ações e serviços da Equipe de Saúde da Família de Jaciobá, ocorreram em 2013, 196 hospitalizações de usuários da área de abrangência da Equipe Jaciobá, sendo 62 por gravidez, parto e puerpério; 40 por doenças do aparelho circulatório; 35 por doenças do aparelho respiratório; 09 por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas; 11 por neoplasias e 39 por demais causas.

Sobre a estrutura do Programa Saúde da Família do município Girau do Ponciano: Módulos Odontológicos - Equipes seis Unidades de Referência Atenção de Média ou Alta Complexidade Unidades Públicas Vigilância Sanitária, CAPS,

Vigilância Epidemiológica, Unidades Conveniadas (Hospital, SAMU-Estadual, Laboratório EQUIPE DO NASF: 01 Assistente Social 01 Educador Físico 02 Fisioterapeutas, 01 Nutricionistas, 01 Psicólogos). O Sistema de Referência e Contra Referência Redes de Média e Alta Complexidade conta com a existência de uma unidade hospitalar que presta serviços de urgência e emergência (Hospital Regional Santa Rita).

O sistema de referência é feito com o Centro de Especialidades Médicas do município (CEPI) e com serviços de alta complexidade da capital e de um polo no interior do estado (Arapiraca). O sistema de contra referência ainda não se apresenta em sua plenitude, em vista o baixo percentual desta prática por parte de alguns dos profissionais dos centros de referências em retornar os pacientes à atenção básica com registros escritos dos procedimentos e condutas realizados. Para a rede de média complexidade, o município conta com um centro próprio de especialidades, bem como convênios intra e intermunicipais. A rede de alta complexidade, por sua vez, é também mantida por convênios.

Em recursos de saúde da unidade de Saúde de Jaciobá foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada na rua principal do bairro. É uma casa alugada, que foi adaptada para ser uma unidade de saúde, porém bem conservada e sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isso dificulta sobremaneira o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões, por isso a equipe utiliza a sala da enfermeira. As reuniões com a comunidade (grupos, por exemplo) são realizadas no salão da associação de moradores, que fica perto do centro de saúde. Houve momentos, que não tínhamos cozinha onde fazer o almoço, e ainda temos dificuldade, muitas vezes temos que trabalhar horário corrido o qual está prejudicando à atenção aos pacientes. A equipe tem dificuldades com a referência para os demais níveis assistenciais.

A contra referência não é feita como desejável, embora se notem, nos últimos meses, com a criação do colegiado de coordenação assistencial, alguns movimentos importantes para melhor articulação entre a atenção básica, a policlínica e o pronto-atendimento e, ainda, a introdução do formulário de referência e contra referência. A equipe já fez o mapeamento das instituições e projetos que são desenvolvidos em sua área de abrangência, mas ainda não consolidou os dados para ajudar na elaboração do planejamento estratégico. Os dados qualitativos levantados por meio das entrevistas com informante chave e em observação direta também estão em fase de consolidação.

A jornada de 40 horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 horas da carga horária para atividades na equipe de Saúde da Família, podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até oito horas do total da carga horária para atividades de especialização em Saúde da Família, atividade de ensino, pesquisa e extensão; bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. (Conforme as diretrizes do item 4.4.1-V da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB de 2012).

Há horários reservados para programas estratégicos (Cronograma / Agenda), planejamento familiar; Pré-natal; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças, imunização, teste do pezinho, consulta médica, de enfermagem e odontológica, dispensação de medicamentos, visitas domiciliares, entre outros. As visitas domiciliares são direcionadas com base nas necessidades de cada área apontada pelos agentes comunitários de saúde.

Nesta perspectiva, a análise situacional e a introdução de medidas interventivas se apresentam como elementos importantes na gerência de uma assistência de qualidade e que responda as necessidades da comunidade de Jaciobá. Pautando-se de atributos que perpassem o campo de necessidades que em geral se apresentam mais prevalentes, tomando-se como cenário o nordeste brasileiro, e em especial as cidades do interior alagoano, como a alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, além de outros agravos que requerem uma atenção diferenciada (SOUSA; LEITE FILHO, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

Entender os condicionantes e caracteres que definem uma determinada região se apresenta como elemento ímpar ao planejamento dos mecanismos assistenciais, no galgar a obtenção de uma atenção que seja resolutiva e se adeque as reais necessidades da coletividade.

Mediante a abordagem analítica situacional, a equipe que atua na Estratégia Saúde da Família (ESF) é capacitada a identificar os principais problemas de saúde prevalentes no desenho epidemiológico de sua área de abrangência. O que deve servir de alicerce fundamental à síntese e instituição de ações de caráter assistencial, profilático e restaurativo, segundo o que a necessidade carece.

Segundo Paz e colaboradores (2013, p.5),

[...] os projetos nascem do desejo de mudança, ou seja, são as pontes entre o desejo e a realidade [...] Partem, por conseguinte, de um diagnóstico situacional sobre determinada problemática e buscam contribuir para resolver, minimizar e propor mudanças nessa realidade, para resolver problemas da realidade.

Neste contexto, a organização da Atenção Básica está conceitualmente pautada na proposta assistencial pregada pela Estratégia Saúde da Família, apresentando direcionamentos para a reorientação do modelo assistencial de saúde (OGATA et al., 2009; BRASIL, 2013), orientando o fortalecimento da atenção primária em saúde, com base nos seguintes princípios: 1) adscrição de clientela; 2) territorialização; 3) diagnóstico da situação de saúde da população e 4) planejamento baseado na realidade local (SOUZA; HAMANN, 2009).

‘ A grande cobertura populacional, em conjunto com suas funções cruciais para a assistência em saúde da população em geral fazem do programa supracitado o “carro chefe” da atenção básica em saúde no Brasil (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011). Entretanto, a ampla cobertura deve, necessariamente, estar atrelada à

execução das propostas definidas como o cerne do novo modelo de atenção (BRASIL, 2012), de modo que o percentual de cobertura pode não refletir adequadamente a eficiência do programa, caso ele não se apresente organizado (COPQUE; TRAD, 2005).

Tal proposta se adequa de maneira fiel às necessidades apresentadas sob uma perspectiva coletiva, derivadas da mudança no perfil epidemiológico vivenciado nos últimos séculos, com a ascensão dos agravos de cunho crônico não transmissível, como a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O que requer uma abordagem diferenciada, pautada na identificação dos principais entraves que definem a comunidade, sobre a qual a assistência tem sido prestada, e como estes podem ser contornados por medidas que não se limitem a ações meramente terapêutico-medicamentosas (DUARTE; BARRETO, 2012).

Esta concepção justifica e propõe como relevante a realização de um plano de ação que vise a identificação de agravos comuns ao âmbito da Atenção Básica e que são passíveis de desenvolvimento mediante a instituição de medidas assistenciais educativas e preventivas, como se intitula o discurso atual da Saúde Pública.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Elaborar um plano de ação com vistas ao controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com enfoque na Hipertensão Arterial e no Diabetes Mellitus, na ESF Jaciobá, no município de Girau do Ponciano – AL.

3.2 Objetivos específicos:

- Verificar o que a literatura nacional aborda acerca da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus em consonância com as medidas assistenciais propostas pela Atenção Básica.
- Instituir a criação de grupos que contribuam com o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos dos pacientes acompanhados no programa para o controle da Hipertensão Arterial e o Diabetes.
- Estimular a realização de ações de cunho educativo na comunidade do território de abrangência da unidade, abordando temáticas relacionadas às DCNT, dando ênfase à Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.

4 MÉTODO

O método aplicado nesta produção foi alicerçado em três pilares fundamentais, sendo eles: a realização de um diagnóstico situacional da área de abrangência; revisão de literatura; além do desenvolvimento de um plano de ação direcionado à redução da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

Em primeira instância foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência da equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em pauta, no município de Girau do Ponciano (AL). Tal diagnóstico situacional foi idealizado com base no método proposto por Campos, Farias e Santos (2010), denominado de Método de Estimativa Rápida, definido pela capacidade ímpar em identificar os principais entraves que competem ao âmbito da saúde na população, contributivos na elucidação das medidas assistenciais posteriormente propostas, mediante plano de ação.

O diagnóstico situacional possibilitou a identificação de nós críticos que requeriam atenção em diferentes graus. Dando-se prioridade nesta produção aos agravos de cunho crônico, não transmissível, especificamente, nesta produção, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.

Com base em tais achados foi realizada uma revisão da literatura, mediante o emprego dos descritores “Hipertensão Arterial”, “Diabetes Mellitus” e “Saúde da Família”, nos bancos de dados de artigos indexados como Scielo (Scientific Electronic Library Online), PubMed e Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde).

As informações pautadas no diagnóstico situacional e nas informações apresentadas na literatura pesquisada permitiram a criação de um plano de ação proposto segundo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) elucidado por Campos, Faria e Santos (2010), no intuito de se promover o adequado controle dos níveis pressóricos e glicêmicos, atuando sob um discurso profilático e terapêutico, visando a diminuição dos efeitos patológicos derivados da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus.

5 REVISÃO DA LITERATURA

As mudanças históricas e de contexto vivenciadas pelo homem repercutiram em transformações ímpares para a apresentação das doenças e agravos comuns à coletividade, modificando a perspectiva epidemiológica, o que tem incitado um enfoque diferenciado a respeito de como o processo saúde-doença é encarado, elucidando a necessidade de uma abordagem multifatorial ao se encarar aqueles que requerem cuidados (BARCELLOS et al, 2009; GOLDANI et al, 2012).

No contexto brasileiro, as modificações ambientais, culturais e econômico-sociais sofridas desde o período colonial até a atualidade, também levaram a mudanças de concepção acerca do que se caracteriza por doença, e como a terapêutica e os cuidados a esta devem ser instrumentados (BARCELLOS et al, 2009).

Destacando-se, no âmbito nacional, como afirmam os pesquisadores Monteiro, Aerts e Zort (2010) uma mudança radical no perfil nutricional brasileiro, substituindo uma condição de miserabilidade em massa, marcada pela desnutrição, por um crescimento exponencial no número de pessoas com sobrepeso e obesidade, e o conseqüente aumento nas co-morbidades a estes quadros associadas, como as doenças crônico-degenerativas, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) (GOLDANI et al, 2012).

Em face de tais mudanças e o enfoque atual às doenças crônico-degenerativas, as ações de caráter nutricional passaram a denotar grande valia no âmbito da saúde, entendendo-as como alicerces relevantes para uma abordagem assistencial holística e eficaz (ARAÚJO et al, 2012). Sendo, conquanto, eminente o conhecimento acerca do estado nutricional daquele que é assistido, o que envolve a relação existente entre a ingestão de componentes alimentícios / nutricionais e as reações metabólicas fundamentais à homeostase corpórea (SILVA; BARROS, 2002).

Tais agravos, apesar de acometerem toda a população, desde idades tenras, de uma forma majoritária, têm os idosos como 'público preferencial', onde os níveis

epidemiológicos das DCNT são mais vívidos e seus resultantes com alta gravidade, em geral incapacitantes (SILVA; BARROS, 2002).

A senescência, ou processo de envelhecimento, há muito foi definida como processo patológico de deterioração corpórea, derivada em especial dos aspectos físicos e as limitações apresentadas com o avançar da idade (CIOSAK et al, 2011).

No entanto, tal concepção retrógrada acerca do significado do envelhecimento, abriu margem para uma definição melhor elaborada, a qual refere que o envelhecer pode ser compreendido como produto de uma complexa evolução dos seres vivos, no que se refere aos aspectos psíquicos, biológicos e sociais. Hoje é concebida como processo natural, gradual, irrefutável e global, onde os atributos fisiológicos e mentais do organismo apresentam diminuição progressiva de sua contribuição para a homeostase corpórea (CIOSAK, 2011).

Este processo tem sido cada vez mais percebido, nos países em desenvolvimento, uma vez que mantém relações com o crescimento econômico e a consequente disponibilização de serviços de saúde que disponibilizem a este grupo social uma assistência à saúde, de qualidade e fidedigna (ARAÚJO et al, 2012).

Conquanto, apesar do aspecto natural que se atribui ao processo de senescência e a percepção do mesmo a nível mundial, o desenho epidemiológico que se insere em tal faixa de idade induz uma reflexão acurada acerca dos agravos comuns ao idoso, tendo destaque neste âmbito as doenças crônico-degenerativas (ARAÚJO et al, 2012).

Estas podem ser definidas como doenças que “são permanentes, deixam incapacidade residual, [...] causadas por alteração patológica não reversível, requerem treinamento especial do paciente para reabilitação, [...] supervisão, observação ou cuidado” (DECS, 2015).

Tais processos patológicos apresentaram crescimento substancial no contexto brasileiro, por volta do final do século XX e início do século XXI, resultado da transição demográfica representada pela diminuição no número de nascimento e aumento na expectativa de vida do brasileiro; e a transição epidemiológica caracterizada pelo aumento do número de casos de agravos crônico-degenerativos

em relação as doenças infecto-contagiosas, produto das diferenças econômico-sociais nos cenários dicotômicos apresentados no Brasil (ARAÚJO, 2012).

Além destes, as mudanças quanto ao estilo de vida e hábitos cotidianos, como o uso abusivo do álcool, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, além das dietas providas com altas taxas de carboidratos, sódio e lipídeos; tem contribuído de forma eminente com o aumento e o aparecimento cada vez mais precoce dos agravos de cunho crônico-degenerativo (CARDOSO, COSTA, 2010).

Tal fato tornou-se mais vívido, ao passo que eram consolidados os dados epidemiológicos dos quadros de agravos no contexto nacional, onde as doenças crônicas passaram a alcançar o patamar de principais causas de morbi-mortalidade no Brasil, ao lado das causas externas, sendo responsáveis por 70% dos óbitos e gerando cerca de 60% das despesas que têm sido empregadas nos serviços de saúde (CARDOSO, COSTA, 2010).

Segundo Cardoso e Costa (2010, p.2)

As doenças crônico-degenerativas predominam na idade adulta, e sua incidência, prevalência e mortalidade se elevam à medida que aumenta a vida média da população. São caracterizadas por uma evolução lenta e progressiva, irreversível, por um longo período de latência assintomático, exigindo constante supervisão, observação e cuidado.

Tal concepção, elucidada pelos autores anteriormente referidos, permite que se compreenda não só as mudanças quanto ao perfil populacional, no que diz respeito ao aumento gradual do número de idosos e o conseqüente aumento no número de agravos crônico-degenerativos que afetam de modo mais incisivo tal grupo populacional, mas o cuidado que é requerido este, mediante abordagens educativas que não se limitem a proposta terapêutica centrada em um modelo meramente curativista.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Identificações dos Problemas

Mediante a análise da situação em saúde da região de abrangência da ESF Jaciobá, foi possível inferir as principais situações problemáticas da comunidade, expostas abaixo:

- ✓ DCNT: Índice elevado de pacientes com altos níveis pressóricos e glicêmicos, em especial os pacientes idosos, acrescido da baixa adesão do tratamento para os que já possuem diagnóstico de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O que tem aumentado, segundo os dados provenientes da produção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) o número de hospitalizações e encaminhamentos na comunidade, por agravos derivados de tais DCNT, como o Acidente Vascular Encefálico (AVE), lesões ulceradas derivadas da fisiopatologia do Diabetes Mellitus, além do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).
- ✓ Parasitismo Intestinal: O agravo se apresenta na ESF de Jaciobá com alta relevância, já que atinge todas as faixas etárias (fato aferido pela demanda que procura assistência médica para tal fim), derivado das condições infra estruturais insalubres, as quais os comunitários de determinada região estão expostos.
- ✓ Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST): Demanda elevada de pacientes apresentando uma ou mais DST, além de queixas urinárias e álgicas relacionadas a tais tipos de agravo.

6.2 Priorização dos Problemas

Através da identificação dos problemas, embasado pela análise dos dados provenientes do Sistema da Atenção Básica (SIAB) e dos dados fornecidos pela ficha de produção dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) foi possível classificar os agravos anteriormente expostos segundo sua relevância e urgência quanto a atenção sobre aos mesmos (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese dos principais problemas percebidos na UBS Jaciobá – Girau do Ponciano (AL) – 2015.

Principais Problemas	RLV	URG	CE	Seleção
DCNT	Alta	7	Parcial	1
DST	Alta	5	Parcial	2
Parasitismo Intestinal	Alta	4	Parcial	3

RLV – Relevância. URG – Urgência. CE – Capacidade de Enfrentamento.

6.3 Descrições do Problema

Mediante a priorização, exposta na seção anterior, optou-se por desenvolver ações que pudessem contribuir com o melhor controle dos agravos crônicos não transmissíveis, em especial se tratando da Hipertensão Arterial (HA) e do Diabetes Mellitus (DM).

Esta priorização se deu pelo fato do alto índice de pacientes portadores da HA e DM verificado nos dados da produção apresentada pelos ACS, na qual em 2014 o número de pacientes com HA e/ou DM na UBS Jaciobá, perpassavam o valor de 43,2% (180 idosos) do número de idosos da comunidade, dos quais, 142 diagnosticados com Hipertensão Arterial e 38 diagnosticados com Diabetes Mellitus, com acompanhamento no intervalo de janeiro a junho de 2014, de 83% de tal demanda.

Estes, em geral, durante as consultas ou visitas domiciliares apresentam graves entraves em sua condução assistencial, no que se refere ao uso inadequado das medicações prescritas, não adequação a dieta recomendada, não realização de atividades físicas, além da resistência a maior parte das recomendações feitas pela equipe nos momentos de educação em saúde.

6.4 Explicação do problema

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) têm sido encaradas como um problema de saúde a nível global, além de uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. Na última década esta tem se apresentado como agravo com crescimento exponencial, em especial se tratando da Hipertensão Arterial e do Diabetes Mellitus, sendo responsável pela grande parcela dos óbitos na atualidade, junto das causas externas (SCHIMIDT et al, 2011).

Neste âmbito, segundo Schmidt e colaboradores (2011) e Malta e colaboradores (2006), as DCNT, no contexto brasileiro, assim como outros países subdesenvolvidos, tais agravos constituem um problema de saúde de maior magnitude, respondendo por 72,0% das causas de óbitos, tendo a HA (31,3%) e o Diabetes Mellitus (5,2%) contribuição importante neste desenho epidemiológico. Afetando em especial grupos que apresentam grande vulnerabilidade, como pessoas com idade avançada ou baixa escolaridade e renda familiar.

Fatores estes que designam a relevância que tal temática possui, além da necessidade de elaboração de um plano com medidas interventivas numa perspectiva local, que possa contribuir com mudanças significativas neste cenário, também observado na comunidade onde este trabalho fora realizado.

6.5: Identificação dos nós críticos

Mediante a priorização das DCNT (Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus) como agravos relevantes no contexto da comunidade de Jaciobá, foi possível identificar os seguintes nós críticos.

- Baixa adesão ao tratamento medicamentoso, às recomendações nutricionais e quanto ao estilo de vida;
- Condição socioeconômica desfavorável;
- Processo de trabalho inadequado desempenhado pela ESF quanto ao enfrentamento do problema.

Tais nós críticos foram utilizados como pilares para a elucidação de ações que permitissem o desenvolvimento da comunidade no que se refere aos agravos em pauta, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Plano de Ação elaborado com base nos nós críticos identificados, quanto a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Jaciobá (Girau do Ponciano – AL) 2015.

Nó crítico 1	Baixa adesão ao tratamento medicamentoso e às recomendações nutricionais e quanto ao estilo de vida.
Operação / Projeto	Criar grupo de Adultos / Idosos portadores de HA e DM com o objetivo de elucidar temáticas relevantes inerentes a tais agravos e as medidas terapêuticas e profiláticas cabíveis a estes.
Resultados esperados	Melhor adesão ao tratamento medicamentoso e as recomendações dietéticas e inerentes ao estilo de vida. Com a consequente melhor apresentação dos níveis pressóricos e glicêmicos.
Produtos	Reuniões quinzenais para educação em saúde e realização de rodas de conversa que permitam que os portadores de HA e DM expressem os entraves que enfrenta em relação ao agravo que apresenta. Além da avaliação do desenvolvimento das ações segundo a percepção de seus partícipes.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da UBS; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria dos Direitos da Mulher e do Idoso; Gestão Municipal.
Recursos necessários	Recursos audiovisuais e Material de Escritório (Papel 4A, canetas, tesoura, cartolinas, lápis de cor).
Nó crítico 2	Condição socioeconômica desfavorável
Operação / Projeto	Criar grupo de geração de renda para Adultos / Idosos portadores de HA e DM.
Resultados esperados	Desenvolvimento econômico, mediante a obtenção de uma renda extra.
Produtos	Reuniões quinzenais para a instrução / capacitação quanto ao produto a ser sintetizado (artesanato), avaliando periodicamente os benefícios que tal medida tem demonstrado e as necessidades de adequação do produto ou estratégia de venda.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da UBS; Secretaria Municipal de Saúde; Secretaria dos Direitos da Mulher e do Idoso; Gestão Municipal.
Recursos necessários	Recursos audiovisuais, material de escritório (Papel 4A, canetas, tesoura, cartolinas, lápis de cor) e demais materiais utilizados para a confecção do produto a ser vendido.
Nó crítico 3	Processo de trabalho inadequado desempenhado pela ESF quanto ao enfrentamento do problema
Operação / Projeto	Realização de reuniões mensais destinadas ao planejamento e discussão de medidas cabíveis, com enfoque na HA e no DM.
Resultados esperados	Melhor condução das ações e serviços prestados, proporcionando uma assistência mais resolutiva aos entraves identificados.
Produtos	Reuniões mensais para apresentação do perfil epidemiológico da unidade quanto a HA e o DM, e as ações assistenciais que têm sido desempenhadas pela equipe.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe da UBS.
Recursos necessários	Recursos audiovisuais e material de escritório (Papel 4A, canetas, tesoura, cartolinas, lápis de cor).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização de estratégias e planos interventivos na perspectiva da Atenção Primária se mostra ímpar, no que se refere a gerência do serviço e organização das atividades implementadas, sob a concepção do cuidado que se requer que se atribua num contexto coletivo.

Apesar da relevância que tal abordagem possui no que compete a atuar diretamente sobre os agravos mais insidiosos e críticos da área adstrita que se atua, os empecilhos envolvidos neste processo inferem diretamente sobre o andamento e elucidação de tal prática interventiva, em especial em comunidades com baixas condições socioeconômicas e de infraestrutura, como na comunidade de Jaciobá, do município de Girau do Ponciano.

Ainda que, tal viés assistencial se expresse de modo significativo, a abordagem multidisciplinar que a atenção primária possibilita, permitiu pontuar fatores que interferem de forma significativa sobre o “quadro” de saúde da população de Jaciobá, sendo estes: (1) Alta incidência de Hipertensão e Diabetes; (2) Elevada prevalência de Parasitismo Intestinal; e (3) Abastecimento de água potável insuficiente. Tendo primazia, neste âmbito, as DCNT, representadas pela Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, os quais requerem melhorias consideráveis quanto as medidas assistenciais a serem realizadas, em face da gravidade de seus resultantes.

Tal identificação abre espaço para a implementação de medidas interventivas, que não se limitam a uma perspectiva de cuidado meramente biológica ou curativista, mas que concebe saúde como resultante de diferentes fatores, quer sociais, psíquicos e/ou biológicos; dando-se atenção especial neste contexto a educação em saúde, como estratégia plausível de cuidado, que reflete resultados a curto e longo prazo, em consonância as diversas mazelas as quais a comunidade está submetida.

Atrelada a uma abordagem terapêutica, a educação em saúde, mostra-se ímpar, em especial na comunidade referida, já que potencializa o entendimento da

comunidade acerca dos agravos que mais incidem nesta região, sensibilizando a estes uma mudança de postura, no que se refere ao seu próprio cuidado e atenção, permitindo não só a cura do agravo que se apresenta, mas o desenvolvimento de uma saúde de qualidade e que reflita a contribuição da Atenção Primária sobre a coletividade, sobre a qual são desempenhadas suas atribuições.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, J. D. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 533-538, 2012. Disponível em: < [ttp://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400002&script=sci_arttext)>. Acessado em: 03/02/2015.

BARCELLOS, C., et al. Mudanças climáticas e ambientais e as doenças infecciosas: cenários e incertezas para o Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.18, n.3, p. 285-304, 2009. Disponível em: < <http://www.ensinosaudeambiente.uff.br/index.php/ensinosaudeambiente/article/view/162>>. Acessado em: 03/02/2015.

BRASIL. **Diretoria de Atenção Básica (DAB)**. Ministério da Saúde. 2013. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php/>. Acessado em: 03/02/2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E: Legislação da Saúde. 2012. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf>. Acessado em: 03/02/2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2014. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acessado em: 03/02/2015.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). 2010. Disponível em: < <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2778.pdf>>. Acessado em: 03/02/2015.

CARDOSO, J. H.; COSTA, J. S. D. Características epidemiológicas, capacidade funcional e fatores associados em idosos de um plano de saúde. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2871-8, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csc/v15n6/a24v15n6.pdf>>. Acessado em: 03/02/2015.

CIOSAK, S.I. et al. Senescência e senilidade: novo paradigma na atenção básica de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. spe2, p. 1763-1768, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/22>>. Acessado em: 03/02/2015.

COPQUE, H.L.F., TRAD, L.A.B. Programa Saúde da Família: a experiência de implantação em dois Municípios da Bahia. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 14, p. 223-233, 2005. Disponível em: < <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/101>>. Acessado em: 03/02/2015.

DECS. **Descritores em Ciências da Saúde**. Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). 2015. Disponível em: < <http://decs.bvs.br/>>. Acessado em: 03/02/2015.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, 2012. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742012000400001&script=sci_arttext&tIng=en>. Acessado em: 03/02/2015.

GOLDANI, M. Z. et al. O impacto da transição demográfico-epidemiológica na saúde da criança e do adolescente do Brasil. **Clinical & Biomedical Research**, v. 32, n. 1, 2012. Disponível em: < <http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/24812>>. Acessado em: 03/02/2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Mapas Municipais de Estimativas Populacionais**. 2014. Disponível em: < ftp://geofp.ibge.gov.br/mapas_estatisticos/estimativas_populacionais_2014/AL/>. Acesso em: 14/03/2015.

MALTA, D.C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, 2006. Disponível em: < http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742011000400002&script=sci_arttext&tIng=en>. Acessado em: 03/02/2015.

MONTEIRO, L. N.; AERTS, D.; ZART, V. B. Estado nutricional de estudantes de escolas públicas e fatores associados em um distrito de saúde do Município de Gravataí, Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 19, n. 3, p. 271-281, 2010. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742010000300009&script=sci_arttext>. Acessado em: 03/02/2015.

PAZ, A. A. M. et al. **Orientação para elaboração do projeto de intervenção local (PIL)**. Universidade de Brasília. Faculdade de Educação. UAB/UnB. Curso de Especialização em Educação na Diversidade e Cidadania, com ênfase em EJA. Brasília, [online], 2013. Disponível em: < http://forumeja.org.br/br/sites/forum_eja.org.br/files/Doc_Orientador_PIL.pdf>. Acessado em: 03/02/2015.

OGATA, M.N.; MACHADO, M.L.T; CATOIA, E.A. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais os usuários. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009 [cited 2010 jun 30];11(4):820-9. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a07.htm> >. Acessado em: 03/02/2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011. Disponível em: < <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673611601359> >. Acessado em: 03/02/2015.

SILVA, J.B.; BARROS, M.B.A.E. Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história. **Revista Panamericana de Salud Publica** 2002; 12(6):375-383. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a12v15n4> >. Acessado em: 03/02/2015.

SOUSA M. F.; HAMANN E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335. 2009. Disponível em: < <http://jmphc.com/ojs/index.php/01/article/viewArticle/12> >. Acessado em: 03/02/2015.

SOUSA, T. R. V.; LEITE FILHO, P. A. M. Análise por dados em painel do status de saúde no Nordeste Brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 796-804, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n2/03.pdf> >. Acessado em: 03/02/2015.

VASCONCELOS F. G. A.; ZANIBONI M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p. 1049-1504. 2011. Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16s1/a85v16s1.pdf> >. Acessado em: 03/02/2015.