

**André Ribeiro da Silva
Elter Alves Faria
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza**



**Estratégias de Saúde da
Família: Modelos de Planos
de Ações no Sistema
Único de Saúde**

Atena
Editora

Ano 2020

**André Ribeiro da Silva
Elter Alves Faria
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza**



**Estratégias de Saúde da
Família: Modelos de Planos
de Ações no Sistema
Único de Saúde**

Atena
Editora

Ano 2020

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação: Karine de Lima

Edição de Arte: Lorena Prestes

Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa

Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia

Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima

Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná

Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice

Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense

Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso

Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins

Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão

Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará

Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa

Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste

Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador

Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Fernando José Guedes da Silva Júnior – Universidade Federal do Piauí
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto

Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Me. Adalto Moreira Braz – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof^a Dr^a Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof^a Dr^a Andrezza Miguel da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof^a Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Prof^a Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Prof^a Dr^a Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof^a Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Prof^a Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Prof^a Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Dr. Fabiano Lemos Pereira – Prefeitura Municipal de Macaé
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Prof^a Dr^a Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Prof^a Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College
Prof^a Ma. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco

Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
 Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
 Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
 Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
 Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
 Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
 Prof. Me. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
 Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
 Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
 Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
 Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior
 Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo
 Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
 Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco
 Prof. Me. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
 Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
 Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo
 Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana
 Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E82	<p>Estratégias de saúde da família [recurso eletrônico] : modelos de planos de ações no sistema único de saúde / Organizadores André Ribeiro da Silva, Silvia Emanoella Silva Martins de Souza, Elter Alves Faria. – Ponta Grossa, PR: Atena, 2020.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-65-5706-100-8 DOI 10.22533/at.ed.008201606</p> <p>1. Famílias – Saúde e higiene – Brasil. 2. Pessoal da área de saúde pública. 3. Sistema único de Saúde (Brasil). I. Silva, André Ribeiro da. II. Souza, Silvia Emanoella Silva Martins de. III. Faria, Elter Alves.</p> <p style="text-align: right;">CDD 362.82</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
 Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A coleção “Estratégias de Saúde da Família: modelos de planos de ações no Sistema Único de Saúde” é uma obra que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de planos de ações voltados ao campo da ciências médicas, saúde pública e saúde coletiva. O volume abordará trabalhos originais de planos de ações em serviços de saúde, que foram elaborados pelos autores dos capítulos para apoiar os pacientes de Unidades Básicas de Saúde, através de ações educativas, as quais cada uma delas compõe um capítulo deste manuscrito.

O objetivo central é apresentar os estudos que foram desenvolvidos em diversas unidades básicas de saúde do Distrito Federal, Goiás e Tocantins, através do curso de Especialização em Saúde da Família, ofertado pela Universidade de Brasília, em parceria com o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNA-SUS. Em todos esses trabalhos a linha condutora foi formar médicos especialistas em Saúde da Família, em larga escala, em apoio ao processo de estruturação e organização da atenção básica, proporcionando a ampliação a efetividade clínica e a eficiência da gestão do cuidado à saúde, na perspectiva da consolidação do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Aspectos em atenção básica à saúde relacionados a doenças crônicas, tais como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, tabagismo, alcoolismo, além de acidentes biológicos em profissionais de saúde são temas do nosso livro.

Estes temas são discutidos aqui com a intenção de fundamentar o conhecimento acadêmico/científico, para profissionais de saúde refletirem sobre a atenção básica em saúde pública e suas perspectivas de aperfeiçoamento e melhoria no serviço de saúde prestado por estes profissionais e suas unidades básicas de saúde.

Desejamos a todos os leitores uma excelente leitura!

André Ribeiro da Silva
Silvia Emanoella Silva Martins de Souza
Elter Alves Faria
(Organizadores)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
GRUPOS DE TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº 2 DE PLANALTINA - DF	
Letícia Ferreira Guimarães Dieguez	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016061	
CAPÍTULO 2	11
DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NÃO ALFABETIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA DO TABOÃO – TO	
Patrícia Ribeiro da Silva	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016062	
CAPÍTULO 3	21
TABAGISMO ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE FIRMINÓPOLIS, GOIÁS	
Paulo Alessandro Zacharias Arruda Silveira	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016063	
CAPÍTULO 4	34
TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOL NASCENTE EM LUZIÂNIA-GO	
Patrícia Alves de Castro Porto Marinho	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016064	
CAPÍTULO 5	45
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DESAFIO PARA OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO	
Rodrigo de Souza Oliveira	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016065	
CAPÍTULO 6	60
PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 4 DO MUNICÍPIO DE QUIRINÓPOLIS – GOIÁS	
Rodney Rosa Monteiro	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016066	
CAPÍTULO 7	71
ACIDENTES BIOLÓGICOS EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL	
Lívia Carla Lopes de Moraes	
André Ribeiro da Silva	
DOI 10.22533/at.ed.0082016067	

CAPÍTULO 8 87

A INTERVENÇÃO PREVENTIVA DA EQUIPE MULTIDICPLINAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE NOVO HORIZONTE - JAÚ DO TOCANTINS, TRABALHANDO A PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO COM UM OLHAR VOLTADO PARA OS ADOLESCENTES

Bernard Pereira Barros Moura

André Ribeiro da Silva

DOI 10.22533/at.ed.0082016068

SOBRE OS ORGANIZADORES..... 101

ÍNDICE REMISSIVO 102

GRUPOS DE TABAGISMO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE Nº 2 DE PLANALTINA - DF

Letícia Ferreira Guimarães Dieguez
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina e as doenças relacionadas a ele continuam sendo as principais causas de morte evitáveis na maioria dos países. Diariamente, cerca de 428 pessoas morrem por causa da dependência a nicotina no Brasil. (INCA, 2019).

A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante (ROSEMBERG, 2013).

O acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil tem sido ampliado nos últimos anos. A meta para reduzir a prevalência do tabagismo no Brasil é de 9,1% até 2022 (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

Nos últimos anos, o Brasil vem sendo apontado como um país de referência mundial no controle do tabaco. Isso ocorreu devido a grandes investimentos de saúde pública e legislações que vêm sendo implantados desde a década de 80 (OMS, 2011). Como exemplo dessas ações, o país aprovou diversas regulamentações que tratam desde consumo de tabaco em espaços públicos, formas

de propaganda, aumentos de impostos e regulamentação do uso de aditivos, até políticas de substituição da agricultura do tabaco por outros produtos agrícolas. Deve-se, em grande parte, a essas ações de impacto populacional a queda da prevalência do tabagismo na população brasileira observada nas últimas décadas (31,7% da população adulta em 1989 para 14,7% em 2013) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Visando diminuir ainda mais o número de fumantes e consequente morbimortalidade associada ao tabaco, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), instituiu em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de setores da sociedade civil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Esse programa envolve três objetivos específicos: reduzir a iniciação ao tabagismo, prioritariamente entre jovens, proteger a população de todos os riscos do tabagismo passivo e aumentar a cessação de fumar entre os que se tornaram dependentes.

A região administrativa de Planaltina foi criada em 19 de agosto de 1859 sendo a mais antiga das regiões administrativas do Distrito Federal. Situado ao norte, o Município de Planaltina está a 63 quilômetros do Plano

Piloto. Possui 1.537,16 quilômetros quadrados e a população urbana de Planaltina totalizou 177.492 habitantes. As mulheres são maioria, com 51,7% (91.764), e homens correspondem a 48,3% (85.728). (CODEPLAN, 2019). Divide-se em Setor Tradicional; Setor Residencial Norte, mais conhecido como Jardim Roriz; Setor Residencial Oeste ou Vila Nossa Senhora de Fátima; Vila Vicentina; estâncias e condomínios; Arapoanga; Vale do Amanhecer; além da Área Central e as áreas rurais, que compõem a maior parte da área de Planaltina. Atualmente conta com 19 unidades básicas de saúde. (ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE PLANALTINA, 2019)

A Unidade Básica de Saúde (UBS) nº 2 se encontra localizada na Entre Quadras 1/10 Área Especial S/N, Vila Buritis, no Setor Tradicional em Planaltina. Possuía em 2018, 9 equipes de Estratégia de Saúde da Família. Foi verificado durante as consultas, tanto médicas quanto de enfermagem, um grande número de pacientes tabagistas bem como de doenças associadas ao uso do tabaco. Os grupos de tabagismo são um instrumento para ajuda na cessação do tabaco e os pacientes tabagistas que participam do mesmo aumentam a taxa de sucesso na cessação do tabaco após as sessões estruturadas.

A UBS nº 2 de Planaltina/DF apresenta alta taxa de pacientes fumantes entre seus usuários e, muitos deles, já apresentam doenças relacionadas ao tabagismo. Também é verificado que dentre esses pacientes, muitos deles são pacientes jovens e/ou iniciaram o tabagismo na adolescência. Faz-se necessário implantação de medidas como o grupo de cessação de tabagismo para a diminuição do número de pacientes tabagistas e conseqüentemente, diminuição de doenças associadas.

OBJETIVO

Avaliar a efetividade de um grupo de tabagismo realizado na UBS nº 2 de Planaltina/DF pelo Sistema Único de Saúde (SUS) durante o ano de 2018.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, observacional e retrospectivo, realizado na unidade básica de saúde nº 2 de Planaltina/DF a fim de se relatar o número de usuários tabagistas que cessaram ou não o tabagismo após a participação do grupo. A coleta de dados ocorreu nos prontuários dos pacientes que frequentaram o grupo de tabagismo durante o ano de 2018 por meio da ficha clínica de avaliação cujos pacientes responderam antes do início do grupo.

Foram analisados 19 prontuários e para análise, foi verificado dados clínico-epidemiológicos dos pacientes bem como se houve cessação de tabagismo ou não após o término do grupo por autorrelato dos pacientes participantes. Foram incluídos no estudo pacientes tabagistas que participaram de pelo menos 3 sessões realizadas

pelo grupo de tabagismo preconizados pelo Manual do INCA na UBS 2 de Planaltina/DF no ano de 2018. Foram excluídos os participantes que compareceram somente em 1 ou 2 sessões do mesmo grupo.

O grupo de tabagismo segue estruturação orientada pelo INCA, é composto por 4 sessões com intervalos semanais no primeiro mês, com duas sessões de manutenção, 15 e 180 dias após. O tratamento do tabagismo foi inserido na rede de Atenção Primária do SUS pelas Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004, e SAS/MS no 442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina.

Foi realizada apenas análise estatística descritiva dos dados e os resultados coletados foram descritos em planilhas do Excel e por meio do mesmo, foi realizado a construção de gráficos para análise.

As variáveis independentes analisadas foram sexo (feminino ou masculino) e idade (menores de 18 anos, entre 18 anos e 59 anos ou maiores de 60 anos), e as dependentes foram o uso ou não de terapia farmacológica, seja realizando apenas a terapia cognitiva-comportamental, seja utilizando o adesivo de nicotina e/ou a bupropiona.

UM BREVE SOBRE O TABAGISMO

O tabagismo é reconhecido como uma doença crônica causada pela dependência à nicotina. É considerado a principal causa de morte evitável em todo o mundo segundo a Organização Mundial de Saúde. Por dia, cerca de 428 pessoas morrem por causa da dependência a nicotina no Brasil. (INCA, 2019). A expectativa de vida de um indivíduo que fuma é 25% menor que a de um não fumante (ROSEMBERG, 2013)

O tabagismo responde hoje por cerca de 42% das doenças respiratórias crônicas, 71% dos casos de câncer de pulmão, 10% das doenças cardiovasculares e por cerca de 10% de todas as mortes (MESQUITA, 2013).

O acesso ao tratamento para cessação do tabagismo no Brasil tem sido ampliado nos últimos anos. A meta para reduzir a prevalência do tabagismo no Brasil é de 9,1% até 2022 (MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013). Para tal, o Ministério da Saúde, por meio do Instituto Nacional do Câncer (INCA), instituiu em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde e de setores da sociedade civil, o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT) (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2015). Esse programa envolve três objetivos específicos: reduzir a iniciação ao tabagismo, prioritariamente entre jovens, proteger a população de todos os riscos do tabagismo passivo e promover a cessação de tabagismo entre os que se tornaram dependentes.

O tratamento do tabagismo foi inserido na rede de Atenção Primária do SUS

pelas Portarias Ministeriais GM/MS no 1.035, de maio de 2004, e SAS/MS no 442, de agosto de 2004, aprovando o Plano de Implantação da Abordagem e Tratamento do Tabagismo no SUS e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dependência à Nicotina. Essas Portarias ampliaram o acesso da abordagem e tratamento do tabagismo, dos serviços de média complexidade para os centros de saúde.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da saúde evidenciou que o número percentual de fumantes no Brasil era de 18,9% para homens e 11,0 para mulheres, sendo que na região do Centro-Oeste esse percentual era de 16,8% e 10,4% respectivamente (INCA). Dados do Vigitel de 2017 apontam que a prevalência de fumantes nas capitais brasileiras reduziu de 15,7% em 2006 para 10,1% em 2017.

Segundo o 7º relatório da OMS divulgado em julho/2019, o Brasil ocupa o 2º lugar mundial no combate ao tabagismo. O país alcançou o mais alto nível das 6 medidas do plano MPOWER de controle do tabaco:

- Monitorar o uso do tabaco e as políticas de prevenção
- Proteger as pessoas contra o tabagismo
- Oferecer ajuda para parar de fumar
- Avisar sobre os perigos do tabaco
- Aplicar proibições à publicidade, promoção e patrocínio do tabaco
- Aumentar os impostos sobre o tabaco.

Segundo o Inca, quase 1,6 milhão de brasileiros fizeram o tratamento para parar de fumar na rede pública de saúde, entre os anos de 2005 e 2016.

Apesar do número alto de fumantes que desejam ou tentam parar de fumar, há indícios de que o apoio dado aos usuários tabagistas pelo sistema de saúde brasileiro ainda seja insuficiente. De acordo com a PNS de 2013, dos tabagistas com idade de 18 anos ou mais entrevistados, 51,1% afirmaram que tentaram parar de fumar no ano anterior. Do total de fumantes, porém, apenas 8,8% afirmaram ter procurado tratamento com profissional da Saúde para a tentativa de cessação (INCA, 2001).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi composta por 19 usuários tabagistas. Todos os participantes atenderam aos critérios de inclusão ao estudo, participaram de pelo menos 3 sessões estruturadas do grupo de tabagismo. A média de idade dos entrevistados foi de 42 anos, variando entre 17 a 60 anos com predomínio de idade entre 19 e 59 anos conforme apresentado no Gráfico 1.

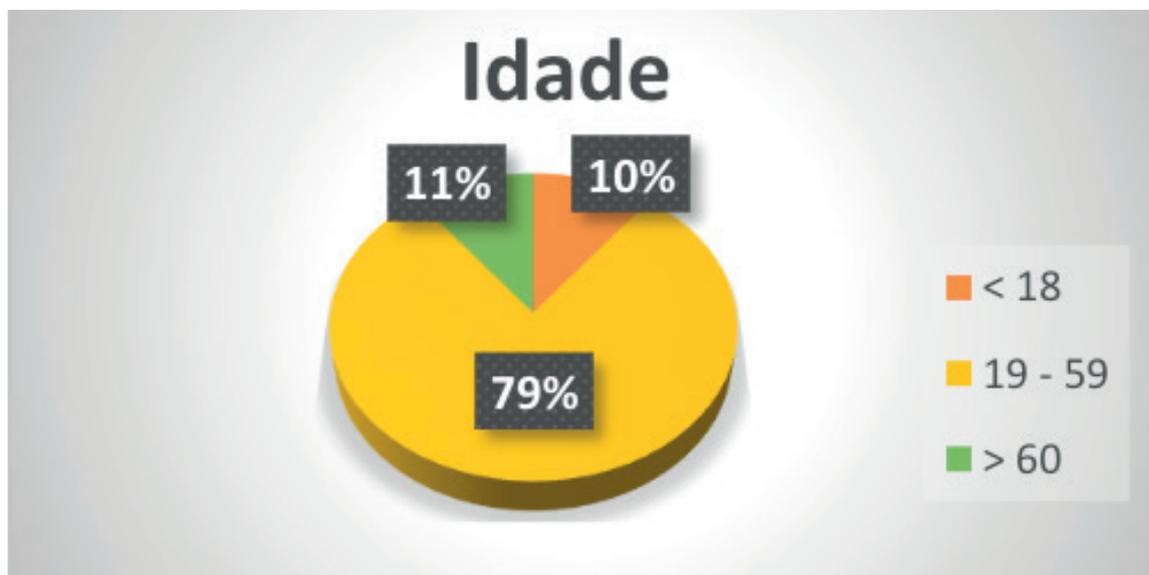


Gráfico 1 – Idade dos pacientes

Fonte: Os autores, 2020.

Em relação ao sexo, verificou-se predominância do sexo masculino (58%) em ao feminino (42%) conforme apresentado no Gráfico 2.

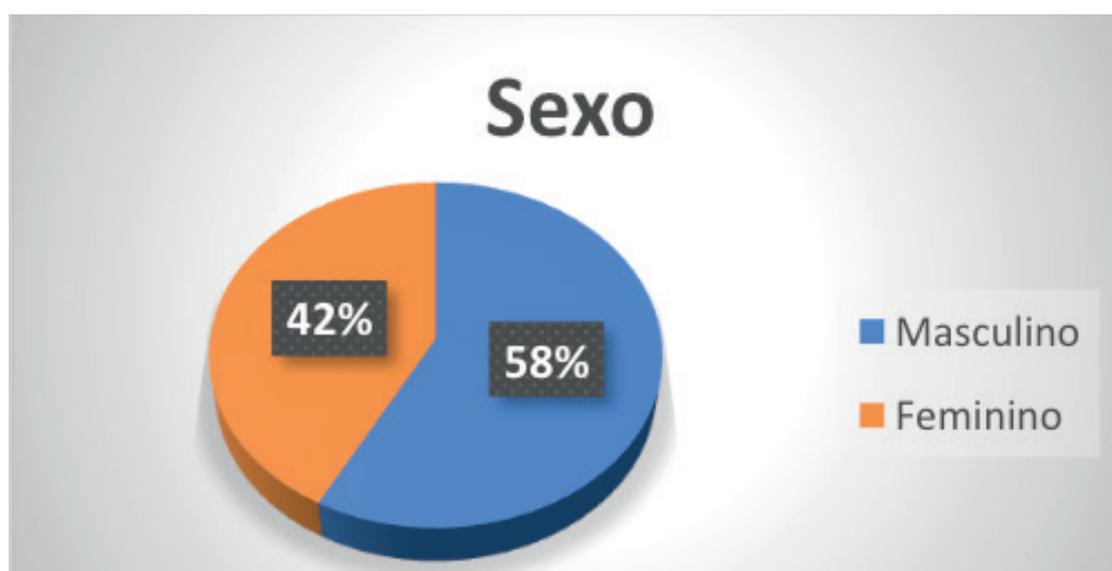


Gráfico 2 – Sexo dos pacientes

Fonte: Os autores, 2020.

Ao final do tratamento, dos pacientes que pararam de fumar, foi analisado que 42% eram do sexo feminino e 58% eram do sexo masculino conforme apresentado no gráfico 3.

Pararam de fumar



Gráfico 3 – Pararam de fumar

Fonte: Os autores, 2020.

Ao final do tratamento, 77,7% dos participantes que estiveram presentes até a 4 sessão do grupo pararam de fumar e 22,3% estavam fumando. Houve uma taxa de desistência de 52,6%, isto é, 47,4% dos participantes chegaram ao final do tratamento após um mês, produzindo a taxa de cessação ao tabagismo, conforme apresentado no Gráfico 4.

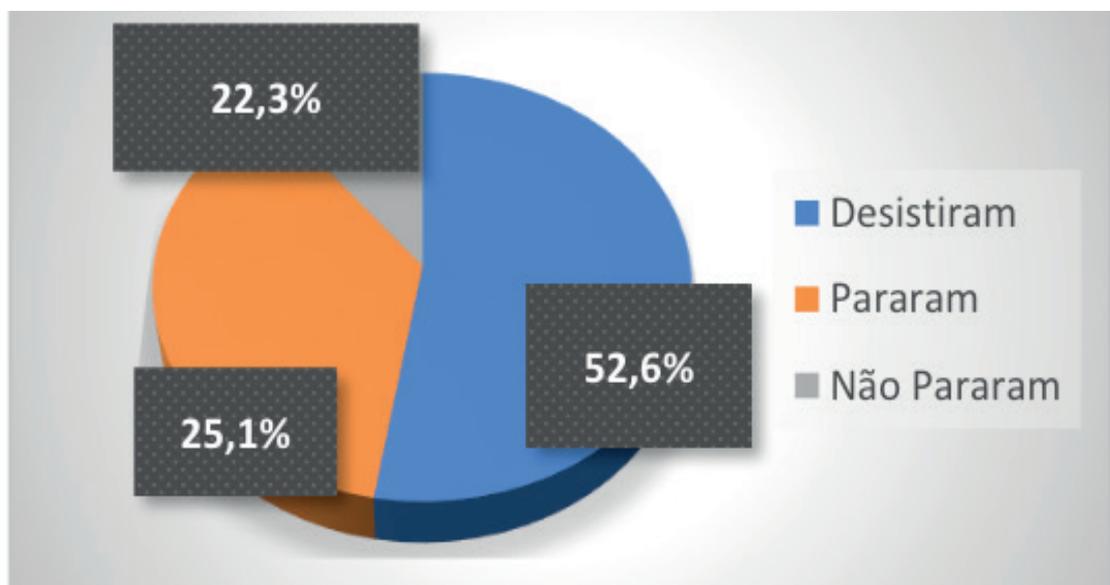


Gráfico 4 – Comportamento dos pacientes

Fonte: Os autores, 2020.

Dos pacientes, 73% fizeram uso de algum tipo de medicamento durante o grupo, sendo que desses, 14% fizeram uso apenas de bupropiona; 14% fizeram uso apenas de adesivo de nicotina e 72% fizeram uso de bupropiona e adesivo de nicotina conforme apresentado no Gráfico 5.

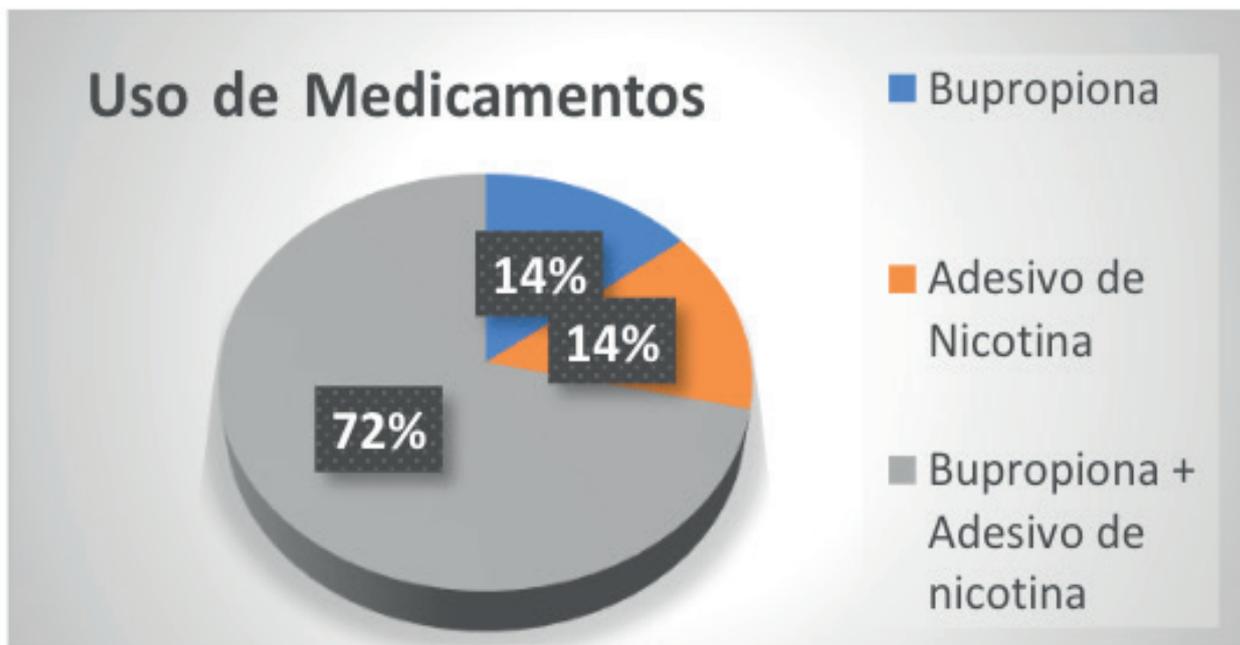


Gráfico 5 – Uso dos medicamentos.

Fonte: Os autores, 2020.

Dos pacientes que pararam de fumar após o grupo, 100% fez uso de bupropiona e adesivo de nicotina associados. Dos pacientes que não pararam de fumar após o término do grupo, 11,1% utilizou apenas adesivo e 11,1% utilizou bupropiona associada ao adesivo.

O estudo mostrou que um programa público de tratamento do tabagismo composto por psicoterapia breve associada à medicação pode aumentar as taxas de sucesso na cessação do tabagismo. Em uma revisão da Cochrane, concluiu-se que a associação entre medicamentos e a terapia cognitiva comportamental realizada em grupos estruturados aumentam a chance de cessação do tabaco (STEAD, 2016).

Observa-se que após 4 sessões, o número de usuários tabagistas que finalizaram o grupo foi cerca de 77%. Se considerarmos o número total de participantes desde o início, esse percentual é de 37%. Valores semelhantes são encontrados em estudos maiores realizados em outras instituições de saúde. Um deles realizado em um hospital público de Brasília, com avaliação de 109 pacientes durante 2 anos verificou-se 83,6% dos participantes que estiveram presentes às 4 sessões pararam de fumar com taxa de desistência de 33,1%, isto é, 66,9% dos participantes (MESQUITA, 2013). Outro estudo realizado com avaliação de 92 pacientes, o percentual de fumantes sem fumar na 4ª sessão foi de cerca de 66,6% e os que fizeram uso de medicação foi de 83,3% (MEIER, 2011). Parece ser fator preditivo na interrupção do uso do tabaco a maior adesão as sessões estruturadas do grupo de tabagismo.

Nota-se que a maior procura pelo grupo é por pacientes do sexo masculino e jovens, o que contrapõe com outros estudos onde a maioria dos pacientes tabagistas

participantes eram do sexo feminino (AZEVEDO, 2009). Na análise de fatores relacionados ao desfecho na interrupção do uso de tabaco, observa-se que o percentual de pacientes do sexo feminino que pararam de fumar foi menor em relação ao sexo masculino. Homens apresentaram maiores taxas de sucesso quanto a cessação do tabaco como demonstrado por esse estudo. Outro estudo realizado entre os anos de 2012 e 2014 na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca corrobora com esse resultado (RODRIGUES, 2015).

Os dados sobre abstinência são, em geral, apresentados juntos, sem conseguir fazer distinção entre pacientes que obtiveram resultados com apenas psicoterapia, pacientes que combinam psicoterapia e reposição de nicotina ou bupropiona, ou ainda as três formas de tratamento. Porém, ainda de acordo com a revisão da Cochrane, a terapia de reposição de nicotina auxilia na cessação do tabaco além de aumentar a taxa de abandono de 50 a 70%. Já em relação ao medicamento Bupropiona, parece não haver evidência na diferença de eficácia entre as terapias.

Percebe-se dentro esses estudos, altas taxas de abandono no tratamento e faz-se necessário estratégias para evitá-lo e atrair maior número de pacientes tabagistas. A identificação dos motivos do abandono e do não-comparecimento nas sessões, bem como das razões que levam o paciente a recaírem ao uso do tabaco podem ajudar na compreensão do processo de cessação e permanência sem o tabaco evitando o regresso de seu uso (WITTKOWSKI, et al, 2018).

Deve-se ter maior controle da abstinência para evitar recaídas. A presente pesquisa não analisou dados de abstinência por período maior após o término do grupo. Porém intervenções como consulta periódicas com a equipe de saúde, maior número de sessões de manutenção podem ser estratégias para ajudar em um maior controle da abstinência.

CONCLUSÃO

Nota-se após análise dos resultados do grupo de cessação do tabagismo que há avanço significativo com as políticas de redução do uso do tabaco, porém também é evidenciado que há ainda grande taxa de pacientes que abandonam o tratamento.

Grande parte dos pacientes foram bem-sucedidos na cessação do tabagismo aderindo as sessões pré-estabelecidas. O sucesso na cessação da dependência do tabaco tem como relação direta a dedicação e o cuidado na adesão do paciente ao PNCT. A abordagem multidisciplinar com orientações gerais e abordagens diferenciadas foram fundamentais para individualização do tratamento e acompanhamento do mesmo. A motivação na cessação do tabagismo é inerente a cada paciente e essencial para a interrupção do uso do tabaco. Dessa forma, a habilidade da equipe de saúde na estimulação do paciente bem como no fornecimento de orientações e medicamentos quando necessário se torna fundamental no auxílio do não abandono do fumante

durante o processo de cessação do tabagismo.

Torna-se necessário buscar alternativas para aumentar a adesão e diminuir a taxa de absenteísmo como marcar horários adequados à população a ser atendida, ligar para o paciente para avisá-lo da sessão, enfatizar e motivar o paciente a comparecer a todas as sessões de tratamento, distribuir o medicamento apenas em quantidade suficiente para uma semana e promover extenso treinamento aos profissionais que venham a participar dos programas de tratamento podem ser estratégias para aumentar as taxas de sucesso do grupo. Outra proposta é diminuir o tempo de retorno após o grupo a fim de monitorizar pacientes que pararam de fumar, bem como prevenir possíveis recaídas e/ou convocá-los para nova tentativa de cessação do tabagismo.

O tabagismo é a maior causa de morte evitável no mundo e os esforços em políticas e programas para diminuir o consumo e a venda dessa droga são sempre válidos.

REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE PLANALTINA. **Conheça a RA**. Disponível em: <http://www.planaltina.df.gov.br/category/sobre-a-ra/conheca-a-ra/>. Acesso em: 05 ago. 2019.

AZEVEDO, R. C. S., et al. Grupo terapêutico para tabagistas: resultados após seguimento de dois anos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 593-596, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000500025&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 set. 2019.

PDAD 2018 – Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. **CODEPLAN**. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/Planaltina.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2019.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Programa Nacional de Controle do Tabagismo. Tratamento do Tabagismo**. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/programa-nacional-de-controle-do-tabagismo/>. Acesso em: 20 jul. 2019.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 151-164, mar. 2013. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 06 ago. 2019.

MEIER, D.A.P.; VANNUCHI, M.T.O; SECCO, I.A.O. Abandono do Tratamento do Tabagismo em Programa de Município do Norte do Paraná. **Revista Espaço para a Saúde**. vol 13(1): 35-44, Londrina 2011. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosaude/article/view/448/436>. Acesso em: 06 set. 2019.

MESQUITA, A. A. Avaliação de um programa de tratamento do tabagismo. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 35-44, ago. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452013000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 12 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 154 p: il. (Cadernos da Atenção Básica, n. 40)

MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante** - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001

RODRIGUES N.C., et al. Profile of Brazilian smokers in the National Program for Tobacco Control. **Rev Bras Psiquiatr.** 2015;37(2):150-4. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462015000200150&lng=en&tlng=en. Acesso em 09 set. 2019

ROSEMBERG J, ROSEMBERG A.M.A., MORAES M.A. **Nicotina: droga universal**. São Paulo: Secretaria da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica; 2003.

STEAD L.F., KOILPILLAI P., FANSHAW T.R., LANCASTER T. Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. **Cochrane Database Syst Rev.** 2016;3. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008286.pub3/full>. Acesso em: 09 set. 2019

VIGITEL. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/julho/25/vigitel-brasil-2018.pdf/>. Acesso em: 10 ago. 2019.

WITTKOWSKI, L.; DIAS, C. R. S. Avaliação dos resultados obtidos nos grupos de controle do tabagismo realizados numa unidade de saúde de Curitiba-PR. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 12, n. 39, p. 1-11, fev. 2018. ISSN 2179-7994. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1463>. Acesso em: 06 set. 2019.

DIFICULDADES NA ADESÃO AO TRATAMENTO DE IDOSOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NÃO ALFABETIZADOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA DO TABOÃO – TO

Patrícia Ribeiro da Silva
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus, representam dois fatores de risco, os quais contribuem significativamente para agravos de saúde a nível nacional. A hipertensão afeta de 11 a 20% da população adulta com mais de 20 anos, cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico e 40% vítimas de infarto do miocárdio, juntamente com o diabetes mellitus, podem levar com frequência a invalidez parcial ou total do indivíduo com graves repercussões para o paciente e seus familiares (Brasil, 2001).

A abordagem conjunta neste projeto de pesquisa, justifica-se pela apresentação dos fatores comuns das duas patologias, as dificuldades que os pacientes não alfabetizados encontram em tomar as medicações prescritas em distintos horários, visto que muitas vezes são quatro, cinco ou mais classes de medicamentos que precisam tomar e acabam por confundir e assim não fazem o uso correto da medicação, complicando seu quadro clínico e prejudicando o tratamento medicamentoso.

Como recomendações básicas da

sociedade brasileira de cardiologia, algumas estratégias para a prevenção do desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica englobam políticas públicas de saúde combinadas com ações das sociedades médicas e dos meios de comunicação, com o objetivo tanto de estimular o diagnóstico precoce, o tratamento contínuo, o controle dos níveis pressóricos, associados a modificação do estilo de vida e uso regular da medicação (SBC, 2016).

Contudo, ao reconhecer a real necessidade dos pacientes não alfabetizados, promovemos junto com a equipe multidisciplinar estratégias para auxiliá-los, de maneira lúdica, afim que possam compreender a maneira e horários corretos de tomar as medicações que são de uso contínuo e assim, garantir um melhor prognóstico e uma melhor qualidade de vida a estes pacientes. Com a implementação de um método lúdico os idosos hipertensos e diabéticos que não alfabetizados ou possuem alguma dificuldade em entendimento poderão fazer o uso correto das medicações e assim manterem os níveis pressóricos e glicêmicos no padrão esperado. Diante dessas situações teve-se o seguinte problema de pesquisa: "Quais as dificuldades em adesão ao tratamento medicamentoso dos idosos hipertensos e diabéticos atendidos no município

de Fortaleza do Tabocão – TO.” Além disso, foi levantado a seguinte hipótese: “Com a implementação de um método lúdico os idosos hipertensos e diabéticos que não alfabetizados ou possuem alguma dificuldade em entendimento poderão fazer o uso correto das medicações e assim manterem os níveis pressóricos e glicêmicos no padrão esperado.”

OBJETIVO

Elaborar e propor um plano de ação, para auxiliar idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados, que não fazem uso de medicação de uso contínuo corretamente, de forma lúdica, a entender a forma certa de tomar a medicação, nos horários prescritos, no município de Fortaleza do Tabocão – TO.

METODOLOGIA

O referido estudo é uma pesquisa de natureza de campo, exploratória, descritivo com cunho quantitativa, a qual serão realizados um levantamento teórico e prático, onde serão utilizados dois eixos de avaliação: 1) Analisar as ações desenvolvidas pelos profissionais da unidade de saúde, com foco no HiperDia, onde conheceremos melhor os pacientes e formas que os mesmo tomam as medicações de uso contínuo; 2) analisar o perfil do paciente, seu grau de instrução, forma de entendimento, rotina diária e sua percepção em relação a sua assistência pela unidade básica de saúde.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

Foi realizado um estudo transversal, o qual, O cenário de investigação será o município de Fortaleza do Tabocão – TO, com uma população 2.419 habitantes (IBGE, 2010). O município conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que presta serviços de saúde tanto para zona urbana quanto para zona rural. A equipe de saúde multidisciplinar irá acompanhar esses pacientes, desde o momento da triagem até as consultas de rotina com médicos e enfermeiros, será feito acompanhamento domiciliar com o apoio dos agentes comunitários de saúde, o quais serão nosso maior elo entre o paciente e sua rotina fora da unidade básica de saúde.

As variáveis de estudos serão medidas na rotina do dia a dia, com conversas com os pacientes nas consultas de rotina, triagem, nas visitas domiciliares, por meio do contato direto com o paciente e o ambiente em que vive. Serão mensuradas por todos os membros da equipe multidisciplinar que estiverem contato direto com os

pacientes que fazem parte do grupo Hipertensão. Variáveis de estudo dependentes:

- Analfabetismo;
- Sobrecarga emocional;
- Estresse relacionado ao regime terapêutico;
- Estresse nas relações interpessoais;
- Estresse relacionado aos profissionais de saúde que o atendem frequentemente.

Para mensurar as variáveis independentes, buscaremos informações diretamente com os pacientes, por meio dos agentes comunitários de saúde, através dos questionários que os agentes comunitários de saúde possuem, o qual é utilizado para o cadastro do paciente e sua família no sistema DATASUS. Variáveis de estudo independentes:

- Sexo;
- Uso diário das medicações;
- Estado civil;
- Renda familiar;
- Comorbidades vivenciadas;
- Controle da doença com atividade física e alimentação;
- Vícios tais como cigarro e álcool.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Baseado nos principais queixas dos usuários e dados obtidos pelos relatórios do PEC encontramos os agravos demonstrados no quadro 1, disposto a seguir.

- Hipertensão artéria sistêmica	- Gravidez na adolescência
- Diabetes Mellitus	- Helmintíase
- Ansiedade generalizada	- Lombalgia
- Depressão	- Pneumonia adquirida na comunidade
- Tentativa de suicídio	- Enxaqueca

Quadro 1 - Problemas de saúde UBS DR Pedro Zanina - Prontuário eletrônico, 2018.

Fonte: Os autores, 2020.

Após conhecer os principais problemas buscados na UBS, elaboramos os principais descritores desses problemas, uma maneira de orientar a equipe

multidisciplinar sobre os assuntos, os mesmos estão dispostos no quadro 2.

PROBLEMA	DESCRITORES
1 - Hipertensão artéria sistêmica	Elevação da pressão arterial sanguínea devido fatores genéticos ou fatores modificáveis.
2 -Diabetes Mellitus	Elevação da glicose no sangue, que pode ocorrer por distúrbios genéticos ou defeitos na ação de insulina no pâncreas.
3 - Ansiedade generalizada	Distúrbio caracterizado pela “preocupação excessiva ou expectativa apreensiva”
4 - Depressão	Doença psiquiátrica crônica e recorrente que produz alteração do humor caracterizada por tristeza profunda e forte sentimento de desesperança. É
5 – Hanseníase	Doença de pele causada por uma bactéria chamada Mycobacterium leprae ou bacilo de Hansen.
6 - Gravidez na adolescência	Menores de idade em fase escolar gestantes.
7 - Helmintíase	Parasitas no intestino, principalmente de crianças.
8 - Lomablgia	Dor em região lombar, provavelmente proveniente de problemas na coluna
9 – Tabagismo	Dependência do consumo do tabaco.
10 - Enxaqueca	Cefaleia de causa desconhecida podendo vir ou não com sintomas associados que causa transtornos intensos quando está em crise.

Quadro 2 - Problemas elencados com seus descritores alinhados

Fonte: Os autores, 2020.

Os descritores dos diversos problemas de saúde buscados pelos pacientes na UBS em que atuo foram explicados de maneira sucinta, com o objetivo de orientar a equipe multidisciplinar sobre o que é determinada doença e sua possível causa, para que assim, também possam estar repassando as orientações a população usuária dos serviços de saúde.

Utilizamos a matriz, a exemplo da TUC, ilustrada no quadro 3, a qual atribuímos um valor determinado que pode ser único, mas que pode também variar de critério para critério, indicando que um é mais importante que o outro para o grupo:

1. Transcendência dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população;
2. Urgência dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados;
3. Capacidade de enfrentamento dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte de tempo do plano (Cardoso, 2019).

PROBLEMA	CRITÉRIOS VALORES DE 1 – 10			TOTAL
	TRANSCEDÊNCIA T	URGÊNCIA U	CAPACIDADE C	TXUXC
1	7	8	8	448
2	5	8	6	240
3	2	6	6	72
4	6	6	6	216
5	2	5	5	50
6	3	4	4	48
7	5	5	6	150
8	3	6	5	90
9	6	5	6	180
10	3	5	5	75

Quadro 3 - Cálculo da Matriz TUC para seleção dos problemas

Fonte: Os autores, 2020.

A seleção dos problemas relevantes a enfrentar deve ser orientada pela missão da Atenção Básica e pelo conhecimento da realidade. Em última instância, o que se propõe aqui é o mapeamento dos principais problemas de saúde e seus determinantes/condicionantes a partir da análise realizada do SIAB: as queixas mais frequentes, problemas mais comuns a todas as faixas etárias, problemas mais comuns por faixa etária, determinantes demográficos, ambientais, socioeconômicos e aqueles relacionados aos serviços de saúde. (Cardoso, 2019).

Depois de descrevermos e selecionar os problemas pelos participantes, é chegado o momento de analisá-los para entender melhor sua gênese, procurando identificar as suas causas, que, na verdade, não passam de outros problemas (“*intermediários*”) que estão gerando outros problemas. (Cardoso, 2019).

Após identificarmos os principais problemas, escolhemos três, baseados nas maiores incidências, de acordo com a matriz TUC e a demonstramos no quadro 4.

PROBLEMA	
a	Hipertensão arterial sistêmica
b	Diabetes Mellitus
c	Depressão

Quadro 4 - Problemas com maior score da matriz TUC

Fonte: Os autores, 2020.

A Explicação Situacional é, pois, uma reconstrução simplificada dos processos que geram os problemas relevantes selecionados, de tal forma que os elementos constituintes desses processos aparecem interconectados na geração desses problemas e de suas características particulares. (Cardoso, 2019).

Problemas selecionados, descritos, é importante analisa-los, para assim,

entendermos melhor suas causas e consequências na vida dos usuários e, assim, possamos tentar resolvê-los. Para isso, demonstramos no quadro 5, as causas e consequências dos três principais problemas identificados pela equipe.

PROBLEMA A	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	
DESCRITORES	CAUSA	CONSEQUÊNCIA
	Má alimentação	Ganho de peso
	Mau uso de medicamentos	Elevação da pressão arterial
	Sedentarismo	Ganho de peso, elevação dos níveis pressóricos, exaustão física.
PROBLEMA B	DIABETES MELLITUS	
DESCRITORES	CAUSA	CONSEQUÊNCIA
	Má alimentação	Ganho de peso
	Mau uso de medicamentos	Aumento glicêmico
	Sedentarismo	Ganho de peso, aumento de níveis glicêmicos
PROBLEMA C	DEPRESSÃO	
DESCRITORES	CAUSA	CONSEQUÊNCIA
	Problemas familiares e relacionamentos amorosos	Tristeza, falta de diálogo
	Estresse em trabalho	Cobrança em trabalho, pressão psicológica.
	Discernimento de opção sexual	Medo de conversar com família, preconceito social.

Quadro 5 - Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

Contudo, após toda a investigação dos principais problemas elencados na UBS percebemos que os hipertensos eram os maiores usuários, e as maiores dificuldades em adesão ao tratamento proposto estava entre os não alfabetizados ou que tinham pouco conhecimento intelectual, viviam sozinhos e não tinham cuidadores. O quadro 6 demonstra a quantidade exata do público investigado nesse projeto.

Idosos hipertensos e diabéticos	38
Idosos hipertensos	282
Idosos diabéticos	32
Acamados	4
Cormobidades – AVC	9
Não alfabetizados	21

Quadro 6 - Público investigado nesse projeto - mapa trimestral da UBS em 2018

Fonte: Os autores, 2020.

Após conhecermos exatamente a quantidade de hipertensos e diabéticos do município, iniciamos a seleção de pessoas afim de identificar quem realmente se

encaixava no perfil do projeto. Por fim, resultamos em um total de 100 pessoas, sendo eles:

- 38 idosos hipertensos e diabéticos;
- 28 hipertensos
- 21 não alfabetizados
- 4 acamados;
- 9 que tiveram comorbidades, tais como AVC;

Foi elaborado e aplicado um plano de ação, para auxiliar idosos hipertensos e diabéticos não alfabetizados, que não fazem uso de medicação de uso contínuo corretamente, de forma lúdica, a entender a forma certa de tomar a medicação, nos horários prescritos, no município de Fortaleza do Tabocão – TO.

Os interrogatórios começaram na unidade básica de saúde do município, por meio de consultas de rotina dos pacientes hipertensos e diabéticos que fazem uso de medicação de uso contínuo, com isso, identificamos as principais dificuldades desses idosos não alfabetizados em não entender como tomar corretamente as medicações em casa, pois alguns tomam diversos tipos de medicamentos e distintos horários. Tais dados foram registrados no PEC – prontuário eletrônico e nas fichas de visitas domiciliares, as quais são realizadas semanalmente na área de abrangência desta unidade básica de saúde.

O primeiro passo é a educação em saúde aos usuários, principalmente aos que tem dificuldades com leitura e entendimento. Apresentar uma forma de maneira lúdica, para que possam compreender melhor a maneira de tomar as medicações, foi a maneira mais fácil que encontramos.

A investigação e aplicação do projeto se deu durante os meses de julho DE 2018 até os dias atuais do mês de agosto de 2019. Juntamente com a equipe multidisciplinar, entendemos que o cuidado continuado a estes pacientes deveria ser prolongado, pois realmente percebemos diversas dificuldades na adesão ao tratamento, a partir do nosso olhar e cuidado intenso de perto, tornou-se mais eficaz o tratamento e com menos complicações.

As entrevistas se deram por meio das consultas de rotina mensalmente quando os pacientes vinham até a unidade básica de saúde para buscar suas medicações ou em visitas domiciliares realizadas semanalmente. As visitas domiciliares são selecionadas a partir da necessidade que os agentes comunitários de saúde apresentam a equipe e a partir daí vamos até a casa do paciente, averiguar de perto como é sua rotina, como vive, como é a alimentação e por fim a forma que usa as medicações.

Algumas variáveis foram identificadas no decorrer dessas investigações, tais como:

Variável	Quantidade de pessoas
Analfabetismo	21
Sobrecarga emocional	89
Estresse relacionado ao regime terapêutico	89
Estresse nas relações interpessoais	18
Estresse relacionados aos profissionais que o atendem frequentemente	4

Quadro 7 - Variáveis dependentes

Fonte: Os autores, 2020.

A medida que íamos conhecendo melhor o perfil de cada paciente, se tornava mais fácil identificar a ajuda, apesar de sabermos que a principal finalidade desse projeto foi na orientação em fazê-lo tomar as medicações da maneira correta, porém, outras variáveis foram identificadas e possíveis de controle, portanto, a equipe multidisciplinar sempre trabalhou junta, sendo ela composta por médica, enfermeira, psicóloga, assistente sociais, agente comunitários de saúde, dentre outros profissionais do NASF, todos sempre em parceria para melhorar a qualidade de vida dos usuários desta unidade básica de saúde.

O quadro 8 refere-se a quantidade de paciente investigada de acordo com: sexo, estado civil, renda familiar, comorbidades vivenciadas, controle da doença com atividades físicas ou alimentação, vícios, enfim,

Variável	Quantidade de pessoas		
Homem	42		
Mulher	58		
Uso diário de medicações	100		
Estado civil	Casado 46	Solteiro 38	Viúvo 16
Renda familiar	Um salário mínimo em média		
Cormobidades vivenciadas	13		
Controle de doença com atividades físicas e alimentação	28		
Vícios, tais como cigarro e álcool.	31		

Quadro 8 - Variáveis independentes

Fonte: Os autores, 2020.

Baseado nestes dados, a próxima etapa do projeto, foi construir alguns recipientes em EVA o qual diferenciava e identificava os horários de manhã, tarde e noite e ali depositar as medicações, orientando assim, os idosos a tomarem corretamente as medicações.

Foram confeccionados compartimentos, divididos em três espaços, onde o primeiro tinha o símbolo do sol, representando o horário da manhã, o segundo um

prato comida, representando o horário de almoço e o terceiro, o luar, que seria o período da noite. Desta forma os pacientes guardariam os medicamentos em seus respectivos horários de tomada, para que assim, houvesse uma melhor compreensão da maneira correta e horário de tomar devido remédio.

Para esses compartimentos, o material utilizado foi: papelão, EVA, cola de EVA, folha de papel branco, impressora colorida, tesoura. Os custos foram de aproximadamente 20 reais com todo o material. Foram confeccionados 100 compartimentos para serem distribuídos entre os pacientes que tinham mais dificuldades de adesão ao tratamento, devido a falta de compreensão, analfabetismo, idosos que moram sozinhos. Os compartimentos confeccionados foram entregues nos domicílios dos pacientes, juntamente com a equipe multiprofissional, composta por: médica, enfermeira, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se, através da construção deste projeto que as ações continuadas da equipe multidisciplinar são importantíssimas para a adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivos ou qualquer outra doença crônica, que se faz necessidade de medicamentos de uso contínuo contribuindo significativamente na promoção da saúde e prevenção da doença, diminuindo assim o índice de falha terapêutica ou abandono do tratamento.

Sabe-se que existe o tratamento medicamentoso e o não medicamentoso para o controle dos níveis pressóricos, porém, nem sempre o paciente segue conforme é orientado pelo médico, nesse caso, a equipe multidisciplinar deve estar atenta a adesão desse paciente, fazendo busca ativa, visitas domiciliares, incentivando a prática de atividades físicas, para assim conseguirmos bom êxito no melhor prognóstico desses pacientes.

Com o desenvolver desse projeto, notou-se a necessidade de sua implementação na prática, onde juntamente com toda equipe de saúde desenvolvemos o plano de ação, confeccionamos os compartimentos os quais foram identificados de acordo com o horário e maneira de tomar a medicação correta, dessa forma, o paciente espera-se que o paciente tenha uma melhor adesão ao tratamento e conseqüentemente melhora dos níveis pressóricos, melhor prognóstico e melhor qualidade de vida.

É fundamental que os trabalhos sejam de ponta a ponta, desde o agente comunitário de saúde, passando pelos técnicos de enfermagem, enfermeiro, médico, equipe do NASF, para que assim, o paciente sintam-se bem acolhido na unidade de saúde e não desista do tratamento. Pois sabe-se que uma boa orientação muda completamente o cenário de saúde, seja envolvendo fatores relacionados a doença, ao tratamento, ao usuário, fatores socioeconômicos, dos serviços de saúde ofertados e apresentação da equipe de apoio.

Os resultados ao final desse projeto foram de grande importância para toda equipe, pois conseguimos criar um elo de confiança e compreensão por parte do paciente e equipe de saúde, onde os pacientes acompanhados diretamente melhoraram significativamente os níveis pressóricos e diminuíram as buscas na unidade de saúde por consultas de urgências devido crises hipertensivas.

Percebeu-se então, que a melhor estratégia para uma boa adesão ao tratamento é uma abordagem bem orientada e, no caso dos analfabetos, de uma maneira lúdica, onde a compreensão visual torna-se o melhor aliado, diminuindo assim, as tomadas erradas de medicações, melhorando a qualidade de vida e diminuindo os índices de complicações e riscos associados a essas patologias crônicas. Tivemos uma boa adesão ao projeto, visto que os hipertensos e diabéticos avaliados, mantiveram os níveis pressóricos e assim, menos idas por crises hipertensivas ou descontrole diabético na unidade de saúde, melhorando assim suas qualidades de vida.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf

CARDOSO, Antônio José da Costa. **Abordagem teórico metodológicas para intervenção na atenção básica.** Curso de especialização saúde da família – UNB UNA-SUS, Guia do participante, Seminário integrador III. 2019. Disponível em: file:///C:/Users/Patr%C3%ADcia%20Ribeiro/Downloads/00_Guia%20do%20Participante_Semin%C3%A1rio%20Integrador%20II.pdf

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar.** Rio de Janeiro: Record, 1997. Apud <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>

IBGE. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.** Fortaleza do Tabocão 2010. Censo 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/to/fortaleza-do-tabocao/panorama> Acesso em agosto 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq. Bras. Cardiol. V. 95, 2010.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, Setembro 2016, 7ª diretriz Brasileira de hipertensão arterial disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf Acesso em agosto 2019.

TABAGISMO ENTRE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NO MUNICÍPIO DE FIRMINÓPOLIS, GOIÁS

Paulo Alessandro Zacharias Arruda Silveira
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

Este trabalho é componente essencial ao curso de Especialização em Saúde da Família pelo Programa Mais Médicos, que visa fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) através de um Planejamento Estratégico Situacional (PES). Trata-se de um planejamento ao nível local em que será utilizado o Método Altadir de Planificação Popular (MAPP), de Carlos Matus. Este método é adequado para a realidade da Estratégia em Saúde da Família (ESF) no Brasil, por ser um método simples e criativo de planejamento a partir de populações. O propósito é ampliar e melhorar as políticas públicas, melhorando a capacidade de governo, através do planejamento com direcionalidade e, conseqüentemente, estender a governabilidade.

O Processo de Planejamento tem sua importância pautada na necessidade social das pessoas, usuários ou famílias, que utilizam a APS. É somente através de um cálculo situacional localizado que se pode dar destino aos múltiplos recursos, tipo organizacionais, financeiros ou políticos.

O território escolhido neste trabalho

corresponde ao município de Firminópolis no estado de Goiás, que possui uma população de 11 mil e 603 habitantes, segundo o último censo IBGE de 2010. Está distribuída em um total de 406,1 quilômetros quadrados de área, que abrange a cidade de Firminópolis e dois povoados (distritos): O Povoado de Novo Planalto e Santo Antônio. O município possui seis equipes de ESF distribuídas em cinco Unidades Básicas de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Centro de Saúde Doutor Vânio Medeiros de Melo ou popularmente conhecido como “Posto Central” possui duas equipes em ESF na mesma instalação predial. São equipes formadas por um médico, odontólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem e Agentes Comunitários em Saúde (ACS). Para este trabalho foi coletado dados da equipe INE (Identificador Nacional de Equipes) número 457531. A unidade possui 2.273 usuários distribuídos em 921 domicílios (ou famílias), com renda média de um a dois salários-mínimos. É uma população que, em sua maioria (59,7%) apresenta apenas escolaridade ao nível fundamental completo ou abaixo. Quanto às moradias do território, elas são de zona urbana, predominantemente de alvenaria, com coleta regular de lixo e com rede de saneamento para água (80%), entretanto,

são desprovidas de esgoto com predomínio de fossa rudimentar.

A pesquisa foi primeiramente elaborada através de consulta ao sistema de dados Informações em Saúde TABNET, da plataforma DATASUS do Ministério da Saúde (MS), onde foi possível elencar os principais agravos registrados para o município. Agravos em saúde corresponde a um mal ou prejuízo, de um ou mais indivíduos, de uma coletividade ou população. De forma complementar e restrita à equipe, foi realizada pesquisa sobre os agravos aferidos pelo Relatório de Cadastro Individual (RCI), coletado pelos profissionais ACS e contabilizado no programa E-SUS AB, do MS, utilizado no dia-a-dia da equipe.

Este trabalho optou por abordar a temática relacionada às DCNT, ou seja, às Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Esta seleção teve fundamento nas observações do autor e profissionais de saúde da equipe, tanto em consultório como em visitas domiciliares. Assim foi possível levantar a primeira hipótese, ou seja, de que a população de Firminópolis está em risco para doenças cardiovasculares, mas que é possível de ser evitado ou minimizado.

Relacionado a este contexto, sabe-se que o hábito de fumar atua como fator agravante. Logo, levantou-se a hipótese de que a rede de serviços em saúde do município está insuficiente para redução e prevenção do tabagismo. Dessa forma, foi possível delimitar o problema a ser pesquisado: Quanto é a prevalência do tabagismo entre a população de hipertensos e diabéticos e como diminuí-lo no município de Firminópolis?

OBJETIVO

Elaborar um plano de ação com proposta interventiva para minimizar o prejuízo do tabagismo entre os hipertensos e diabéticos no município de Firminópolis, Goiás.

MÉTODO

Trata-se de um estudo do tipo transversal, quantitativo, complementado com uma intervenção prática apoiada em um Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Como discorre Artmann (2012, p. 6):

Na explicação situacional o ator analisa a realidade, os problemas, desde dentro da situação. A situação, enquanto um recorte problemático feito em função de um projeto de ação, está constituída pelo ator eixo da explicação situacional, por outros atores, pelas suas ações e pelas estruturas econômicas, políticas, ideológicas e culturais que condicionam os atores e suas ações.

O universo escolhido é a cidade de Firminópolis, Goiás, tendo como referência a ESF Centro de Saúde Doutor Vânio Medeiros de Melo. O objeto deste estudo

corresponde a uma pesquisa de campo sobre os principais agravos em saúde neste município, com foco seletivo para investigação da prevalência ao hábito de fumar entre a população de hipertensos e diabéticos.

Como variáveis independentes para este estudo podemos citar a baixa escolaridade e a baixa renda da população alvo. As variáveis dependentes são: desconhecimento dos riscos cardiovasculares; incapacidade de enfrentamento do vício sem auxílio ativo externo; má-adesão da população ao grupo de antitabagismo.

A forma de abordagem a ser realizada é do tipo pesquisa quantitativa. Os procedimentos são do tipo pesquisa de campo. Serão utilizados os resultados coletados em duas fontes: os registros no sistema DATASUS – TABNET e o “Relatório de Cadastro Individual” (RCI), contabilizado no programa E-SUS AB, relativo ao trabalho contínuo de coleta ativa da equipe ESF Centro de Saúde Doutor Vânio Medeiros de Melo.

A pesquisa ao TABNET utilizou como critério geral de inclusão os agravos que atendessem a opção “município de notificação” equivalente a Firminópolis em todos períodos oferecidos pela plataforma. Os critérios gerais de exclusão foram os seguintes: dados inferiores ao ano de 2000, resultados inferiores a cinco registros notificados e doenças cujo tratamento só é possível em centros especializados (por exemplo HIV e Hanseníase).

Os resultados foram tabulados em uma Matriz, com valoração dos Critérios (Transcendência, Urgência e Capacidade). Esta Matriz nada mais é do que um método de seleção dos agravos enumerados através de pontuações subjetivas conforme os critérios Transcendência, Urgência e Capacidade de enfrentamento.

De acordo com o Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa (Michaelis, 2019) define-se Transcendência como “caráter do que é transcendente, superior; excelência, grandeza, superioridade”; Urgência como “qualidade ou condição de algo que é urgente; que não pode ser adiado”; Capacidade como “poder, aptidão ou possibilidade de fazer ou produzir qualquer coisa; competência, habilidade”.

A Matriz TUC desenvolvida esteve amparada nas definições de Cardoso (2013) que estabelece: a) Transcendência dos problemas para gestores e técnicos da organização, para as forças sociais que o apoiam e para a população; b) Urgência dos problemas e implicações da postergação do enfrentamento dos problemas considerados; c) Capacidade de enfrentamento dos problemas e possibilidade de obter efeitos de impacto dentro do horizonte do tempo do plano. Através desta Matriz foi possível selecionar os três principais agravos para a próxima fase, que tratou da determinação causal.

O PES tem como metodologia o estabelecimento da rede causal, que foi possível por meio da Matriz de Análise de Problemas. Este elemento buscou sistematizar os nós críticos dos agravos selecionados. Estes nós foram fundamentais para elaborar a proposição do plano de ação, que só foi possível através da identificação dos atores envolvidos. Por fim, pode-se sistematizar o plano através de um cronograma de ações tipo beta com metas de resultado e de produto.

RESULTADOS

Primeiramente, quanto à Hipertensão Arterial Sistêmica, de acordo com o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos – Goiás (Hiperdia), foram achados 437 registros em pesquisa DATASUS, relativos ao período de janeiro de 2002 a abril de 2013. Este resultado é referente a população total de Firminópolis, considerando apenas para Hipertensão isolada. Destes, 83 (19%) apresentavam Diabetes associado. O Tabagismo também apresenta elevada prevalência. Dentre os Hipertensos e Diabéticos, no mesmo período, 14,4% (doze pessoas do grupo) responderam ainda serem tabagistas, de acordo com o TABNET – DATASUS.

Já pelo RCI, no território da ESF foi encontrado uma prevalência de 20% para Hipertensão Arterial Sistêmica, isoladamente. Para o diabetes, a prevalência foi de 4,5% dos usuários. Este relatório também resultou uma prevalência global de 8% para tabagismo no território da equipe da ESF. Este resultado não correlaciona a presença ou ausência das comorbidades hipertensão e diabetes associadas ao tabagismo.

Dos agravos infecciosos, a Dengue (doença potencialmente fatal em curto prazo) lidera o número em notificações. No período de 2001 a 2017 foram notificados 401 casos no total. Outra doença infecciosa, de alta mortalidade, a Tuberculose, apresentou 10 diagnósticos, notificados entre 2001 a 2019. Logo em seguida temos as Hepatites virais, com 13 notificações de 2001 a 2017.

Outros agravos achados na pesquisa, ou problemas de saúde pública, pode-se elencar os Acidentes por animais peçonhentos, com 42 casos registrados de 2001 a 2017. Também foram registrados 9 casos de Violência Sexual no período de 2009 a 2016.

DISCUSSÃO

Os dez problemas pesquisados em Firminópolis estão resumidamente listados na Tabela 1:

Problemas	Descritores
1. Hipertensão Arterial Sistêmica	437 registros de 01/02 até 04/13 (DATASUS) 20% dos usuários da ESF (RCI)
2. Hipertensão associada ao Diabetes	83 registros, equivalente a 19% do grupo dos Hipertensos, no período de 01/02 até 04/13 (DATASUS)
3. Diabetes	102 ou 4,4% dos usuários da ESF (RCI)
4. Tabagismo	184 ou 8% dos usuários da ESF (RCI)
5. Tabagismo entre Hipertensos com Diabetes	12 registros, equivalente a 14,4% do grupo, no período de 01/02 até 04/13 (DATASUS)
6. Dengue	401 notificações de 2001 a 2017 (DATASUS)
7. Tuberculose	10 notificações de 2001 a 2019 (DATASUS)
8. Hepatites Virais	13 notificações de 2001 a 2017 (DATASUS)
9. Acidente por animais peçonhentos	42 casos de 2001 a 2017 (DATASUS)
10. Violência doméstica, sexual e outras	9 casos de 2009 a 2016 (DATASUS)

Tabela 1 – Problemas selecionados
 Fonte: TABNET – DATASUS; E-SUS-RCI, 2020

A Tabela 1 reflete o panorama da transição epidemiológica, onde DCNT convivem com doenças infecciosas. Este cenário é o esperado para o município, visto que o Brasil atravessa esse período de transição, onde há prevalência das DCNT em paralelo com as doenças infecciosas. Entretanto, há um crescente aumento de responsabilização por morte antes dos 70 anos para as DCNT, como por exemplo as HAS e diabetes (SCHMIDT et al., 2011).

A cidade de Firminópolis – Goiás é um município de baixo renda, cujo PIB – Produto Interno Bruto, *per capita*, equivalente a R\$ 12.227,44 e está classificado em 220º dentre os 246 municípios do estado (IBGE, 2016). Ainda, de acordo com a mesma fonte, é uma região de baixa escolaridade, que conta apenas com um estabelecimento de ensino médio e nenhum de ensino superior.

Por outra análise, felizmente, pode-se considerar o município de Firminópolis como uma cidade pacífica (comparativamente com outros municípios brasileiros, sobretudo àqueles com mais de dez mil habitantes). O estudo “Mapa da Violência” de 2016 comprova a inexistência de homicídios por arma de fogo nos anos de 2012 a 2014, por exemplo.

Na Tabela 2 abaixo temos a Matriz TUC, onde os agravos selecionados da Tabela 1 estão numerados na mesma sequência. Foram estabelecidas pontuações de 1 até 3 para os critérios Transcendência, Urgência e Capacidade, conforme a importância estabelecida (1 para valoração menos importante e 3 para valoração máxima).

Problema	Critérios (Valores de 1 a 3)		
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)
1	3	2	3
2	3	3	2
3	2	2	1
4	3	2	1
5	3	3	3
6	3	2	2
7	2	3	2
8	2	1	2
9	3	2	1
10	3	3	1

Tabela 2 – Matriz TUC dos dez principais problemas
 Fonte: Os autores, 2020

Para a pontuação da Matriz TUC (Tabela 2) foi considerado o perfil socioeconômico da população, a cultura, os hábitos de vida, os fatores ambientais

e as *causas mortis* (naturais e externas) dos problemas encontrados. As avaliações foram priorizadas frente as necessidades mais imediatas da população, com intuito de estabelecer um plano estratégico pautado em intervenções preventivas. Afinal, o PES deve buscar identificar problemas potenciais, para que se possa evitar situações de maior gravidade, como DACs ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), por exemplo que consomem maiores recursos financeiros ou políticos (ARTMANN, 2012).

Portanto, frente a elevada prevalência encontrada para o tabagismo, entre os hipertensos e diabéticos (14,4% dentre o grupo) o agravo atribuído maior pontuação na Matriz TUC (Tabela 2) foi o número 5: **Tabagismo entre Hipertensos e Diabéticos**. Este problema corresponde ao mais urgente de atenção, visto que o uso do tabaco piora significativamente as DCNT.

a) Determinação causal do problema selecionado:

Na Tabela 3 está apresentado a Matriz de Análise dos três principais problemas selecionados.

Problema 1	Hipertensão Arterial Sistêmica	
Descritores	Causas	Consequências
437 registros de 01/2002 até 04/2013 (DATASUS) 20% dos usuários da ESF são Hipertensos (RCI)	Consumo elevado de sal Desconhecimento dos riscos cardiovasculares (N4) Frequência inadequada do grupo Hipertensão (N5) Horário de funcionamento da ESF incompatível com a jornada de trabalho da população (N3) Causas hereditárias	Infarto Agudo do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral Doenças Cardiovasculares Doença Renal Aumento da Mortalidade
Problema 2	Hipertensão associada ao Diabetes	
Descritores	Causas	Consequências
19% dos Hipertensos são Diabéticos (DATASUS)	Alimentação inadequada Desconhecimento dos riscos cardiovasculares (N4) Frequência inadequada do grupo Hipertensão (N5) Horário de funcionamento da ESF incompatível com a jornada de trabalho da população (N3)	Infarto Agudo do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral Doenças Cardiovasculares Doença Renal Retinopatia Aumento da Mortalidade
Problema 3	Tabagismo entre Hipertensos com Diabetes	
Descritores	Causas	Consequências

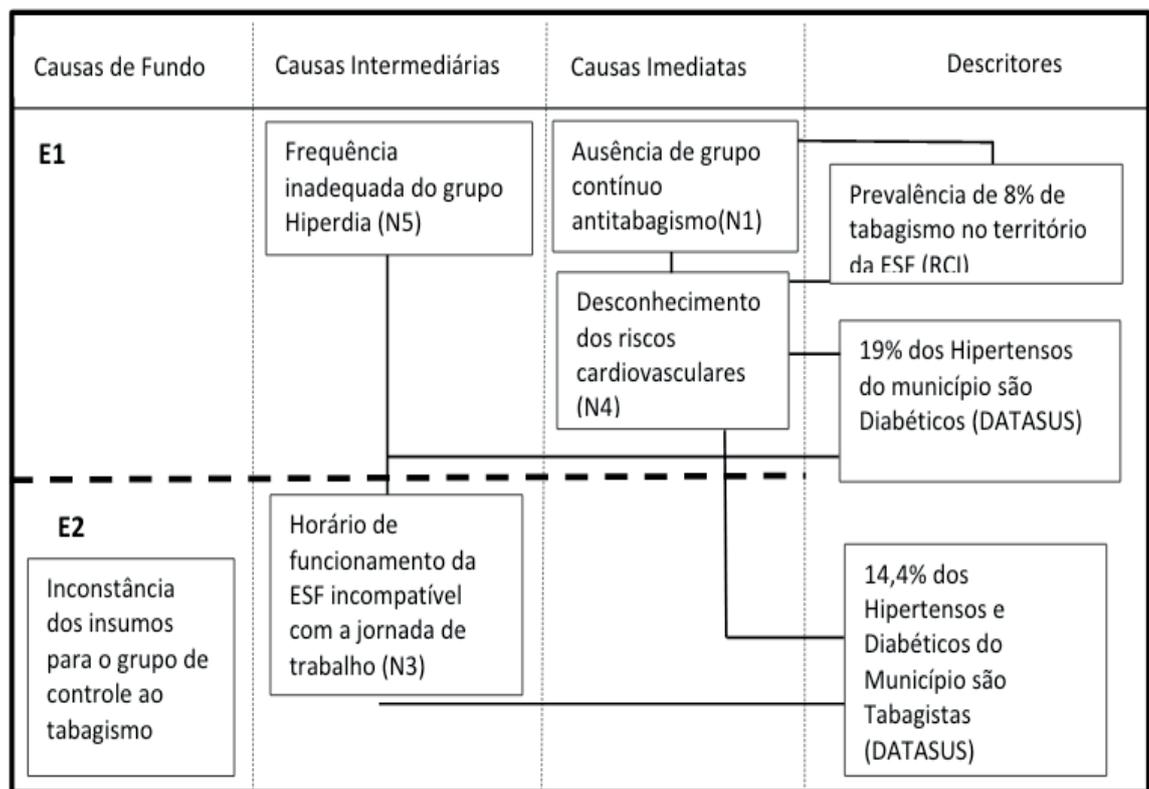
Prevalência de 8% de tabagismo no território da ESF (RCI)	Alimentação inadequada Desconhecimento dos riscos cardiovasculares (N4) Frequência inadequada do grupo Hipertensão (N5)	Infarto Agudo do Miocárdio Acidente Vascular Cerebral Retinopatia Doenças Cardiovasculares
19% dos Hipertensos do município são Diabéticos (DATASUS)	Horário de funcionamento da ESF incompatível com a jornada de trabalho da população (N3)	Insuficiência Venosa Enfisema Doença Renal
14,4% dos Hipertensos e Diabéticos do Município são Tabagistas (DATASUS)	Ausência de grupo contínuo antitabagismo na ESF (N1) Inconstância dos insumos para o grupo de controle do tabagismo (N2)	Diminuição da qualidade de vida Aumento da mortalidade Aumento dos gastos em saúde pública

Tabela 3 – Matriz de Análise dos problemas selecionados

Fonte: Os autores e equipe da ESF, 2020

A sistematização da Tabela 3 objetiva estabelecer a rede causal dos três problemas de maior escore pontuados pela Matriz TUC, com definição dos nós-críticos (N1, N2, N3 etc.) ou também chamadas de variáveis críticas. Esses nós serão os pontos de enfrentamento, ou seja, pontos para elaboração de uma estratégia que guiará o plano de ação a ser apresentado posteriormente.

Após identificadas as causas podemos hierarquizá-las e classificá-las conforme o espaço em que se encontram, através do Fluxograma na Figura 1:



E1 = Espaço de Governabilidade; E2 = Espaço Fronteira

Figura 1 – Fluxograma Situacional do problema “Tabagismo entre Hipertensos e Diabéticos”

Fonte: Os autores, 2020

A Figura 1 corresponde ao Fluxograma Situacional, que separa as variáveis críticas em imediatas, intermediárias ou de fundo, de acordo com a capacidade de determinação delas. O Fluxograma também as relaciona conforme o espaço, sendo E1 para o Espaço de Governabilidade, onde é possível a equipe da ESF intervir diretamente. Já E2 corresponde ao Espaço-Fronteira, que são relacionadas a outros atores (prefeitura, secretarias etc.) sem controle direto pelo executor do plano.

A próxima etapa corresponde a indicação exata dos atores envolvidos, conforme a Tabela 4. No PES “devem ser indicados os atores que controlam as variáveis dos nós críticos, o que ajudará a verificar o grau de governabilidade” (ARTMANN, 2012).

Nós Críticos	Atores que controlam
N1 – Ausência de grupo contínuo antitabagismo na ESF	Profissionais de Saúde
N2 – Inconstância dos insumos para o grupo de controle ao tabagismo	Secretaria Municipal de Saúde de Firminópolis e Ministério da Saúde
N3 – Horário de funcionamento da UBS incompatível com a jornada de trabalho da população	Secretaria Municipal de Saúde de Firminópolis
N4 – Desconhecimento dos riscos cardiovasculares	Profissionais de Saúde
N5 – Frequência inadequada do grupo Hipertensão	Profissionais de Saúde

Tabela 4 – Nós críticos e Atores

Fonte: Os autores e equipe da ESF, 2020.

A Tabela 4 relaciona os nós críticos com os atores que controlam. Artmann (2012, p.12) destaca a vantagem do PES no que diz respeito a possibilidade de elaborar soluções criativas para a situação problema. Ou seja, se alguma causa apresenta um alto impacto (os nós-críticos N2 e N3 por exemplo), podemos intervir sobre ela buscando oportunidade política ou interagindo com os atores responsáveis, mesmo que esteja fora do espaço de governabilidade da ESF (ARTMANN, 2012).

b) Plano de Intervenção:

O Planejamento Estratégico define que o organizador deve estabelecer Ações, com Objetivos e Metas correspondentes. Estes elementos dividem-se em Alfa, Beta ou Gama, conforme o que se deseja alcançar.

As ações, objetivos e metas do tipo Gama correspondem a uma visão de futuro. Já o conjunto Alfa corresponde à realização obrigatória e direta que a instituição se compromete.

Neste trabalho foi estabelecido Ações tipo Beta, suficientes e necessárias, obtidas por meio da Análise Situacional (análise sintetizada no Fluxograma da Figura 1). Estas Ações deve ser pontuais e com partida na realidade atual encontrada para enfrentamento do problema. O Quadro 1 abaixo identifica as Ações do Plano:

Problema: Tabagismo entre hipertensos com diabetes			
Objetivo: Monitorar e reduzir a prevalência do tabagismo entre hipertensos com diabetes e entre a população geral da ESF			
Meta de resultado: Diminuir em 50% o tabagismo entre os hipertensos e diabéticos e entre a população geral da ESF			
Ações do tipo Beta	Meta de produto	Responsável - atores	Prazo para Início e Duração
B1: Realização contínua do grupo de controle ao tabagismo, sem quantidade mínima de participantes e capacitar os ACSs para realizarem busca ativa aos fumantes do território	Grupo implementado sem restrições de participantes, de forma contínua. ACSs capacitados para busca ativa à população	Equipe da ESF Dr Vânio	Três meses Atividade Contínua
B2: Garantir insumos medicamentosos contínuos para funcionamento adequado do grupo de controle do tabagismo	Medicações sempre disponíveis para dispensação aos usuários	Secretaria Municipal de Saúde de Firminópolis	Três meses Atividade Contínua
B3: Implantar horário estendido de funcionamento nas unidades básicas de saúde, uma vez por semana com funcionamento até as 21 horas	Horário de funcionamento estendido implementado	Secretaria Municipal de Saúde de Firminópolis	Seis meses Atividade Contínua
B4: Promover conhecimento dos fatores de risco cardiovascular para adequada prevenção de maiores agravos	Palestras de educação em saúde na UBS e no Programa Saúde da Escola implementadas com regularidade mensal	Equipe da ESF Dr Vânio NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família)	Três meses Atividade Contínua
B5: Alterar a periodicidade das reuniões do grupo Hiperdia	Cronograma de reuniões do grupo Hiperdia alteradas para quinzenalmente	Equipe da ESF Dr Vânio NASF (Núcleo de Apoio da Saúde da Família)	Um mês Atividade Contínua

Quadro 1 – Plano de Ações do tipo Beta – Enfrentando o Problema

Fonte: Os autores e equipe da ESF, 2020

A ação B1 corresponde a uma intervenção como resposta ao nó crítico N1 e propõe a implantação contínua do grupo de controle ao tabagismo. Esta necessidade surgiu frente a um problema estrutural encontrado pela equipe da ESF, que é a dificuldade em se formar um grupo antitabagismo. A limitação é devido a baixa adesão dos usuários, que não procuram ou não sabem dessa possibilidade.

Outro problema é o estabelecimento do protocolo local de no mínimo cinco participantes. Esta quantidade raramente é atingida, fazendo com que a abordagem grupal se torne distante ou inatingível.

O Caderno da Atenção Básica número 40 (MS, 2015), sobre o cuidado da pessoa tabagista, defende que a abordagem em grupos “tem como uma de suas principais vantagens o fato de possibilitar a troca de experiências entre os participantes, aspecto terapêutico de grande valia e que contribui significativamente para o processo de cessação”. Este Caderno não especifica e não sugere número mínimo de participantes para formação de um grupo. Vale ressaltar que, desde que se tenha pelo menos um participante, é possível a realização de uma terapêutica com a estratégia de abordagem individual.

A ação B1 também objetiva uma ação de capacitação aos ACSs para busca ativa e contínua de pessoas fumantes na comunidade, visto que:

É essencial que o profissional de saúde dialogue com o usuário, estimulando-o a pensar sobre o seu consumo de cigarro. Podem-se incluir perguntas simples acerca do tabagismo no acolhimento ou na visita domiciliar, em especial as perguntas “você fuma?”, “quantos cigarros você fuma por dia?” e “alguma vez você já tentou parar de fumar?”. São essas abordagens iniciais que aproximam o usuário das equipes, facilitando também a procura por tratamento (MS, 2015).

A ação B2 corresponde a uma intervenção referente a variável crítica N2, para que não falem insumos aos usuários que aderirem ao tratamento do grupo antitabagismo. A Portaria número 571 de 5 de abril de 2013 (MS, 2013) dispõe que:

Art. 5º Serão disponibilizados para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas os seguintes medicamentos:

I - Terapia de Reposição de Nicotina

a) Apresentações: Adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), Goma de mascar (2mg) e Pastilha (2mg).

II - Cloridrato de Bupropiona

Apresentação: Comprimido (150mg).

Para que se de cumprimento efeito a esta normativa é essencial que estas medicações estejam sempre disponíveis na farmácia da Secretaria Municipal de Saúde.

A ação B3 corresponde a uma intervenção frente a variável crítica N3 e propõe a implantação de horário estendido, até as 21 horas (pelo menos uma vez por semana). Esta ação visa promover atendimento aos usuários que não podem se ausentar do serviço para frequentar os grupos de promoção de saúde, nem realizar consultas para prevenção de doenças. É crescente a necessidade em Firminópolis e da APS, em geral, de se estabelecer um horário estendido de funcionamento nas Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma necessidade emergente da população, dos gestores e que deve ser amparado pelo Governo Federal (MS, 2019).

A ação B4 corresponde a uma intervenção frente ao nó crítico N4 e objetiva promover mais conhecimento sobre os riscos cardiovasculares para população. A ação tem como meta a implantação regular e mensal de palestras sobre este tema,

ou desdobramentos temáticos (câncer e problemas respiratórios por exemplo), tanto na ESF como através do Programa Saúde da Escola, de forma alternada (um mês na unidade, outro na escola). A proposta é ampliar a sensibilização do indivíduo hipertenso, diabético e tabagista, e prevenir o início precoce do hábito de fumar, a fim de que a população tenha mais conhecimento sobre os malefícios do tabaco para sua saúde.

A ação B5 corresponde a uma intervenção frente ao nó crítico N5 e propõe alterar o cronograma das reuniões do grupo Hiperdia. Estas reuniões atualmente acontecem com regularidade mensal. A proposta é alterar para a periodicidade quinzenal (reuniões do grupo duas vezes ao mês) para que se promova um vínculo mais contínuo com os usuários. Esta ação também tem caráter preventivo relacionado ao tabagismo, de forma que nas reuniões do grupo também são ministradas palestras sobre o tema.

O próximo passo do PES corresponde em desenhar a Situação Objetivo que se almeja alcançar, com atualização dos descritores por meio da transformação dos mesmo em resultados:

VDP	VDR
Prevalência de 8% de tabagismo no território da ESF (RCI)	Prevalência de tabagismo igual ou menor a 4% dos usuários da ESF
14,4% dos Hipertensos e Diabéticos do Município são Tabagistas (DATASUS)	Prevalência do Tabagismo entre Hipertensos e Diabéticos igual ou menor que 7,2%

VDP = Vetor de Descrição do Problema -- VDR = Vetor de Definição de Resultados

Tabela 5 – Situação Objetivo

Fonte: Os autores, 2020

A Tabela 5 sintetiza a Situação Objetivo almejada através do PES, com alteração dos descritores da Situação Inicial para os resultados esperados. Esta alteração reforça o Objetivo do Plano de Intervenção, que corresponde em reduzir 50% da prevalência do tabagismo na população geral da ESF, principalmente entre os portadores de Hipertensão e Diabetes.

Esta redução da prevalência é justificada e necessária, preventivamente, afinal:

O tratamento para cessação do tabagismo tem sido referido como o “padrão-ouro” de custo-efetividade nos cuidados em saúde, tendo em vista que o custo de implementação do programa de controle do tabagismo, incluindo os dispositivos de capacitação profissional e a aquisição de medicamentos, é muito menos oneroso do que o tratamento dos demais fatores de risco cardiovascular ou o tratamento das doenças relacionadas ao tabaco (MS, 2015).

CONCLUSÃO

O hábito de fumar, associado nas pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes deve ser prioridade de enfrentamento, visto que aumenta consideravelmente o risco cardiovascular. O monitoramento deste risco é meta constante da APS para enfrentamento das DCNT, que também deve estabelecer combate ativo do hábito de fumar.

Do estudo realizado podemos concluir que o tabagismo apresentou maior prevalência, de 14,4%, entre os diabéticos e hipertensos, comparativamente com a média geral da ESF Doutor Vânio de Medeiros Melo, que ficou em 8% no total.

De acordo com o relatório da Pesquisa Nacional de Saúde, (MS, 2013) a prevalência de fumantes e usuários de tabaco no Brasil é de 15%. Considerando-se a prevalência aferida pelo TABNET – DATASUS, 14,4% de tabagistas entre hipertensos e diabéticos é um número próximo da média brasileira. Entretanto, frente aos riscos cardiovasculares já instalados, podemos afirmar que este grupo necessita cessar o hábito de fumar com extrema urgência.

Infelizmente o DATASUS não retornou registros superiores a abril de 2013, referente aos tabagistas portadores de hipertensão e diabetes, impossibilitando uma comparação mais atualizada e em sincronia com os dados do Relatório de Cadastro Individual da ESF.

O RCI também prejudicou a pesquisa por não correlacionar o hábito de fumar com a presença de HAS, Diabetes, e outros agravos coexistentes. Sugerimos que esta possibilidade seja implementada na plataforma E-SUS AB, através de melhores opções de geração desse relatório informatizado.

Quando esta possibilidade for implementada, sugere-se que sejam realizados novos estudos quantitativos a fim de se obter detalhes mais atualizados da prevalência destas comorbidades na população tabagista.

Por fim, podemos concluir que, para um melhor enfrentamento da epidemia do tabagismo em Firminópolis — Goiás, o Plano de Ações proposto deverá ser seguido fielmente pelos atores identificados, com execução das ações conforme cronograma, para que as metas de produto sejam alcançadas. Somente assim, a prevalência deste agravo poderá ser reduzida pela metade na ESF, tanto de forma geral como no grupo dos hipertensos e diabéticos.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, C.S. **Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus**. Caderno de Saúde Pública, v. 8, n.2, p.129-133, 1992.

ARTMANN, E. (2012), “**O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**”, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em abril 2019.

CARDOSO, A.J.C. **Curso de Planejamento Situacional em Saúde. Escola Nacional de Administração Pública**. Diretoria de Formação Profissional. Coordenação-Geral de Projetos Especiais, Brasília, v. 1, p.55, julho 2013.

GOLBERT, A. *et al.* **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes I 2017-2018**. Brasil: CLANNAD, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E PESQUISA. **Panorama**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/go/firminopolis/panorama>>. Acesso em abril 2019.

LOPES, A.C. **Tratado de Clínica Médica**. 2ª Edição. Brasil: ROCA, 2009.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**, 2015. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em abril 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: O cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: MS, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informações em Saúde (TABNET)**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em maio 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria Nº 571, de 5 de abril de 2013**. Brasília: MS, 2013.

PORTALMS. **UBS que ampliar horário de funcionamento receberá mais recursos federais**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45344-ubs-que-ampliar-horario-de-funcionamento-recebera-mais-recursos-do-governo-federal>>. Acesso em 01 Maio 2019.

SCHMIDT, M. I. *et al.* **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. The Lancet, London: The Lancet Publications; Oxford: Elsevier, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, junho 2011.

TRATAMENTO DE DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) SOL NASCENTE EM LUZIÂNIA-GO

Patrícia Alves de Castro Porto Marinho
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

As unidades básicas de saúde se apresentam atualmente como sendo resultado do conjunto de ações de saúde, não somente com foco ao usuários mais sim a coletividade atendida pela área de cobertura da unidade não observando somente a área de saúde mas também a promoção e proteção a saúde, com ênfase a prevenção de doenças e moléstias bem como buscando ter como foco principal o diagnóstico, o tratamento, para que se alcance a reabilitação e a permanência da saúde.

Neste enfoque é que desenvolvemos este trabalho, atendendo as exigências do curso de especialização em saúde da família, dando ênfase aos problemas previamente rastreados e identificados como sendo os que devem ser mais cuidadosamente trabalhados e observados por apresentarem uma repercussão na saúde pública coletiva e resultando em influenciar o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde.

A unidade que estou atualmente alocada encontra-se no Município de Luziânia, município brasileiro do estado de Goiás, sexto mais populoso do estado, pertencente a região

do entorno do Distrito Federal, em razão de sua proximidade com a capital federal (58 km), podendo inclusive também ser considerado o município mais populoso da região do entorno do Distrito Federal. Destaca-se também pela extensão de 3 961,099 km² chegando novamente ao posto de um dos maiores municípios de Goiás (TJ/GO, 2019).

Um município tão grandioso e com tais características não poderia exigir menos de nossos esforços, logo, temos que pesquisa a ser desenvolvida foi pensada mediante a preocupação da equipe como um todo, observando todos problemas de saúde encontrados em nosso território de atuação, registrados no sistema E-SUS do Ministério da Saúde, e em nossos registros diários.

Considerando que o município de Luziânia atualmente hoje possui 26 unidades Básicas de Saúde com cobertura de 33 % da população, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) SOL NASCENTE, na qual atuo, se apresenta com estrutura básica, com uma equipe multiprofissional composta por; uma médica, uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de dentista e seis agentes comunitários de saúde.

Outro fator relevante é que a unidade de saúde em que atuamos possui 3.500 pessoas

cadastradas como área de abrangência e 8.500 fora de abrangência o que se configura claramente como sendo um dos maiores problemas atualmente verificados. Todo o trabalho desenvolvido na unidade somente produzira efeito se trabalharmos de forma a desenvolver um plano de trabalho coerente definindo quais as estratégias de ação necessárias para não somente atingir toda a área de cobertura, mas também o fazer de forma adequada ao que preceitua as instruções de trabalho (E-SUS, 2018).

O trabalhoso cenário em que estamos pode ser percebido quando temos o conhecimento de que atualmente dos 3483 pacientes cadastrados na área de abrangência, 158 são diabéticos, resultado de um aumento considerável ao comparar anos anteriores. Extinto uma forte resistência dos pacientes diabéticos a cumprir com o tratamento da doença, com maiores dificuldades na adesão ao tratamento não farmacológico.

A grandiosidade de nossa área não pode nos atordoar, precisamos priorizar, assim, de acordo com dados colhidos no e- E-SUS temos que as principais enfermidades são identificadas são: Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), lombalgias, saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis. Dentre elas destacamos Diabetes Mellitus.

É necessário que se justifique e se demonstre a importância e urgência de investir na população para diminuir a prevalência da doença e melhor adesão, com o objetivo de diminuir as complicações da doença abordada. Assim, a nuance que se apresenta a ser abordada por esse trabalho é o desenvolvimento de uma proposta de criação de um plano estratégico de trabalho, aonde a unidade de saúde possa trabalhar meios para que os pacientes possam ter adesão ao tratamento realizado na unidade e por meio dela.

Também é preciso que a equipe da unidade esteja envolvida junto a execução deste plano de trabalho, para que assim se qualifique se informe e tenha condições de oferecer aos pacientes um bom trabalho terapêutico contribuindo efetivamente para o sucesso do mesmo.

OBJETIVO

A construção de um plano de ação intencionando a prevalência e adesão ao tratamento de diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Sol Nascente em Luziânia/GO.

MÉTODO

Para desenvolvermos adequadamente este trabalho foi necessário inicialmente delimitarmos exatamente qual seriam as doenças identificadas na unidade como as mais relevantes e conseqüentemente quais as que deveriam ter mais atenção na

elaboração deste trabalho.

Através da verificação dos resultados dos levantamentos que realizamos aos prontuários dos pacientes atendidos na unidade, bem como aos registros apresentados pelo E-SUS, DATASUS e SIAB (2018), aonde pudemos identificar os usuários da unidade com mais propensão a desenvolver Diabete Melittus.

Em face aos resultados obtidos e diante da necessidade de apresentação de um projeto de plano de intervenção aliado a uma estratégia de ação diretamente voltada para a Unidade Básica de Saúde, nos levou a apresentar uma proposta que levasse em conta os resultados obtidos em todas as análises que realizamos.

O estudo desenvolvido neste trabalho se fundamentou na definição de problemas, através de uma proposta de diagnóstico situacional, posterior elaboração de um plano de ação com base em levantamentos bibliográficos capaz de apresentar uma proposta de cenário aonde esta contemplada a Atenção Primária à Saúde de forma a sugerir estratégias e propostas já definidas.

Diante da sugestão apresentada, esse projeto se fundamenta como sendo uma proposta de projeto de intervenção, resultado das análises e achados acerca dos trabalhos desenvolvidos na ESF SOL NASCENTE, na cidade de Luziânia/GO. A observação realizada ocorreu através da análise clínica a pacientes usuários da unidade de saúde, pertencentes a área de cobertura da unidade de saúde.

O foco dos trabalhos foi direcionado para casos Diabetes Mellitus tipo II, em especial as dificuldades de adesão verificadas na unidade. Para que pudéssemos obter resultados adequados e apropriados para as avaliações realizadas foram avaliadas diversas obras literária sobre o assunto, bem como foram avaliados alguns artigos científicos que também tratavam acerca de problemas com adesão de pacientes com Diabetes.

Também foram colaboradores deste trabalho os membros da equipe da unidade de saúde de forma geral, que também fazem parte do grupo e análise e avaliação dos quadros clínicos dos pacientes bem como da avaliação das particularidades de cada caso.

RESULTADOS

A relevância dos achados obtidos quando do levantamento das 10 doenças mais acentuadas foi de suma importância em nossos trabalhos uma vez que são espelhos da real situação do quadro apresentado para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) SOL NASCENTE.

Observando muitas são as particularidades apresentadas por cada doença verificada como prioritária, diante disto abaixo relacionamos no quadro 1 – Levantamento de Doenças prioritárias as principais moléstias encontradas.

	DOENÇAS
1	Diabetes Mellitus tipo II;
2	Hipertensão Arterial Sistólica;
3	Infecções do trato urinário;
4	Faringites não específicas;
5	Dengue;
6	Obesidade;
7	Saúde Mental;
8	Gastrite;
9	Vaginites
10	e Infecções do trato respiratório além de resfriados comuns;

Quadro 1 – Levantamento de doenças prioritárias

Fonte: Os autores, 2020.

É necessário definir contextualmente os problemas que exigem intervenção prioritária num determinado momento, uma vez que raramente existem recursos suficientes para intervenções dirigidas a todas as necessidades numa determinada comunidade (ELLER, STROHSHEIN e BRISKE, 2011).

Independente este resultado especificamente há necessidade ainda de estabelecermos quais as problemáticas que envolvem especificamente as doenças que identificamos ao longo de nossas observações, e isso fazemos no quadro 2.

	PROBLEMA
1	Prevalência e adesão ao tratamento não farmacológico
2	Insuficiência de médicos para atendimento da unidade de saúde
3	Ausência de medicação do Remume
4	A Automedicação
5	Descontinuidade do atendimento a usuários da Zona Rural
6	Carência de grupo de tabagismo
7	Atendimento de pacientes fisioterapêuticos com fila de espera
8	Inexistência de serviço de transporte público atendendo ao usuário;
9	Sobrecarregada da enfermagem com atividades administrativas
10	Ausência de informatização na unidade de saúde.

Quadro 2 – Problemas vinculados as doenças selecionadas

Fonte: Os autores, 2020.

Todo e qualquer problema identificado deve ser enfrentado? Mais uma vez a resposta é não. Fazer gestão é também saber selecionar problemas, postergar problemas e até mesmo descartá-los ou ignorá-los (BARBOSA, 2010).

Em toda a área que abrange a atendida por nossa unidade tem apresentado situações aonde não somente são apresentados os problemas, mas também os descritores que cada enfermidades ocasiona, vejamos abaixo os principais descritores

no Quadro 3:

	PROBLEMA	DESCRITORES
1	Prevalência e adesão ao tratamento não farmacológico	Descontinuidade de uso de medicação e mudança de hábitos
2	Insuficiência de médicos para atendimento da unidade de saúde	Sobrecarga de atendimento e fila de espera diária
3	Ausência de medicação do Remume	Demanda não atendida de vida a ausência de medicamento
4	A Automedicação	Adequação de medicamentos nas consultas
5	Descontinuidade do atendimento a usuários da Zona Rural	Ausência da frequência e da manutenção das participações
6	Carência de grupo de tabagismo	Demanda em busca de acompanhamento
7	Atendimento de pacientes fisioterapêuticos com fila de espera	Fila para atendimento a pacientes de fisioterapia.
8	Inexistência de serviço de transporte público atendendo ao usuário;	Ausência de pacientes em consultas devido a não terem como se locomover até a unidade;
9	Sobrecarregada da enfermagem com atividades administrativas	Demanda de trabalho restrita a área administrativa e carência na parte técnica.
10	Ausência de informatização na unidade de saúde.	Insuficiência de informações devido ao não registro adequado.

Quadro 03 – Problemas e seus descritores

Fonte: Os autores, 2020.

Devemos proceder da mesma forma para os descritores, lembrando que uma causa pode ser comum a dois ou mesmo aos três descritores (SCALCO; LACERDA e CALVO, 2010).

Diante do quadro apresentado há necessidade de se elaborar sistematicamente uma análise de todo o quadro para perceber a especialidade médica traduza as doenças e as alterações que estas provocam no organismo.

A partir dos 10 principais problemas identificados com os seus descritores na análise situacional de saúde para desenvolvimento do processo de territorialização, buscamos então aplicar os critérios de transcendência, urgência e capacidade de enfrentamento a chamada (matriz TUC) para estabelecer a priorização dos problemas selecionados, conforme descrito no Quadro 4:

	PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 3*)			TOTAL (T x U x C)
		Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1	Prevalência e adesão ao tratamento não farmacológico	1	3	3	9
2	Insuficiência de médicos para atendimento da unidade de saúde	3	2	1	6
3	Ausência de medicação do Remume	1	3	2	6
4	A Automedicação	2	2	2	8
5	Descontinuidade do atendimento a usuários da Zona Rural	2	2	2	8
6	Carência de grupo de tabagismo	2	2	1	4
7	Atendimento de pacientes fisioterapêuticos com fila de espera	1	3	1	3
8	Inexistência de serviço de transporte público atendendo ao usuário;	1	1	1	1
9	Sobrecarregada da enfermagem com atividades administrativas	1	1	1	1
10	Ausência de informatização na unidade de saúde.	2	2	1	4

Quadro 04 – Matriz de Transcendência / Urgência / Capacidade

Fonte: Os autores, 2020.

A matriz TUC auxilia a identificar os problemas prioritários, conforme apresentado abaixo no quadro 05 – Problemas prioritários selecionados, mas é necessário um entendimento sobre o que são problemas do sistema de saúde, a partir de seus componentes previamente definidos evitando generalizações.

	PROBLEMA
1	Prevalência e não adesão ao tratamento não farmacológico
4	A Automedicação;
5	Descontinuidade do atendimento a usuários da Zona Rural

Quadro 05 - Problemas prioritários selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

Abaixo, passamos a analisar os problemas identificados como prioritários a luz das causas e consequências identificadas durante a análise.

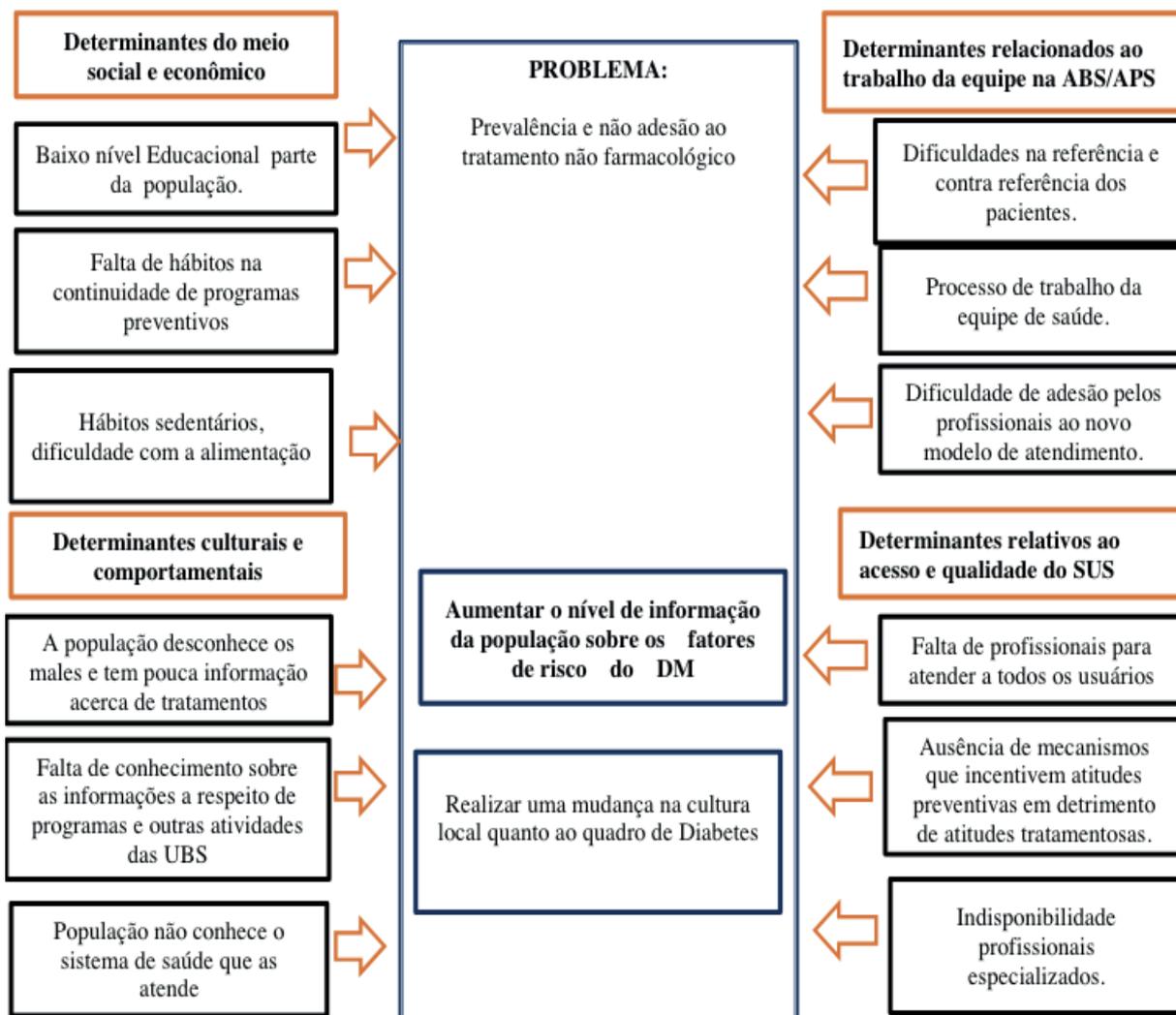
Prevalência e não adesão ao tratamento não farmacológico		
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Aumento do número de mortes devido a fatores cardiovasculares	Número elevados de pacientes apresentando Diabetes Mellitus sem acompanhamento e tratamento devido em razão da não adesão aos programas específicos.	Atendimentos tardios ou impossibilidade de recuperação plena dos pacientes e aumento do número de óbitos.
PROBLEMA B	A Automedicação	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Adequação de medicamentos nas consultas	Acesso a informação imprecisas Expectativas de conhecimento equivocadas Facilidade de acesso à informação	Demora no tratamento Agravamento do quadro clínico Dificuldade em diagnóstico
PROBLEMA C	Descontinuidade do atendimento a usuários da Zona Rural	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Ausência da frequência e da manutenção das participações	Falta de meios de transporte Distância entre a unidade e as residências Demora no atendimento pela fila na unidade	Agravamento de quadros clínicos Privação do acesso a saúde, etc.

Quadro 06 – Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

Pelo quadro acima, identificamos quais as problemáticas que se mostram mais relevantes em relação as suas causas e consequências, assim conforme apresentado por TEIXEIRA; VILASBÔAS E JESUS (2013), o primeiro passo para identificar os problemas e necessidades de saúde de uma população implica na sistematização de um conjunto de indicadores.

Abaixo uma avaliação dos fatores causais, das doenças e agravos à saúde,



Quadro 07 – Determinação Causal, usamos para avaliar as evidências de causalidade identificadas anteriormente.

Fonte: Os autores, 2020.

Em processos mais simples, é possível se trabalhar com a construção de árvores de problemas, as quais permitem a identificação de causas e consequências dos mesmos, em um processo facilitado de construção de uma visão compartilhada entre os sujeitos que participam do processo, ainda que sem muito rigor teórico e epistemológico (TEIXEIRA; VILASBÔAS E JESUS, 2013).

Verifiquemos como seria desenvolvido esse enfrentamento através da proposta de intervenção que apresentamos abaixo no quadro 08:

Problema: Prevalência e não adesão ao tratamento não farmacológico				
Objetivo: Identificar pacientes que possuam ou venham a desenvolver fatores de risco em Diabetes Mellitus entre a população atendida pela ESF.				
Meta de resultado: Apresentar melhoras nos resultados das ações em saúde que desenvolvam atividades que evitem o desenvolvimento de quadros de Diabetes Mellitus.				
Ações do Tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim

Realização de Grupos de conscientização e informação dos males da obesidade e sobrepeso	Reduzir o quadro sedentário apresentado pelos pacientes da unidade a no máximo 20% do total de pacientes.	Toda a equipe da Unidade	Contínuo	Contínuo
Realizar campanhas para identificação e monitoramento dos casos de diabetes já existentes	Atualizar e conhecer todos os pacientes da área que apresentam situação de agravamento de quadros já existentes.	Agentes Comunitários de Saúde.	60 dias	Junho a julho
Desenvolver mais ações em promoção e prevenção da saúde; englobando elementos de risco modificáveis; hábitos preventivos.	Reduzir a ação e impacto das doenças que atinjam o sistema circulatório e vascular.	Toda a equipe da ESF e Equipe de Gestão	3 meses	Julho a setembro
Incrementar ações executadas na unidade visando motivar os pacientes a participação e frequência no programa de tratamento da Diabetes	Realizar uma mudança na cultura local quanto ao quadro de Diabetes	Secretaria de Saúde e ESF	3 meses	Julho a setembro

Quadro 08 – Proposta de intervenção

Fonte: Os autores, 2020.

O Desenho de propostas de intervenção e suas respectivas estratégias de ação incluem a definição das linhas de ação, a análise de viabilidade das intervenções propostas e a elaboração de projetos dinamizadores para a construção da viabilidade do Plano.

O trabalho não se restringe, portanto, a um simples preenchimento de planilhas, mas corresponde a uma verdadeira análise do estado da arte em termos de conhecimento e da tecnologia disponível para o enfrentamento do problema selecionado, ao tempo em que liberta a imaginação dos participantes para que possam pensar em formas inovadoras de organização das atividades previstas, com os recursos disponíveis (TEIXEIRA; VILASBÔAS E JESUS, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os casos de morte por complicações cardiovasculares ocasionadas pelo Diabetes Mellitus se apresentam como sendo um dos primeiros em número, ou seja, é preocupante e alarmante a situação que se verifica atualmente. E as expectativas para os próximos anos também não são melhores, pois os casos tem atingido números tão elevados que se chega a considerar a ocorrência de uma epidemia de proporções elevadíssimas afetando os mais diversos público, em países desenvolvidos, em desenvolvimento ou subdesenvolvidos.

O número de obesos e com sobrepeso identificados certamente tem relação direta com a mudança de costumes e hábitos alimentares resultantes de toda essa rápida divulgação de informações e massificação da mídia, características bem pertencentes ao mundo globalizado atual.

Cabe a atenção Básica desempenhada pelas Unidades Básicas de Saúde a tomada de atitude no sentido de propiciar a todos os usuários portadores de Diabetes, condições para a superação de tal moléstia. Cabe a ESF o desenvolvimento de um plano estratégico que vise principalmente a criação de mecanismos que permitam a todos os envolvidos a redução dos números atualmente existentes, sobretudo quanto as características e sintomas que antecedem a existência da doença propriamente dita, ou seja atitudes preventivas e de conscientização.

Cabe a toda a Equipe da ESF, assim como também a toda a Gestão da Saúde local a preocupação em suprir as necessidades da saúde local, assim, atingir bons resultados no que se refere os trabalhos de Saúde Básica é essencial. Todos juntos voltando olhares para os problemas e dificuldades que se perpetuam na área de atuação, desenvolvendo características de doenças crônicas, bem como cuidar para que os pacientes não corram riscos ou mesmo pequem pela falta de conhecimento acerca do assunto.

Tudo que se tem é que as ações que devemos realizar precisam ser organizadas e resultarem na redução dos casos de complicações ocasionadas pela Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica nº 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica- Diabetes Mellitus**, Brasília, 2015. Disponível em:< <http://www.cdc.gov/diabetes/prevention/index.html>> acessado em 13 de Fevereiro de 2019.

BARBOSA, Pedro Ribeiro. **Organização e funcionamento do SUS**. Departamento de Administração, UFSC; [Brasília]: CAPES :UAB, 2010

BARBOSA, R.G.B.; LIMA, N.K.C. **Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo**. Revista Brasileira de Hipertensão. v.13, n.1, p.35-38. 2006

KELLER L, STROHSHEIN S, BRISKE L. **Prática de enfermagem de saúde pública centrada na população: a roda de intervenção**. Stanhope M, Lancaster J. 7a ed. Enfermagem de saúde pública. Loures: Lusodidacta; 2011. p. 196-23.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014**. Disponível em:<<http://www.diabetes.org.br>, acessado em 22 de agosto de 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007; 168.

TJ-GO, 2019. **Luziânia** – Disponível em : <https://www.tjgo.jus.br/index.php/noticias-corregedoria/139-destaque-corregedoria-carrossel/9133-luziania-sediara-o-1-encontro-regional-da-atual-gestao-da>

correge doria, Acessado em 11 de Julho de 2019.

SCALCO, Sirlesia Vigarani; LACERDA, Josimari Telino de and CALVO, Maria Cristina Marino. **Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde**. Cad. Saúde Pública [online]. 2010, vol.26, n.3, pp.603-614.

TEIXEIRA CF, VILASBOAS ALQ, JESUS WLA. **Proposta metodológica para o planejamento em saúde no SUS**; Planejamento em saúde - conceitos, métodos e experiências, 2013. Disponível em: <http://www.pea.ufba.br/eventos/gestores/biblioteca/docs/Proposta-metodologica-para-planejamento-do-SUS.pdf>. Acesso: Set 2019.

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: DESAFIO PARA OS PROGRAMAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA 2 DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE-GO

Rodrigo de Souza Oliveira
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

O presente trabalho, resulta dos estudos desenvolvidos no Curso de Especialização em Saúde da Família, cujo suporte básico orientador para as políticas públicas na área de saúde em nosso País, tem promovido conhecimento para a construção de ferramentas que possibilitem o diagnóstico, planejamento e avaliação visando a melhoria da atenção básica da saúde da população.

A eficácia no atendimento da saúde da população, pelo SUS, encontram nos Programas de Atenção Básica da Saúde uma referência estratégica no cumprimento desse objetivo. Nesses Programas as Equipes de Saúde Familiar (ESF), através do Diagnóstico e Planejamento, melhoram o desempenho de suas ações e otimizam as suas funções cotidianas e rotineiras, de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

A opção pelo tema da pesquisa Hipertensão Arterial Sistêmica: Desafio para os Programas de Saúde da Família na Unidade de Estratégia de Saúde da Família 2, do município de Rio Verde -GO, foi motivada pela

constatação nas visitas domiciliares (através da análise preliminar dos cadastros) do grande índice de indivíduos acometidos por Doenças crônicas não transmissíveis, com maior ênfase na Hipertensão Arterial. Resultante dessas visitas e dos atendimentos individuais na Unidade de Estratégia de Saúde da Família 2, do município de Rio Verde - GO, são atendidos mensalmente, aproximadamente 90 pacientes hipertensos.

Segundo Alessi et al. (2005), identifica-se a hipertensão arterial, como um dos fatores que ocasionam com maior frequência as doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. E, nesse campo, os idosos integram a população com maior risco. Portanto essa doença é um problema de saúde pública que deve ser incluído nas prioridades dentre os programas de atenção da saúde básica, pelo governo em suas esferas nacional, estadual e municipal, buscando o entendimento dos usuários quanto a necessidade de conhecer as causas e consequências da doença buscando, além do tratamento a sua prevenção. Com essa compreensão, a elaboração do Planejamento, envolvendo aspectos preventivos para identificar o problema e as metas são imprescindíveis.

Dado a complexidade desse problema, ocasionado pelo alto índice de hipertensos,

e considerando a necessidade e desafio de convencimento do usuário quanto a necessidade de compreender o significado da doença e seu tratamento, é necessário a realização de campanhas esclarecedoras nos contatos diretos com os usuários, ação que deve envolver todos atores sociais, (*ESF, hipertensos e família*).

O desafio ainda permanece e para atingir esse objetivo o comprometimento dos gestores e dos profissionais da saúde, constitui-se em condição primeira para o correto desempenho dos programas de saúde, para que, de forma solidária e partilhada, sejam enfrentados os problemas definidos no Planejamento como prioritários.

Nesse contexto os cadastros são imprescindíveis para compreensão do espaço territorial abrangidos pelos Programas de Atenção Básica da Saúde do SUS, suas condições sanitárias, identificação das doenças, dentre elas a Hipertensão, e torna-se indispensável para o atendimento dos objetivos do SUS. Para tanto, parte-se da premissa de que a contextualização e entendimento do cenário onde o Programa de Saúde da Família foi instituído, teve por pressupostos iniciais a compreensão do propósito e dos fins do trabalho pela Equipe de Saúde da Família, cujos dados abrangerão as visões e opiniões dos envolvidos (governo, conselho local de saúde, representantes da sociedade civil, o cidadão que usufrui da assistência e os integrantes da ESF).

Esse envolvimento coletivo, na construção do Planejamento, responde a um dos princípios do SUS que é a democracia da gestão, ao socializar a responsabilidade do cumprimento dos objetivos e metas do Planejamento, legitimando o mesmo. Nesse contexto, o planejamento estratégico e participativo, tem contribuído com o desenvolvimento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde Básica, visando o seu aprimoramento e fortalecimento no cuidado integral da saúde.

OBJETIVOS

Elaborar um Plano de Intervenção, para identificar os usuários acometidos pela doença de Hipertensão Arterial, de modo a atender a responsabilidade sanitária da Unidade de Estratégia de Saúde da Família 2, do Município de Rio Verde-GO.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada de estudo transversal para identificação dos problemas teve como suporte os cadastros realizados nas visitas domiciliares e no atendimento na Unidade de ESF2, que possibilitaram um entendimento quanto ao perfil do usuário/ espaço territorial abrangidos pelos Programas de Atenção Básica da Saúde do SUS, suas condições sanitárias, identificação das doenças, dentre elas a Hipertensão, tornando-se ferramenta indispensável para o atendimento dos objetivos do SUS.

As amostras para pesquisa futura, num total de 90 portadores de HAS, foram

identificadas nos Cadastros, a partir das visitas domiciliares e atendimentos na Unidades de ESF2.

Buscou-se também, compreender o contexto onde se inseria o Programa de Saúde da Família articulado a compreensão do propósito e dos fins do trabalho pela Equipe de Saúde da Família, parte do Planejamento estratégico e participativo, que norteia o desenvolvimento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde Básica, visando o seu aprimoramento e fortalecimento no cuidado integral da saúde.

Foram ainda utilizados, como sustentação teórica, pesquisas bibliográficas sobre o tema relacionados ao SUS e seus Programas e sobre os 10 (dez) problemas selecionados, com ênfase na doença de Hipertensão Arterial Sistêmica.

Após identificação dos problemas, a elaboração do Plano de Intervenção deverá compreender as seguintes etapas:

01. Aplicação do Formulário/cadastro nas visitas domiciliares e no atendimento individual nas Unidades Estratégia da Saúde.

02. Elaboração diagnóstico situacional dos usuários, observando...

03. Análise dos fatores que provocaram a Hipertensão Arterial.

04. Identificação do nível de entendimento por parte dos pacientes/usuário quanto as causas da Hipertensão Arterial.

05. Análise do resultado da intervenção da equipe junto ao usuário.

06. A postura de acolhimento dos pacientes ao tratamento apresentado para enfrentamento da doença.

07. Avaliar se os usuários necessitam de acompanhamento e monitoramento da sua situação de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender as diretrizes do SUS e diante do exposto, o conhecimento dos diagnósticos disponibilizados no SIAB/e-SUS são imprescindíveis, para a construção do Plano de Intervenção ações que possibilitem a acessibilidade dos usuários a Atenção Básica Primária. Portanto o Planejamento propicia esta reflexão sobre o espaço de atuação do trabalho, e os resultados advindos com a melhoria nos usuários em virtude do tratamento aplicado, além da interação com a equipe da Estratégia de Saúde da Família e as ações coletivas em saúde.

Como foi exposto, trabalhamos nesse Projeto, o problema de saúde considerado mais relevante na comunidade assistida, que é a Hipertensão Arterial Sistêmica. Para tanto utilizamos o diagnóstico social e epidemiológico local, além da forma de atuação que a ESF2 tem desenvolvido para identificar os problemas e minimizar os danos a saúde, buscando o tratamento e o entendimento do paciente a sua doença. Através dos dados disponibilizados nesse trabalho a Hipertensão arterial é uma das doenças

mais comum na população, o mesmo acontecendo no Município de Rio Verde, em particular, na comunidade trabalhada pela ESF2.

Ampliando a compreensão teórica da Hipertensão Arterial Sistêmica, MANSUR (2015), traz mais dados que demonstram a complexidade da HAS:

“No Brasil, de acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, estima-se em torno de 30% a prevalência de hipertensão em adultos e em idosos chega em torno de 50% ou mais para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com 70 anos ou mais, sendo considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A HAS tem em alta prevalência e baixa taxa de controle. De 2006 a 2014 a prevalência de HAS saltou de 18,9% para 23,8% em Goiás. No Brasil, em 2014, foi de 24,8%. Apesar da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representar apenas 5% dos óbitos em Goiás, possui efeitos devastadores, sendo o principal fator de risco para as DAC, como por exemplo, o IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) que lidera o ranking com 30% dos óbitos de acordo com os principais grupos de causas listados no CID-10, seguido pelo AVC (Acidente Vascular Cerebral), mata mais que doenças como o câncer e até mesmo a AIDS.”

Problemas identificados

Os 10 (dez) problemas identificados na área de trabalho, abrangidas pela Unidade de Estratégia da Saúde 2, abaixo discriminados, demandaram ações de diagnóstico e assistência, envolvendo a equipe de trabalho, objetivando melhoria nas condições de saúde da comunidade assistida pela Atenção Básica à Saúde. Cabe destacar o significado da formação permanente em saúde, para as ESF, visando uma profissionalização e qualificação buscando a atenção integral à saúde na Atenção Básica.

1. Hipertensão Arterial
2. Diabetes Mellitus - tipo 2
3. Depressão.
4. Infecções do Trato Urinário.
5. Doenças Sexualmente Transmissíveis – Gonorreia
6. Infecções Respiratórias Aguda
7. Dengue.
8. Gastroenterites
9. Hiperplasia Prostática.
10. Artrite Reumatoide.

O levantamento desses problemas, identificados no cadastro resultante das visitas domiciliares e dos atendimentos na Unidade Estratégica de Saúde 2, bem como em pesquisas do SABI/e-SUS, podem ser agrupados em grandes áreas.

1) Agrupamento Doenças Crônicas: o maior índice foi de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes. Os principais fatores de risco que ocasionam essas doenças são o uso abusivo de álcool e tabaco, o excesso de peso e sedentarismo, junto às dislipidemias.

2) Agrupamento Saúde Mental: a Depressão tem destaque, principalmente em idosos. Essas doenças são originadas do uso racional de psicofármacos e por falta de Prevenção e cuidados em saúde mental. Outro dado a ser considerado é a falta de acompanhamento do usuário acometido de problemas de saúde mental, e o elevado uso de psicotrópicos pela população, sem orientação médica. O uso abusivo de álcool e outras drogas também impactam em danos que extrapolam a morbimortalidade dos usuários, ampliando ainda mais, com a violência doméstica, agressões, homicídios e acidentes de trânsito. E de acordo com estudos e levantamentos estatísticos do SABI/e-SUS, o enfrentamento dessa doença, ainda é desafio na Atenção Básica.

3) Agrupamento Saúde da Mulher: a Infecção urinária. Os problemas advindos da saúde da mulher ocorrem devido à falta de exames preventivos. O trabalho que é desenvolvido pelas ESF, tem por referência o caráter biológico, com enfoque nos sistemas reprodutivos. Torna-se, portanto, necessário trabalhar questões estruturais, que reflitam questões de sócio culturais e econômicas, base das desigualdades ainda existentes em nosso país quanto a assistência em saúde.

4) Agrupamento de Doenças infecciosas e parasitárias: destaca-se Doenças sexualmente transmissíveis como Gonorreia, Infecções respiratórias agudas, Dengue, Gastroenterites. Ocorrem devido à falta de campanhas permanentes e de acompanhamento aos casos de risco.

5) Agrupamento de Saúde do Homem: problemas na Próstata. Ocorre devido a problemas culturais, que impedem o homem de cuidar de sua saúde, com exames preventivos.

6) Saúde do Idoso: Doenças articulares. Essa doença é comum nos usuários do sistema idosos. São resultantes de vida pregressa, com alimentação não recomendável e sedentarismo.

Cabe ressaltar que o município de Rio Verde contém 23 Unidades Básicas de Saúde distribuídas geograficamente, que em conjunto aos hospitais da rede, embora não suficiente, atende minimamente as demandas da população rio-verdense (Prefeitura Municipal de Rio Verde, 2019).

Observa-se a importância e capilaridade dessas Unidades Básicas de Saúde (UBS), no município de Rio Verde-GO, que desenvolvem um trabalho importante na Saúde da Família e se constituem no primeiro acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) e a partir do primeiro contato e acesso da população nessas Unidades, há uma descentralização do atendimento, e uma diminuição das demandas de serviços de saúde nos Hospitais. Dados auferidos pelo Sistema dados.gov.br demonstram que:

“O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. ”

Nesses postos os usuários encontram profissionais do Mais Médicos que desenvolvem trabalhos nas UBSs, integrando equipes de saúde da família compostas por enfermeiros, dentistas e agentes de saúde.

A matriz TUC, demonstrada no Quadro 1, é uma ferramenta importante para determinar a incidência e prevalência das doenças, observando seus problemas determinantes. ARTMANN (1993), afirma que quase nunca os problemas são selecionados pela primeira vez. Sempre existe uma seleção a partir de prioridade.

PROBLEMA	CRITÉRIOS (VALORES DE 1 A 10)			TOTAL (T x U x C)
	Transcendência	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1	4	3	4	48
2	4	3	3	36
3	4	3	4	48
4	2	3	3	18
5	2	3	3	18
6	2	3	3	18
7	2	2	3	18
8	3	3	3	27
9	3	2	3	18
10	2	3	4	24

Quadro 1: MATRIZ TUC

Fonte: O autor, (2020).

A análise dos dados de cada problema identificado, no Quadro 06, utilizando a Matriz TUC, respeitando a transcendência, urgência e capacidade, definiu uma ordem identificando os 3 principais problemas.

Dentre os dez problemas identificados, após aplicação da Matriz TUC, foram destacados os 03(três) mais recorrentes na população abrangida pela ESF2, abaixo exposto no Quadro 2: Hipertensão Arterial, Depressão, Diabetes Mellitus.

PROBLEMAS QUE OBTIVERAM MAIOR ÍNDICE NA MATRIZ TUC	
A	HIPERTENSÃO ARTERIAL.
B	DEPRESSÃO.
C	DIABETES MELLITUS.

Quadro 2: Problemas que obtiveram maior índice na Matriz TUC.

Fonte: O autor, (2020)

Na análise dos 03(três) problemas mais recorrentes e destacados a partir da Matriz TUC, realizou-se a descrição, causas e consequências de cada um, para traçar

um panorama da doença. Importante ressaltar que a descrição de cada problema, com suas causas e consequências foram embasados nas referências teóricas relatadas nesse trabalho, sintetizada por esse autor.

A doença de Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS é comum em todas regiões do Brasil, e considerando suas causas, ela tem maior prevalência nas classes de poder aquisitivo inferior, que enfrentam dificuldades para acessar as políticas públicas. LOBO (2017), nos traz mais elementos que confirmam essa tese ao discorrer que:

“a distribuição da hipertensão arterial não ocorre igualmente entre as regiões e cidades brasileiras. Em todo o mundo a literatura demonstra que o risco de apresentar doenças do aparelho circulatório é maior nos grupos menos favorecidos. No Brasil, existem estudos que mostram as tendências das prevalências de hipertensão arterial, porém tais estudos não abordam as influências das variáveis socioeconômicas com o decorrer do tempo.”

No Quadro 3, na descrição da HAS, constatamos que essa doença é um problema de saúde pública que deve ser atacado com políticas públicas, em especial para as classes sociais desfavorecidas. LOBO (2017) ainda resalta que

“O indivíduo em situação econômica mais desfavorável estaria mais exposto a uma série de fatores de risco, que poderiam fazer mal à sua saúde. Quando expostas a fatores de risco, as pessoas em pior posição socioeconômica teriam maior probabilidade de apresentar doença, devido a um diferencial de vulnerabilidade a que estão expostas. O indivíduo em pior situação econômica, estando doente, teria mais dificuldades de acesso a serviços de saúde, cuidados médicos e tratamentos necessários para a sua reabilitação.”

Um desafio a ser enfrentado ao lado da necessidade de incremento de políticas públicas, via SUS, para enfrentar as causas e consequências dessa doença, encontra-se na dificuldade de envolvimento do paciente nos procedimentos preventivos e curativos da doença. As causas da HAS são conhecidas e mesmo assim não se atinge a adesão necessária para evitar a mesma, ou tratá-la. O fato é que a prevalência dessa doença tem aumentado e às causas já conhecidas, se agrega também, ao aumento da longevidade.

DESCRITOR	HIPERTENSÃO ARTERIAL	
	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública e tem como característica a alta prevalência e baixa taxa de adesão ao tratamento, sendo um dos principais fatores de risco modificáveis para Doenças Cardiovasculares (DCV). O principal objetivo do tratamento da HAS é a redução da morbidade e mortalidade cardiovasculares. Um dos fatores mais importante para o controle efetivo da Pressão Arterial (PA) é a adesão ao tratamento, sendo que de 40 a 60% dos pacientes com HAS não fazem uso dos medicamentos. Estudos demonstram que a não aderência ao tratamento medicamentoso, associada aos custos dos medicamentos e às condições sociodemográficas dos pacientes, é um dos principais motivos da procura por serviços de emergência.	Sedentarismo. Alimentação desregrada - gorduras saturadas. Falta de prevenção através de exercícios físicos. Uso abusivo de álcool e tabaco; Excesso de peso, junto às dislipidemias.	Infarto agudo do miocárdio devido a um aumento da hipertensão Arterial. Dislipidemias, placas ateromatosas, obstrução das coronárias. Arteriosclerose, nefropatias, dislipidemia.

Quadro 3: Hipertensão Arterial: Descritor, causas, consequências

Fonte: O autor (2020).

A Organização Mundial da Saúde desenvolveu pesquisas visando a ampliação do acesso a saúde no mundo. A HAS destacou-se entre as 10 doenças crônicas que ameaçam a saúde no mundo, sendo que 17,3 milhões de pessoas morreram de DCV no ano 2008 e as complicações decorrentes da HAS foram responsáveis por 9,4 milhões das mortes nesse período. Além disso, estima-se que mais de 23 milhões de pessoas morrerão devido às DCV até 2030 (OMS, 2017).

Esse diagnóstico demonstra que as causas dessa doença devem ser enfrentadas com incremento de ações nos Programas de Atenção Básica a Saúde, visando a ampliação do processo de conscientização quanto a necessidade da prevenção.

O Ministério da Saúde, em caderno elaborado como subsídio para a Atenção Básica da Saúde, reforça a compreensão de que a HAS é

(...) um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabete, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. BRASIL (2006).

Esses dados demonstram que o diagnóstico disponibilizado pelas UBS precisa ser aprimorado para serem utilizados no enfrentamento das causas e consequências da HAS, iniciando com programas e campanhas de assimilação e envolvimento dos pacientes nos Programas das Unidades de ESF, para que compreendam que o

sedentarismo, falta de cuidados preventivos e hábitos errados no trato da saúde, são fatores que provocam no “interior do corpo humano” a Pressão alta.

Confirmando essa tese, ROSÁRIO (2009), destaca que

“diversos estudos populacionais evidenciaram a importância do controle da Hipertensão Arterial para a redução da morbidade e mortalidade cardiovascular (...). Afirma ainda que “o desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença, e que no Brasil são escassas as informações referentes ao grau de tratamento e controle”.

HAS – PROBLEMA SELECIONADO

Constatamos preliminarmente, que o enfrentamento a HAS aparentemente, pela sua prevalência, é complexo, dados os inúmeros desafios para o seu combate, vez que a depender do contexto onde a UBS está inserida e o nível de envolvimento e comprometimento dos gestores locais e da comunidade com os Programas, o problema é mais ou menos complexo.

Abaixo, na Figura 01, a HAS, problema identificado a partir da aplicação da Matriz TUC, vem apresentado paralelamente aos Determinantes sociais, econômicos e culturais, que contribuem para as causas da mesma, cuja análise contribuiu na elaboração do Plano de Intervenção.

Determinante do meio social e econômico	HIPERTENSÃO ARTERIAL	Determinantes relacionados ao trabalho da Equipe na ABS/APS
<p>Dados sócio econômicos, da área acompanhada da ESF 2 classifica essa população nas Classes sociais C e D. Portanto vulneráveis socialmente e economicamente. Dificuldade de acesso aos Programas de Saúde vinculados ao SUS</p>	<p>A ocorrência de infarto agudo do miocárdio ocupa importante destaque no quadro de continuidade no agravo de doenças não tratadas adequadamente de forma precoce. Na ESF 2 foram quantificados 5 (cinco) casos de pacientes acometidos por essa patologia, devido a dificuldade no acesso aos programas de saúde pública ofertadas pelo SUS, que minimizaria esse problema, se fossem observados os critérios preventivos de acompanhamento oferecidos pelo SUS.</p>	<p>Falta de especialistas e acompanhamento.</p>
<p>Nível de escolaridade baixo ou mediano, dificultando acesso as informações e campanhas educativas e preventivas.</p>	<p>A mortalidade por cardiopatias tem acometidos parcela da população, dado a falta de esclarecimento de um grupo de risco, carente de acesso aos serviços públicos, e falta de informações quanto a hábitos saudáveis de vida. Os fatores que contribuíram para o Infarto foram tabagismo sedentarismo e obesidade.</p>	<p>Falta de medicamentos.</p>
<p>Cultura demarcada pela falta de desinteresse com a saúde, como fator preponderante para a qualidade de vida.</p>		<p>Carência ocasional de profissionais de saúde.</p>

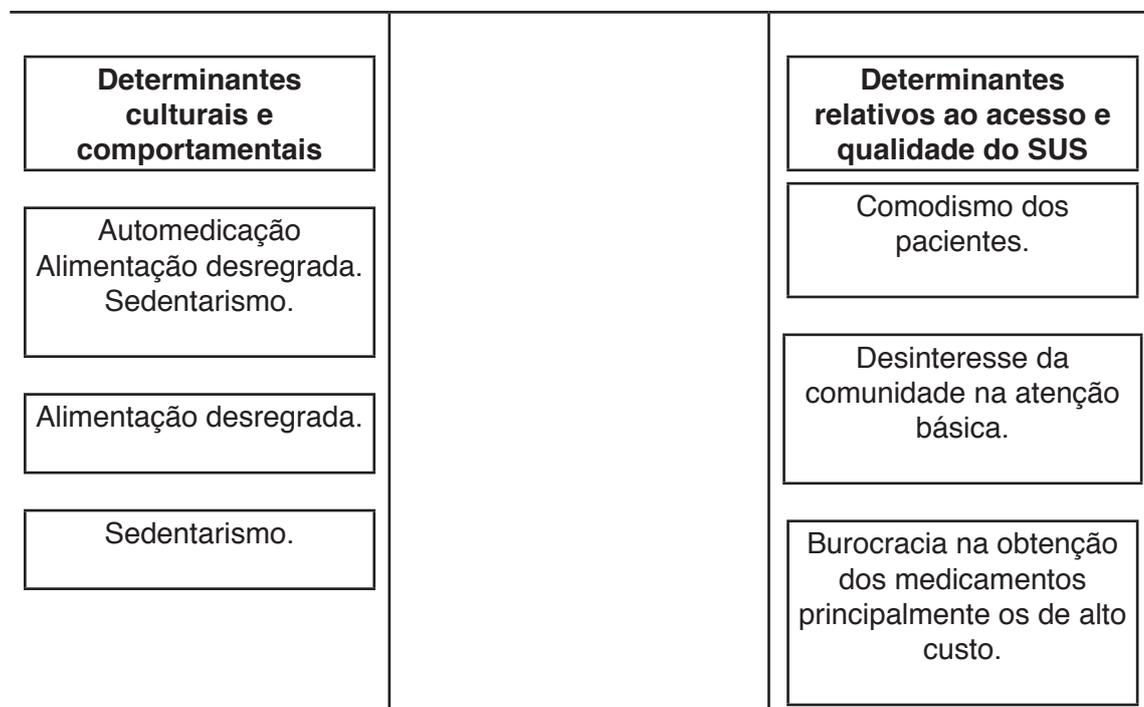


Figura 1: Determinação Causal do Problema Selecionado

Fonte: o autor (2019)

Os determinantes identificados na Figura 01, estão relacionadas as condições econômicas, sociais e culturais que comprometem diretamente a qualidade de vida do indivíduo e conseqüentemente sua saúde.

Reportando a BUSS (2007), com relação aos determinantes temos que:

“as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde”

Importante ainda destacar a manifestação da CNDSS (2006), em Carta Aberta, afirmando que os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.

O Plano de Intervenção, contido no Quadro 4, deve ser executado anualmente, definindo datas a partir da elaboração anual do Planejamento.

PLANO DE INTERVENÇÃO			
OBJETIVO: Aprimorar o atendimento aos problemas de saúde ocasionados pela HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica, nas Unidades de Saúde do município de Rio Verde.			
RESPONSÁVEIS: Coordenador da Unidade de saúde e equipe de saúde (agentes comunitários de saúde, técnico de enfermagem, enfermeiros, médicos)			
PROBLEMA	AÇÃO	RESULTADOS ESPERADOS	PRAZOS
Desinteresse da comunidade na atenção básica	Promover campanhas permanentes de esclarecimento, junto à comunidade usuária do SUS, quanto aos procedimentos de atenção à saúde básica, informando os procedimentos e alternativas de acesso. Envolver as redes de assistência social nas campanhas.	Usuários do Sistema anual procuram a Unidade para acompanhamento dos tratamentos preventivos.	01 campanha por semestre
Falta de especialistas e acompanhamentos	Definição de política e investimento público para disponibilizar profissionais especialistas responsáveis pelo atendimento na Atenção Básica.	Disponibilidade de, pelo menos, 01 profissional especializado para acompanhamento dos desdobramentos da Atenção Básica.	03 meses
Falta de medicamentos	Planejar as demandas de medicamentos e manter o estoque atualizado.	Superação do problemática da falta de medicamentos.	Planejamento anual
Carência ocasional de profissionais da saúde	Organizar Banco de Trabalhadores da área de saúde, para substituição temporária, evitando interrupção de atendimento, em casos de férias e licenças de profissionais. Promover Programas de Capacitação sobre HAS (preventiva e e tratamento contínuo.)	Superação da problemática provocada pela descontinuidade de atendimento por falta de pessoal.	Planejamento anual
Comodismo dos pacientes	Esclarecimento direto ao paciente quanto a importância e consequência da interrupção do tratamento, bem como do acolhimento das orientações médicas, no tocante a hábitos saudáveis (alimentação, exercício físico, etc.)	Envolvimento da comunidade com a Unidade de Atendimento Básico.	01 campanha por semestre
Burocracia na obtenção dos medicamentos, principalmente os de alto custo	Construir Plano de solicitação de medicamentos, com antecedência necessária para evitar a falta do mesmo. Essa ação está diretamente relacionada ao planejamento das demandas da Unidade.	Estabelecimento de Procedimentos Padrões evitando a demora na liberação do medicamento.	Trimestral

Quadro 4 – Plano de Intervenção

Fonte: o autor (2020)

Como podemos observar os problemas são vários e recorrentes, que demandam ações envolvendo níveis diferenciados de comprometimentos. Por isso o combate a HAS continua sendo um desafio para as Políticas Públicas de Atenção à Saúde. O Planejamento antecipado, e a adoção de campanhas permanentes, articulados a políticas de formação e sensibilização para as equipes é ferramenta estratégica para a consecução dos objetivos.

Com esta compreensão a construção do Plano de Intervenção para o enfrentamento da HAS, na Unidade ESF2 do município de Rio Verde, deve, além de observar os critérios preventivos e curativos, construir políticas indutoras que considerem os fatores externos aos programas, que afetam diretamente a população usuária do sistema.

ROBBINS (2007), afirma que:

“A elaboração de Projetos é uma ferramenta gerencial que tem demonstrado crescente importância para a vida de toda organização, independente da natureza do produto ou serviço oferecido pela mesma, ou de sua esfera de atuação pública ou privada, uma vez que visa a sistematização de ações e a otimização de atividades e processos, sejam eles estratégicas ou operacionais”.

O Plano de Intervenção será uma importante ferramenta de trabalho para a Equipe da Unidade da ESF2 do município de Rio Verde, ao possibilitar a organização do processo de trabalho visando o atendimento das demandas da população onde encontra-se inserida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos problemas mais sérios enfrentado no país, na área de políticas públicas da saúde, no universo das doenças crônicas não transmissíveis é a HAS. Essa constatação tem demandado a avaliação cotidiana dos procedimentos e incremento dessas políticas, visando o aprimoramento e eficiência na sua aplicação.

Essas doenças, nos dias atuais, pelo grau de abrangência são consideradas como epidemia nos países desenvolvidos e principalmente nos países em desenvolvimento. Com destaque temos as doenças cardiovasculares, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e o *diabetes mellitus* (DM).

A HAS constitui-se como um importante fator de risco para a morbimortalidade cardiovascular, portanto, ainda representa um desafio para o sistema público de saúde, que precisa se debruçar na construção de planejamentos estratégicos, envolvendo a comunidade, cujo desdobramento requer o acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção dessas doenças.

Procuramos demonstrar nesse trabalho que há necessidade de aprimorar o

sistema para atender as demandas existentes, em desdobramento dessa enfermidade. Destacamos a necessidade da ampliação do estoque de medicamentos, a precisão e acompanhamento do quadro de doentes.

Paralelo as ações de logística, é necessário buscar parcerias, nas campanhas de esclarecimento e conscientização, com centros de convivência de idosos e centros de referência da assistência social, que são importantes ferramentas de contato direto, principalmente com os idosos, que em sua maioria são acometidos pela enfermidade de HAS. A disseminação do conhecimento preventivo e de acompanhamento da HAS, junto à comunidade usuária, constitui-se numa política estratégica para o combate dos males advindos dessa enfermidade.

Paralelo a essas ações deve-se incrementar os programas de capacitação dos profissionais integrantes da ESF2. Esse conjunto de ações articuladas contribuirão para o oferecimento de um atendimento mais qualificado. Para tanto é importante construir programas de valorização e motivação de cada trabalhador em saúde, integrante da ESF 2, e a partir desse movimento, despertar o interesse e a participação no tratamento, monitoramento e avaliação dos usuários, com o conseqüente fortalecimento da Atenção Básica, conforme preconiza a política do SUS.

A expectativa de melhoria nos atendimentos dos pacientes cadastrados na ESF2, com a enfermidade de HAS, a partir das ações elencadas no Plano de Intervenção, pressupõem uma mudança no comportamento dos usuários, conscientizando-os quando ao seu papel individual no tratamento contínuo da hipertensão. As campanhas informativas, por sua vez, poderão motivar o paciente quanto a sua responsabilidade de buscar a ESF2 para fazer (re) avaliação periódica, vez que a HAS é uma doença crônica e o seu controle e/ou evolução depende, também, do comprometimento do paciente.

Destacamos, também, como elemento estratégico, a importância do acolhimento aos usuários e melhoria da ambiência onde se desenvolve o trabalho da equipe. São fatores contributivos para atingir o resultado esperado desenvolvido no Plano de Intervenção. Essa base deve vir ao lado do investimento na relação entre o profissional da ESF2 e os usuários. Sem dúvida alguma a humanização e a compreensão no contato com o usuário, dará mais qualidade para o atendimento.

Preliminarmente, consideramos que o sucesso das ações propostas deve considerar a importância dos profissionais envolvidos nos programas. Para tanto é importante a manutenção de políticas de valorização, capacitação e harmonia na (e da) ESF2, no cotidiano do seu trabalho. Esse conjunto de ações são fundamentais para o sucesso dos Programas de Atenção Básica da Saúde.

Finalmente, acreditamos na atuação ativa dos próprios usuários, participando do Controle Social previsto na Lei 8080/90. Essa participação dos usuários é fundamental para o sucesso dos programas de saúde, uma vez que, através da cobrança, mobiliza também a equipe de saúde e a gestão, propiciando nas UBS um acolhimento pleno, em cumprimento de uma assistência à saúde referenciada e com qualidade social

(Brasil, 1990).

REFERÊNCIAS.

ALESSI A, Brandão AA, Pierin AMG, et al. IV **Diretriz para o Uso da Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial e II Diretriz para o Uso da Monitorização Residencial das Pressão Arterial**. Arq Bras Cardiol. 2005..

BUSS, Marchiori e FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Revista Saúde Coletiva. RJ. 2007.

CNDSS. COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS. www.determinantes.fiocruz.gov.br/2007.

Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, Obtido em 01/12/2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília; 2006.

LOBO, Larissa Aline Carneiro; COSTA, Raquel Canuto Juvenal Soares Dias-da; PATTUSSI, Marcos Pascoal. Artigo: **Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil**. In Cadernos de Saúde Pública 33, 2017.

MANSUR, Antônio de Pádua Mansur e Desidério Favarato Instituto do Coração (InCor) – **Hipertensão Arterial Sistêmica no Serviço de Emergência: adesão medicamentosa e conhecimento da doença**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2015.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Doenças Cardiovasculares**. 2017.

Prefeitura Municipal do Município de Rio Verde – GO, 2019. Secretaria de Saúde Municipal: Estrutura Organizacional. Disponível em: <https://www.rioverde.go.gov.br/estrutura-organizacional?id=8>. Acesso 15 dez 2019.

ROBBINS, S. P. **Administração: mudanças e perspectivas**. 7. Ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

ROSÁRIO, Tânia Maria do; FRANÇA, Vinícius Araújo de; REGINA, Márcia. **Prevalência, controle e tratamento d HAS em Nobres, MT**. Sociedade Brasileira de Cardiologia. [Dms.ufpel.edu.br](http://dms.ufpel.edu.br). 2009.

PROMOÇÃO DE SAÚDE PARA DIABÉTICOS E HIPERTENSOS: UM PROJETO DE INTERVENÇÃO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE 4 DO MUNICÍPIO DE QUIRINÓPOLIS – GOIÁS

Rodney Rosa Monteiro
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Atualmente, as DCNT enquadram-se dentro de uma classe de doenças com proporções reais de uma pandemia. Dentre as patologias com proporções de pandemia, destacam-se as doenças cardiovasculares e metabólicas (obesidade e diabetes), acometendo a população mundial em todas as faixas etárias. O agravamento deste quadro epidemiológico para as DCNT relaciona-se com a crescente longevidade da população de países emergentes, associada a maus hábitos de vida, como o sedentarismo, tabagismo e a alimentação inadequada, somando-se ao despreparo e à falta de recursos para deter a carga de doenças que tende a progredir de forma exponencial nas próximas décadas (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

O controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente

simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do DM e HA, resultando em melhor qualidade de vida aos portadores das doenças. Da mesma forma, o controle dessas patologias resulta na redução de danos aos órgãos-alvo. Para o controle de ambas, são necessárias medidas que envolvem mudanças no estilo de vida do indivíduo (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Nesse contexto, visando intervir nas patologias que vem reduzindo a qualidade de vida da população, o planejamento estratégico tem se tornado a ferramenta gerencial mais utilizada pelas organizações, justamente por se tratar de um processo formalizado para gerar resultados a partir da sistematização das decisões (PEREIRA, 2011). A gestão de saúde pública no Brasil vem sofrendo diversas transformações no decorrer dos últimos anos, uma delas é a descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde. Com isso faz-se necessário uma implantação de novos métodos de trabalho, principalmente na gestão, para dar conta de toda a transformação e exigências (SILVA, 2015).

O município de Quirinópolis fica no interior do estado de Goiás, região centro oeste do país, localizado no sul goiano, distante 285km da capital Goiânia. Com população estimada

em 49.416 habitantes em 2018 segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, sendo que 84,42% vive em área urbana e 15,58% em zona rural. Além de Quirinópolis, o município possui um povoado, Denislópolis, que fica a uma distância de 18 km da sede municipal com população de 494 habitantes e 64 domicílios ocupados. Atualmente Quirinópolis conta com 12 UBS distribuídas estrategicamente nos bairros da cidade, além de um posto de saúde de especialidades e um hospital que atende urgência e emergência 24 horas (IBGE, 2018).

A UBS 4 – Cory Andrade está localizada no bairro alvorada, com uma população de baixo nível socio econômico. A UBS é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma técnica em saúde bucal, uma recepcionista, uma auxiliar de limpeza e seis agentes comunitário de saúde. No local é realizado acolhimento diário dos usuários no sistema de demanda espontânea e consultas agendadas, ademais dos atendimentos citados, é realizado o agendamento das visitas domiciliares em pacientes acamados ou com alguma dificuldade de locomoção que o impossibilite chegar ao posto de saúde.

Um dos trabalhos desenvolvidos, são os grupos de pacientes com doenças ou condições que mais prevalece na unidade, nestes encontros visa-se promover e orientar a saúde e prevenir os malefícios/ou prejuízos dos indivíduos dessa micro área. São grupos de gestantes, puericultura, grupos de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, como diabéticos e hipertensos. Os encontros são mensais, onde são realizadas atividades voltadas para a promoção, prevenção e tratamento do agravo de saúde, visando uma melhor qualidade de vida para a população participante e seus familiares.

OBJETIVOS

Elabora um plano de ação interventiva na Unidade Saúde da Família 4, Cory Andrade do município de Quirinópolis (GO), sobre a promoção de saúde voltada a pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de reduzir a incidência dessas patologias e aumentar a adesão ao tratamento.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza aplicada, do tipo transversal, definido por pesquisa observacional, que analisa dados coletados ao longo de um período, dessa forma, será criado conhecimentos que posteriormente será aplicado para a solução de problemas específicos, para isso, será realizado um Planejamento Estratégico Situacional na Unidade Básica de Saúde 4 – Cory Andrade, localizada no município de Quirinópolis – GO, para identificar os principais agravos de saúde da comunidade local. Sendo assim, foram analisados os motivos de atendimento no período de janeiro

a dezembro de 2018, esses dados foram obtidos através dos relatórios de atendimento dos Agentes Comunitários de Saúde, médico e enfermeiras da UBS.

Os critérios de inclusão foram: Indivíduos atendidos na UBS 4 – Cory Andrade, no período de janeiro a dezembro de 2018. Foram inclusos todos os atendimentos e indivíduos de todas as idades tabulados nos relatórios. Os critérios de exclusão foram: Períodos anteriores a janeiro de 2018 e posteriores a dezembro de 2018.

Para a pesquisa no site e-SUS foi selecionado: Unidade de saúde: 18- UBS IV Cory Andrade; Tipo de atendimento: Todos; Paciente: Todos; Sexo: Todos; Cidade/Estrado: Todos; Período de 01/01/2018 até 01/12/2018; Grupo: Todos; Faixa etária: Todas; Bairro: Chico Junqueira; Subgrupo: Todos. Como resultado ficou apontado: total de consultas e procedimentos: 4.916, desses, 8 visitas domiciliares; 201 Avaliação antropométrica; 1 pesquisa de *helicobacter pylori*; 3.957 consultas médicas em atenção básica; 1 consulta médica em atenção especializada; 248 consultas p/ acompanhamento de crescimento; 23 consultas para avaliação clínica do fumante; 238 consultas pré-natal; 39 consulta/atendimento domiciliar; 4 consulta pré-natal do parceiro; 2 escuta inicial / orientação; 33 visita domiciliar por profissional de nível superior; 53 abordagem cognitiva comportamental do fumante; 25 aferição de pressão arterial; 22 tratamento de dengue clássica; 1 tratamento de dengue hemorrágica; 7 tratamento de hanseníase; 3 tratamento de *diabetes mellitus*; 2 tratamento de crise hipertensiva; 2 tratamento de doenças inflamatórias dos órgãos; 1 tratamento clínico de transtornos mentais; 14 tratamento clínico dos transtornos mentais; 14 curativo grau II c/ ou s/ debridamento; 2 curativo grau I c/ ou s/ debridamento; 2 drenagem de abscesso; 10 remoção de *cerúmen* de conduto auditivo externo; 1 cadeira de rodas adulto / infantil (tipo padrão); 1 cadeira de rodas para banho com assento sanitário. Sabe-se que muitos atendimentos voltados a diversas patologias como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica por exemplo, são marcadas como consulta médica em atenção básica, dificultando a separação exata por motivo de atendimento, sendo assim, a partir da prática diária foi possível identificar os principais agravos de saúde da comunidade para a realização desse trabalho.

Além dos dados obtidos na UBS também foi utilizada a literatura como base. Os artigos de revista científica foram localizados em órgãos online como SciELO e Google Acadêmico, além de publicações governamentais. Os descritores utilizados foram: “diabetes e hipertensão”, “doenças crônicas não transmissíveis na ESF”, “atenção integral a hipertensos e diabéticos na ESF”.

Para a discussão foram analisados os 10 principais motivos de atendimento na UBS. Posteriormente, foi utilizado a Matriz TUC para avaliar os problemas de acordo com os critérios de valores: Transcendência (T), Urgência (U) e Capacidade (C), dando um valor de 1 a 10 para cada problema, e depois fazendo o cálculo de TxUxC para verificar os três problemas que ficaram com maior escore da Matriz TUC. Após essa avaliação, foi realizado uma matriz de análise dos problemas selecionados, apontando seus descritores, causas e consequências. Por último foi realizado a determinação

causal do problema selecionado e para a conclusão foi realizado o planejamento de ações para intervir no problema principal.

Quanto aos objetivos esse é um estudo descritivo; de abordagem qualitativa; em relação aos procedimentos técnicos encaixa-se em estudo de caso, pois verifica a situação de indivíduos e da comunidade local (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

Em relação as variáveis do estudo podem-se citar como: variável dependente: hipertensão e Diabetes e variável independente: Sedentarismo, má alimentação, baixa renda e escolaridade.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados apresentam que os 10 principais agravos de saúde na região foram: hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus tipo 2; dislipidemias; infecção trato urinário (ITU); síndrome metabólica; infecção vias aéreas superiores (IVAS); doenças exantemáticas da pele; pneumonia; arboviroses (dengue, chikungunya e zica) e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) conforme exposto na tabela 1.

PROBLEMA	
1	Hipertensão arterial sistêmica
2	Diabetes mellitus tipo 2
3	Dislipidemias
4	Infecção do trato urinário
5	Síndrome metabólica
6	Infecção das vias aéreas superiores
7	Doenças exantemáticas da pele
8	Pneumonia
9	Arboviroses (dengue, chikungunya e zica)
10	Doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC)

Tabela 1 – Principais problemas identificados

Fonte: Os autores, 2020.

Conforme analisado na tabela acima, atualmente é possível identificar altos índices de doenças crônicas na população, dados encontrados apontam que essas doenças são atualmente as mais prevalentes a nível mundial. De acordo com os dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas de 2017 (VIGITEL), fornecidos pelo Ministério da Saúde, foi identificado que 23% da população de Goiânia (GO) tem diagnóstico médico de hipertensão arterial, esses dados alarmantes apontam a necessidade de mais ações voltadas a essa patologia, que além de resultar em altos custos a saúde pública, reduz a qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2018a).

Com relação ao diabetes, esses dados são semelhantes, apontando níveis altos

e com tendências de crescimento ao longo dos próximos anos caso medidas não sejam estabelecidas. De acordo com a VIGITEL, o percentual de homens em Goiânia que apresentaram diagnóstico médico de diabetes aumentou 76%, entre os anos de 2006 e 2017. Na comparação com as demais capitais, os homens de Goiânia apresentaram a quinta maior taxa de diagnóstico médico de diabetes, em 2017, atrás de Boa Vista, Belo Horizonte, Porto Alegre e Campo Grande. Já entre as mulheres, a capital goiana foi a oitava com o menor percentual da doença (BRASIL, 2018b).

Para identificar os três principais agravos de saúde na região, foi utilizada a Matriz TUC. Foi avaliado os 10 motivos de atendimento na Unidade, dando valores de 1 a 10 para Transcendência, Urgência e Capacidade, com o cálculo de multiplicação para cada nota ficou evidenciado os três principais problemas da unidade com maior número de Score, sendo essas a Hipertensão Arterial; Diabetes e as Arboviroses, posteriormente foi, descrito o problema e seus descritores conforme apontam o quadro 1 e 2.

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 10*)			TOTAL (T x U x C)
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1	10	9	10	900
2	10	9	10	900
3	9	8	9	648
4	10	8	10	800
5	9	8	9	648
6	9	8	10	720
7	9	8	9	648
8	10	9	9	810
9	10	10	9	900
10	10	9	8	720

Quadro 1 – Matriz TUC para seleção dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

De acordo com o Ministério da Saúde (2018), Goiás registrou 16% de aumento nos casos de Dengue em 2018, passando de 59.784 casos em 2017 para 69.489 no mesmo período em 2018. Para Chikungunya, o aumento foi de 24%, passando de 156 casos em 2017 para 194 em 2018, com incidência de 2,9 casos/100 mil habitantes. Já em relação ao Zika, houve redução de 75%, passando de 3.812 casos em 2017 para 917 em 2018, com incidência de 13,5 casos/100 mil habitantes. Por conta dos aumentos dos casos de Dengue e Chikungunya, foi lançada a campanha de combate ao mosquito *Aedes aegypti*, com o objetivo de mobilizar a população, com ações de prevenção.

Nesse contexto, os profissionais da ESF têm papel fundamental na orientação da comunidade, incentivando a prevenção e monitorando os casos de contaminação para

identificar um possível surto.

	PROBLEMA	DESCRITORES
a	Hipertensão arterial	Maior índice de agravo da população local
b	Diabetes	2º maior causa de procura por atendimento na Unidade
c	Arboviroses	Região Centro-oeste tem o maior índice de mortes por dengue do país

Quadro 2 – Três problemas com maior Score de acordo com a Matriz de TUC

Fonte: Os autores, 2020.

Esses altos índices de doenças crônicas apontam para a necessidade de mais ações de prevenção e orientação da população. Essas doenças e índices são um espelho do estilo de vida atual da população, como o sedentarismo, baixo consumo de frutas e legumes, tabagismo e consumo em excesso de comidas industrializadas com alto teor de gorduras trans e saturadas. Todos esses hábitos contribuem para o adoecimento da população, além dos fatos hereditários. Sendo assim, medidas preventivas, de incentivo e conscientização hábitos de vida saudável devem ser incorporados na assistência integral à saúde.

Um dos maiores desafios no combate à HA e DM ainda se deve a não adesão ao tratamento proposto, a mudança no estilo de vida e hábitos fazem com que a maioria dos portadores dessas patologias não sigam adequadamente o tratamento, sendo portanto, essencial estudos acerca do tema, que visem aumentar o nível de informação da população e conseqüentemente reduzir os índices de cometimento, agravos secundários, mortalidade e morbidade precoce (LOPES; MORAES, 2011).

A partir desses dados foi possível realizar a matriz de análise desses problemas, onde foi exposto no quadro 3 o problema a, b e c, cada um com seus descritores, causas e conseqüências. Por ser um trabalho realizado em um município do interior do estado de Goiás, ainda são poucos os dados quantitativos referentes aos pacientes crônicos locais. Os dados do município obtidos são somente da UBS 4 onde a Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus tipo 2 são a maior causa de procura por atendimento, sendo, portanto, consideradas os agravos mais prevalentes na região.

PROBLEMA a	Alto nível de Hipertensos na comunidade	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
<p>Maior índice de agravo de saúde da população local</p> <p>Principal causa de doenças secundárias que levam a óbito</p>	<p>Sedentarismo</p> <p>Alto consumo de sódio e comidas industrializadas</p> <p>Consumo de álcool e tabagismo</p> <p>Consumo de sódio em excesso</p>	<p>Maior adoecimento e incapacidade populacional</p> <p>Custos ao sistema de saúde</p> <p>Mortalidade precoce</p>
PROBLEMA b	Índice de pacientes diabéticos aumentando na comunidade	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
<p>2º maior causa de procura por atendimento na Unidade</p>	<p>Falta de educação em saúde para população</p> <p>Falta de acompanhamento nutricional</p>	<p>Adoecimento e incapacidade populacional</p> <p>Maior chance de doenças secundárias</p>
PROBLEMA c	Aumento de casos de arboviroses no bairro	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
<p>Região Centro-oeste tem o maior índice de mortes por dengue do país</p> <p>Índices de Chikungunya aumentando no estado</p>	<p>Baixo poder aquisitivo das famílias da área</p> <p>Falta de orientação sobre os cuidados com água parada</p> <p>Baixo conhecimento sobre essas doenças</p>	<p>Custos ao sistema de saúde</p> <p>Podem levar a uma epidemia de casos</p> <p>Se não tratado a tempo podem levar a óbito</p>

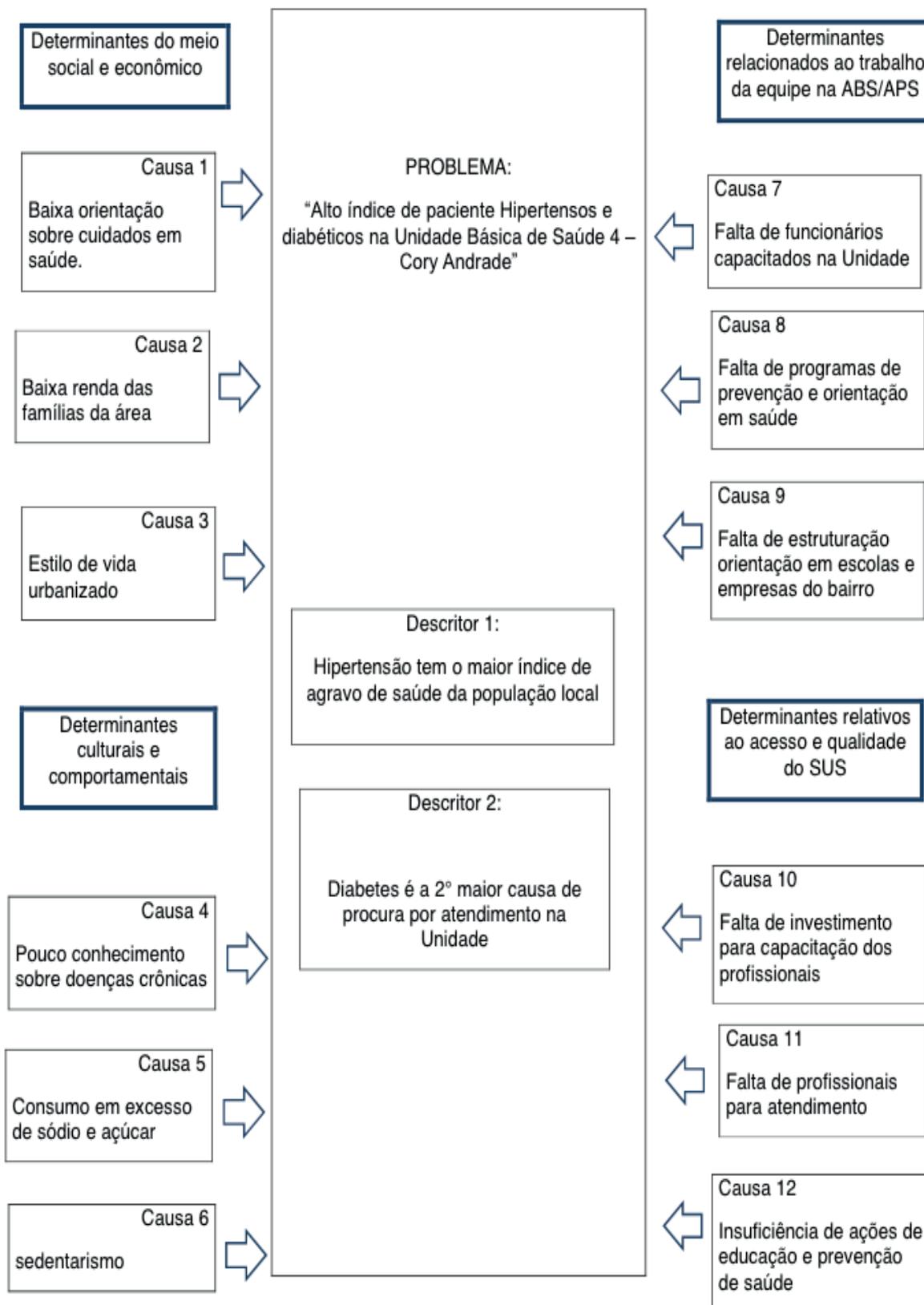
Quadro 3 – Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

As medidas não farmacológicas da HA e DM se constituem em estratégias que tem por objetivo alterar os hábitos de vida e que podem ocasionar a diminuição da dosagem dos medicamentos ou até mesmo levar a suspensão dos mesmos, além de prevenir doenças secundárias (LOPES; MORAES, 2011). É possível considerar que o estilo de vida e o exercício físico aliado a uma alimentação equilibrada, são fatores capazes de influenciar positivamente na qualidade de vida. Por outro lado, existem os fatores negativos a influenciar na saúde e bem-estar, entre os quais é possível destacar: fumo, álcool, drogas, stress, depressão, alimentação inadequada (quantidade e qualidade) esforços repetitivos e outros que devem ser desestimulados (OLIVEIRA, 2008).

Em um último momento, foi realizada a seleção de um problema, sendo esse considerado o mais agravante da UBS, ele está exposto no Quadro 4, onde estão inseridos a determinação causal do problema selecionado. Essas determinações causais expõem todos os motivos em cadeia que geram o adoecimento da comunidade, como a falta de acompanhamento nutricional para a população, falta de

investimento no SUS e nos profissionais de saúde, além das determinações culturais e socioeconômicas em que os indivíduos estão inseridos, como a baixa renda das famílias da região, hábitos de vida não saudável e a falta de conhecimento sobre as doenças e suas consequências são algumas das associações ligadas as doenças crônicas não transmissíveis.



Quadro 4 - Determinação causal da doença

Fonte: Os autores, 2020.

Alguns protocolos específicos permitem medir separadamente a influência do SNA simpático e parassimpático na modulação autonômica da frequência cardíaca (FC) (FENLEY et al., 2016). Nesse contexto, o interesse em conceitos como “atividade física”, “estilo de vida” e “qualidade de vida” vem ganhando espaço, ocasionando o aumento de estudos científicos acerca dos assuntos e constituindo um movimento no sentido de valorizar ações voltadas para a realização e operacionalização de ações que possam contribuir para a melhoria do bem-estar do indivíduo por meio da inserção de atividade física habitual da população (OLIVEIRA, 2008).

A partir da avaliação da determinação causal do problema selecionado, foi realizado o quadro 5 com ações estratégicas para a resolução do principal agravo de saúde da comunidade.

Problema: “Alto índice de paciente Hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde 4 – Cory Andrade”				
Objetivo: Garantir atenção integral a pacientes hipertensos e diabéticos.				
Meta de resultado: Ações de prevenção e acompanhamento de hipertensos e diabéticos				
Ações do tipo Beta	Meta de Produto	Responsável	Prazo	Início-Fim (duração em dias, meses ou anos)
Contribuir para atenção integral a doenças crônicas não transmissíveis	Programa de acompanhamento com médico da ESF e visitas domiciliares regulares	Médico e ACS	1 ano	06/2019-06/2020
Implantar um grupo de exercícios físicos e acompanhamento nutricional	formar um grupo de exercícios físicos, e acompanhamento nutricional	Educador físico e nutricionista	1 ano	06/2019-06/2020
Fornecer orientação aos profissionais e reuniões para melhorar o processo de trabalho	Implantar a realização palestras e cursos para os profissionais da UBS para garantir a educação permanente e reuniões para dividir tarefas e melhorar os processos de trabalho	Médico e gestor da UBS	6 meses	06/2019-12/2019
Garantir ações de prevenção contra a hipertensão e diabetes	Palestras em escolas e empresas e vídeos na sala de espera	Enfermeira, ACS e médico	1 ano	06/2019-06/2020

Quadro 5 – Quadro de ações estratégicas

Fonte: Os autores, 2020.

O projeto de intervenção tem como objetivo apresentar uma proposta de ação para a resolução de um problema real observado no território estudado (ROJAS, 2016), sendo assim, foi observado que na comunidade existe um alto índice de pacientes hipertensos e diabéticos, portanto, foram traçadas ações para a resolutiva do problema. Sabendo que o um dos tratamentos e a prevenção contra a hipertensão e diabetes é realizado com a mudança no estilo de vida, alimentação adequada e exercícios físicos foram propostas ações visando influenciar a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível considerar que os objetivos propostos para esse projeto foram alcançados, pois a partir da análise dos principais agravos de saúde na comunidade, suas determinações causais e consequências foi possível a elaboração de um plano de ação, sobre a promoção de saúde voltada a pacientes hipertensos e diabéticos, a fim de reduzir a incidência dessas patologias e aumentar a adesão ao tratamento. Além disso, foi relatado os principais agravos de saúde da comunidade; avaliado os melhores métodos de intervenção para a prevenção da hipertensão e diabetes e criado propostas de intervenções para acompanhamento de diabéticos e hipertensos na Unidade Saúde da Família 4, Cory Andrade em Quirinópolis - GO.

A primeira ação é contribuir para atenção integral a doenças crônicas não transmissíveis através de um programa de acompanhamento com médico da ESF e visitas domiciliares, com isso, visa-se que os pacientes que não tiverem indo em consultas regularmente sejam encaminhados para a procura ativa dos mesmos e assim identificar o seguimento do tratamento de maneira correta e seu estado de saúde, para isso, serão realizadas reuniões mensais com a equipe para fazer a avaliação dos casos.

A segunda ação é implantar um grupo de exercícios físicos e acompanhamento nutricional, através da formação de um grupo de exercícios físicos e alimentação saudável, para isso, será buscado uma parceria com a secretaria de saúde para a disponibilização de um educador físico e nutricionista uma vez na semana para acompanhamento dos pacientes e formação do grupo.

A terceira ação é fornecer orientação aos profissionais, além de reuniões para melhorar o processo de trabalho, isso será feito através da realização de palestras e cursos para os profissionais da UBS, garantindo a educação permanente aos mesmos, além de realizar reuniões para dividir tarefas e melhorar os processos de trabalho.

Por último objetiva-se garantir ações de prevenção contra a hipertensão e diabetes através de palestras em escolas e empresas, além de vídeos na sala de espera. As ações têm tempo estimado de 6 a 12 meses e contam com colaboração da equipe da ESF e órgãos competentes para fornecer materiais e profissionais se necessário.

Visa-se com esse projeto, garantir a atenção integral a pacientes hipertensos e diabéticos e pôr em prática os objetivos do PSF promovendo a prevenção e a recuperação da saúde além do tratamento da doença.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Portaria nº 252, de 19 de fevereiro de 2013. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Em Goiás, dengue e chikungunya têm aumento do número de casos em relação a 2017**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/>

agencia-saude/44670-em-goias-dengue-e-chikungunya-tem-aumento-do-numero-de-casos-em-relacao-a-2018>. Acesso em: 09 jan. 2018.

_____ (a). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **23% da população de Goiânia (GO) diz ter diagnóstico médico de hipertensão**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43133-23-da-populacao-de-goiania-go-diz-ter-diagnostico-medico-de-hipertensao>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

_____ (b). MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Percentual de homens com diabetes cresce em Goiânia (GO)**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43737-percentual-de-homens-com-diabetes-cresce-em-goiania-go>>. Acesso em: 09 jan. 2019.

COSTA, Jorge de Assis et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Internet, v. 3, n. 16, p.2001-2009, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16n3/2001-2009/pt>>. Acesso em: 15 ago. 2019.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01- 13, Sem II. 2008. ISSN 1980-7031.

FENLEY, Alexandre et al. Ajustes cardiorrespiratórios durante a manobra de acentuação da arritmia sinusal respiratória: influência do tempo da manobra sobre o volume minuto, fração expirada de CO₂ e variabilidade da frequência cardíaca. **Fisioterapia e Pesquisa**, [s.l.], v. 23, n. 1, p.68-73, mar. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/14696023012016>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **IBGE faz um amplo retrato da saúde dos adultos brasileiros**. 2013. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2786&t=pns-2013-ibge-faz-um-amplo-retrato-saude-adultos-brasileiros&view=noticia>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

LOPES, Louisy Oliveira; MORAES, Elzira Diniz de. Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial. **Inesul**, Londrina, v. 1, n. 1, p.1-8, 2011. Disponível em: <https://www.inesul.edu.br/revista_saude/arquivos/arq-idvol_10_1339682941.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Internet, v. 1, n. 16, p.1383-1388, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2011.v16suppl1/1383-1388/pt>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Em Goiás, dengue e chikungunya têm aumento do número de casos em relação a 2017**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44670-em-goias-dengue-e-chikungunya-tem-aumento-do-numero-de-casos-em-relacao-a-2018>>. Acesso em: 09 jan. 2018.

OLIVEIRA, Angélica Porto de. **Anuário da produção de iniciação científica discente**, 12., 2008, São Paulo. Anais. São Paulo: Anhanguera Educacional, 2009. v. 11, p. 13 - 38. Disponível em: <<https://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/1010/1/artigo%201.pdf>>. Acesso em: 21 ago. 2019.

ROJAS, Juan. **Projeto de intervenção**. 2016. 26 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Bom Despacho, 2016. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/projeto_interven%C3%A7ao_para_diminuir_alta_prevalencia-hipertensao-diabetes.pdf>. Acesso em: 03 set. 2019.

ACIDENTES BIOLÓGICOS EM TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DAS UNIDADES DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Lívia Carla Lopes de Moraes
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa buscou investigar a incidência de acidentes biológicos em técnicos de enfermagem do Distrito Federal entre os anos de 2015 e 2016, para isso, foi necessário realizar uma investigação acerca dos principais problemas que acometem os trabalhadores, dessa forma, foi realizado um levantamento que reuniu os principais indicadores que avaliam as condições de saúde do trabalhador em seu âmbito laboral. Além disto, para que presente pesquisa pudesse identificar tais indicadores foi necessário fazer um recorte de variáveis, avaliando condições sociais e culturais, como gênero e escolaridade, e variáveis que desencadearam os acidentes biológicos, como circunstancia do acidente e tipo de contaminação.

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Distrito Federal (DF), devido o fato de haver um crescimento considerável do número de acidentes biológicos nessa determinada localização, a escolha do tema se dá prioritariamente por esse motivo, tendo em vista esta questão, foi necessário construir um

método que pudesse descrever tal incidência no período de dois anos, o método escolhido foi a pesquisa de coorte transversal de prevalência, que possui o objetivo de avaliar os fatores desencadeadores de um determinado fenômeno em um período de tempo e lugar, todo o processo foi descrito na metodologia. Posteriormente foram selecionados os principais fatores que desencadearam os problemas de saúde no Distrito Federal entre 2015 e 2016, e por fim, foi selecionado fator mais agravante.

Com os resultados da pesquisa foi possível observar que acidentes biológicos requerem mais estudos, para descrever tal necessidade foi produzida uma justificativa apontando os principais agravantes e problemas quando esse tipo de acidente não é investigado de forma mais criteriosa. Dessa maneira foi necessário fazer uma revisão de literatura para que se pudesse encontrar apoio nos trabalhos já publicados com a intenção de encontrar pressupostos teóricos que apoiassem o desenvolvimento da pesquisa, todas as condições foram apresentadas na seção Revisão de Literatura.

Em seguida, os dados foram tabulados e analisados, a interpretação dos dados consta nas discussões, para avaliar os dados foi necessário seguir as hipóteses e os objetivos de pesquisa estabelecida no momento em

que se construiu o problema de pesquisa, com esse apoio foi possível construir um problema de pesquisa válido abrangendo diversos tipos de técnicos de enfermagem que foram acometidos por esse tipo de acidente, com graus de escolaridades e gêneros diferentes, tornando possível uma descrição criteriosa sobre o tipo e circunstância do acidente.

Por fim, na seção conclusão foi apresentado as principais dificuldades e descobertas da pesquisa, e para além disto, um plano estratégico de intervenção, com o objetivo de propor uma solução para o problema, tendo em vista que esse tipo de acidente tem crescido a cada ano por diversos fatores, ausência de pesquisa, falta de atualização dos dados no sistema do governo, pouca informação e capacitação para os trabalhadores.

OBJETIVO

Investigar a incidência de acidentes biológicos em técnicos de enfermagem do Distrito Federal a fim de diminuir os riscos de acidentes biológicos.

MÉTODO

A presente pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa de coorte transversal de prevalência, que tem o objetivo de verificar a nosologia em um determinado período de tempo, avaliando casos novos e antigos, assim como mostra o trabalho de Bordalo (2006), de cunho quantitativo do tipo descritivo, que de acordo com o trabalho de Raupp e Beuren (2006, p.81), a pesquisa descritiva “preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisa-los, classifica-los e interpretá-los, o pesquisador não interfere neles” buscando avaliar os dados quantitativamente, com a coleta de dados epidemiológicos obtido nos sistemas de saúde do Governo Federal, será possível interpretá-los procurando investigar relações entre as variáveis.

Sobre o procedimento do estudo a pesquisa foi realizada a partir de dados coletados a partir de uma consulta de dados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), organização responsável pelo registro, coleta de dados e notificações sobre a situação da saúde do trabalhador no Brasil, no sistema estão presentes informações relacionadas com acidentes de trabalho grave, acidente de trabalho relacionado a exposições biológicas, intoxicações exógenas, doenças e agravos relativos à saúde mental do trabalhador. Cada Estado deve atualizar o sistema mensalmente, assim que os dados são atualizados o ministério da saúde disponibiliza os dados no site da Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE).

Na segunda etapa foram colhidos os dados no sistema SINAN e SAGE entre os anos de 2015 e 2016 referentes ao Distrito Federal, dos indicadores epidemiológicos encontrados no sistema SAGE foram verificados dez principais doenças e agravos

relacionados a saúde do trabalhador, no entanto, foi observado um crescimento considerável no número de casos de acidentes biológicos relacionados ao trabalho na região do Distrito Federal, e em 2016 superando a incidência de acidentes graves, outro ponto importante a descrever é a carência de dados qualitativos na plataforma SAGE (2019), foram encontrados apenas os números de incidência em cada ano, sem informações sobre o tipo de acidente, trabalhador e instituição.

A terceira etapa do trabalho foi verificar a ficha de identificação do sistema SINAN que é preenchida pelas instituições de saúde quando acontece algum acidente biológico, a ficha de identificação traz todas as informações relacionadas ao acidente, que vai da identificação do trabalhador, o tipo de acidente e sua origem até a evolução do caso. Os dados quanti e qualitativos foram obtidos através do Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGST-MS, 2019), uma parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e a Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador do Mato Grosso do Sul. Após a identificação da ficha do sistema SINAN foram colhidos os dados quantitativos referente ao número de acidentes biológicos que aconteceram no país entre o período de 2015 e 2016, após a coleta foi realizado um filtro especificando apenas o Distrito Federal.

Após os dados serem coletados eles foram organizados através de suas variáveis e grupo a ser estudado, o grupo escolhido foram os trabalhadores técnicos de enfermagem do distrito federal, as variáveis escolhidas para o presente estudo foram: Sexo, Escolaridade, Tipo de Exposição e Circunstância do Acidente. Essas variáveis foram escolhidas a partir da ficha de notificação do SINAN, as fichas coletadas correspondem aos anos de 2015 e 2016.

A partir disto foi utilizada a Matriz TUC para que fosse possível estabelecer uma determinação acerca dos problemas mais urgentes. Para elaborar a Matriz é necessário estabelecer os critérios de avaliação referentes à Transcendência, Urgência e Capacidade de Enfrentamento. A **Transcendencia** diz respeito aos problemas que estão relacionados a uma atenção maior entre os gestores e técnicos de saúde, que por sua vez acometem a população, no presente trabalho foi considerada a oscilação da incidência do problema entre um ano e outro. A **Urgencia** diz respeito aos problemas que não podem ser postergados, ou seja, problemas que exigem uma medida imediata, quanto à **Capacidade de Enfrentamento** relaciona-se a capacidade em que os aparelhos de saúde tem de solucionar os problemas, sejam a partir de ações estratégicas ou disponibilidade de recursos materiais possíveis, sendo eles humanos ou materiais, a fim de evitar o agravo e incidência do problema.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao analisar os dados no Sistema SAGE (2019) foi possível obter os principais agravos na saúde do trabalhador no Distrito Federal, entre eles destacam-se o Cancer,

Dermatose, Perda de Atenção Reduzir por Ruído (PAIR), Pneumoconiose, Transtorno Mental, Acidentes Biológicos, Acidente Grave, Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Intoxicações exógenas, a avaliação dessas doenças se deu a partir de um recorte entre os anos de 2015 e 2016 no Distrito Federal.

Indicadores Epidemiológicos em Brasília (DF) que se referem à Saúde do Trabalhador de Acordo com o DATASUS

O quadro 1 e 2 representam os principais agravos a respeito da saúde do trabalhador no Distrito Federal (DF) entre os anos de 2015 e 2016, os dados foram retirados do sistema SAGE, que são alimentados pelo sistema SINAN através de fichas de preenchimento nas unidades de saúde.

Ano	Câncer	Dermatose	PAIR	Pneumoconiose	Transtorno Mental
2015	76	352	75	1	7
2016	27	233	40	0	0
Total	103	585	115	1	7

Quadro 1 – Principais Indicadores de Agravos e Doenças da Saúde do Trabalhador no Distrito Federal

Fonte: SAGE (2019)

Ano	Acidente Biológico	Acidente Grave	LER e DORT	Intox. Exógena
2015	542	844	87	189
2016	672	506	29	133
Total	1214	1350	116	316

Quadro 2 - Principais Indicadores de Agravos e Doenças da Saúde do Trabalhador no Distrito Federal

Fonte: SAGE (2019)

Com base nos dados foi possível observar os principais indicadores de acidentes de trabalho no Distrito Federal – DF entre os anos de 2015 e 2016, através de uma articulação entre os dados do SINAN, DATASUS e o Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos à Saúde do Trabalhador (ISC-UFBA/CGST-MS), identificamos os principais agravos, destaca-se os Acidentes Biológicos, Acidentes Graves, Câncer, Dermatose, PAIR, Pneumoconiose, Transtorno Mental, LER e DORT e por fim Intoxicação Exógena. Os dados apontam que os principais agravos nesse recorte de tempo estavam relacionados aos Acidentes Biológicos, Acidentes de Trabalho Graves e Intoxicação Exógena, para chegar a essa conclusão foi necessário realizar a Matriz TUC, que será apresentado posteriormente logo após a curva de crescimento de cada doença.

Curva de Crescimento dos Indicadores Epidemiológicos

Para analisar os dados foi necessário observar a curva de crescimento da incidência da doença de um ano para o outro, observando se houve crescimento positivo, negativo ou se houve equilíbrio, e, além disto, estabelecido uma lista com o objetivo de organizar melhor os dados para que assim possam ser definidos os critérios e escores necessários para a construção da Matriz TUC mencionada na metodologia. Para avaliar a curva de crescimento de um ano para outro foi feito o cálculo de porcentagem, e em seguida, listado os problemas a partir de sua prioridade de 1 a 10.

A curva de crescimento é responsável por avaliar a incidência dos acidentes de um ano para o outro, o cálculo percentual é realizado a partir da divisão do ano seguinte pelo ano posterior, sendo possível observar se houve um aumento, diminuição ou estabilização das taxas de acidentes.

	PROBLEMA	DESCRITORES
1	Acidente biológico	$672/542*100 \cong 23\%$
2	Intoxicação exógena	$133/189*100 \cong -30\%$
3	Dermatose	$233/352*100 \cong -44\%$
4	Acidente grave	$506/844*100 \cong -41\%$
5	PAIR	$40/75*100 \cong -47\%$
6	Câncer	$27/76*100 \cong 65\%$
7	DORT	$29/87*100 \cong -66\%$
8	LER	
9	Pneumoconiose	Não Houve Crescimento
10	Transtorno mental	Não Houve Crescimento

Quadro 3: Crescimento do Numero de Casos de Acidentes entre 2015 e 2016

Fonte: Os autores, 2020.

Ao observarmos a curva de crescimento nesse período de dois anos é possível perceber a incidência de acidentes biológicos apresenta o grau de crescimento mais elevado, enquanto que a Pneumoconiose e o Transtorno Mental não houve crescimento. Outro ponto importante a demonstrar é que durante esse período, a incidência de acidentes biológicos (1214) é menor que o numero de acidentes graves (1350), porém, a curva de crescimento é maior, isso é uma evidencia de que tal problema precisa de mais atenção. A partir desses dados foi elaborada a matriz TUC estabelecendo os critérios de 0 a 3.

Matriz TUC

A Matriz TUC é responsável por determinar a transcendência, urgência e capacidade de uma série de problemas que precisam de solução, o desenvolvimento da matriz é importante pelo fato de que ela é através dela que é possível construir um

critério de avaliação e decisão para enfrentamento dos problemas.

	CRITÉRIOS			Total
PROBLEMA	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	(T x U x C)
Acidente biológico	3	3	3	27
Acidente grave	2	3	3	18
Câncer	1	1	3	3
Dermatose	1	2	1	2
Intoxicação exógena	3	3	3	27
PAIR	2	2	2	8
Pneumoconiose	2	3	2	12
Transtorno mental	3	2	3	18
DORT e LER	1	2	2	4

Quadro 4: Matriz de Avaliação da Transcendência, Urgência e Capacidade

Fonte: Os autores, 2020.

Após o cálculo na matriz TUC foi observado os três principais problemas que acometem a saúde do trabalhador, ao avaliar a Transcendência, Urgência e Capacidade foi possível notar indicadores que exigem mais atenção da gestão e técnicos dos serviços de saúde, acidentes biológicos e intoxicação exógena nesse caso poderiam fazer parte de uma mesma categoria, enquanto que acidentes graves, outro ponto importante é notar que para se considerar essas três prevalências foram observadas as suas curvas de crescimento e número total de ocorrências. Após essa seleção foi possível construir a tabela abaixo que apresenta as principais causas e consequências que acometem a saúde do trabalhador. Como apontado no trabalho de Spagnuolo et al. (2008), muito dos problemas e causas e consequências do acidente provem da falta de informação do trabalhador do baixo investimento em procedimentos que busquem prevenir esse tipo de acidente. No quadro 5 é apontado as principais causas e consequências dos problemas mais relevantes destacados na matriz TUC.

PROBLEMA A	Acidente biológico	
DESCRIPTOR	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
1214 casos (2015-2016)	Pouco preparo do trabalhador e negligência em procedimentos Excesso de trabalho e fadiga ocupacional	Exposição a infecções e doenças Falta de atenção e suscetibilidade a erros nos procedimentos
	Falta do uso ou inexistência de equipamentos de segurança no equipamento de saúde	Exposição e risco de contaminação com os materiais
PROBLEMA B	Acidente Grave	

DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
	Sobrecarga e excesso de trabalho	Danos a saúde mental e física.
1350 casos (2015-2016)	Trabalho em locais insalubres	Exposição a situações de perigo
	Equipamentos de proteção de pouca qualidade ou inexistência dos mesmos	Comprometimento em outras esferas da vida do trabalhador, como vida familiar e social.
PROBLEMA C	INTOXICAÇÃO EXOGENA	
DESCRITORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
316 casos (2015-2017)	Exposição a agentes intoxicantes no local de trabalho Inexistência ou dificuldade de acesso a equipamentos de proteção	Prejuízos na saúde física e risco de morte do trabalhador.

Quadro 5: Relação entre o Descritores, Principais Causas e Consequências.

Fonte: Os autores, 2020.

E seguida foi identificado os principais fatores e agravantes que podem favorecer o crescimento da incidência de acidentes biológicos, a figura abaixo ilustra esses fatores, que variam entre determinantes sociais, culturais e problemas relacionados a gestão e sistema de saúde. Esse tipo de avaliação é importante para que se possa elaborar o plano estratégico de intervenção, que pode ser realizado em conjunto com os trabalhadores dos equipamentos de saúde, população e gestão. Spagnuolo et al. (2008), aponta em sua pesquisa que alguns municípios já estão investindo em fluxogramas para atendimento de ocorrências sobre acidentes biológicos, dessa forma, pode-se entender que os fatores responsáveis são de ordem multifatorial, como é apresentado na figura 1 logo abaixo.



Figura 1: Fatores Agravantes que podem Favorecer o Crescimento de Acidentes Biológicos

Fonte: Os autores, 2020.

Após verificar os principais determinantes do problema, foi realizado a coleta de dados no sistema SINAN referentes ao ano de 2015 e 2016 que estavam armazenados no ISC-UFBA/CGST-MS (2019), desses dados foram filtrados algumas variáveis: o ano, o tipo de trabalhador que sofreu o acidente, o gênero do trabalhador, a escolaridade, o tipo de exposição e a circunstancia do acidente.

O quadro 6 é responsável por demonstrar a quantidade de dados que são válidos e omissos, ou seja, fichas que foram preenchidas e omitidas durante a coleta de dados do serviço de saúde, as variáveis fixas como sexo, o ano pesquisado e a escolaridade dos trabalhadores não tiveram dados omissos, todos foram respondidos, no entanto, as variáveis mais específicas, como tipo e circunstancia do acidente, foi possível observar uma quantidade considerável de dados omitidos. É importante apontar que Spagnuolo et al. (2008) apontava que pelo menos 50% dos casos são subnotificados ou possuem algum tipo de dificuldade de caracterização.

Estatísticas										
		Sexo	Ano	Escolaridade	Percutanea	Pele Integra	Pele Não Integra	Outros	Mucosa	Circunstancia do acidente
N	Válido	443	443	443	416	345	336	287	352	440
	Omisso	0	0	0	27	98	107	156	91	3

Quadro 6: Numero de casos Válidos e Omissos por Variável

Fonte: Os autores, 2020.

Para que se possam apresentar os indicadores de acidentes biológicos é importante apontar quais critérios foram padronizados. De acordo com os dados obtidos no ISC-UFBA/CGST-MS, a circunstancia do acidente tem um valor mais considerável do que as outras variáveis. Tendo em vista que a circunstancia do acidente diz respeito a forma como o acidente ocorre, ou seja, em qual ambiente e em que condição o trabalhador sofreu o acidente. Como já apresentado, o trabalho de Spagnuolo et al. (2008) aponta que os principais profissionais a sofrerem com esse tipo de acidente são os profissionais da enfermagem. É importante apontar o estudo de Caixeta e Barbosa (2005), que já demonstrava que os equipamentos de saúde tinham certa dificuldade na caracterização dos dados relacionados aos Acidentes Biológicos.

No quadro 6 de frequência são apresentados os dados totais que constam na base de dados do ISC-UFBA/CGST-MS, após a aplicação do filtro para profissionais Técnicos de Enfermagem forma obtidos o total de 443 dados válidos, já os dados que aparecem como omissos são referentes a ausência de tabulação por parte dos órgãos, de acordo com a tabela acima, os dados mais omitidos são referentes ao tipo de exposição biológica. No quadro 7 é apresentado a frequência de acidentes entre Técnicos de Enfermagem do Sexo Masculino e Feminino.

Sexo					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	F	395	89,2	89,2	89,2
	M	48	10,8	10,8	100,0
	Total	443	100,0	100,0	

Quadro 7: Dados Válidos Relacionados à Variável Sexo

Fonte: Os autores, 2020.

No Quadro 8 é apresentado o total de casos de acidentes biológicos em técnicos de enfermagem durante os anos de 2015 e 2016.

Ano					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	2015	200	45,1	45,1	45,1
	2016	243	54,9	54,9	100,0
	Total	443	100,0	100,0	

Quadro 8: Numero de casos válidos entre os anos de 2015 e 2016.

Fonte: Os autores, 2020.

No quadro 9 é apontado a frequência de casos de acidentes biológicos por escolaridade dos técnicos de enfermagem no Distrito Federal (DF).

Escolaridade					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	00	102	23,0	23,0	23,0
	01	1	0,2	0,2	23,3
	03	1	0,2	0,2	23,5
	05	6	1,4	1,4	24,8
	06	171	38,6	38,6	63,4
	07	38	8,6	8,6	72,0
	08	69	15,6	15,6	87,6
	09	53	12,0	12,0	99,5
	10	2	0,5	0,5	100,0
	Total	443	100,0	100,0	

Legenda: 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª à 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10- Não se aplica

Quadro 9: Incidencia de casos por Escolaridade

Fonte: Os autores, 2020.

Em relação às variáveis sexo, ano e escolaridade foi possível observar uma incidência maior de acidentes entre as mulheres, 89% do que em homens, incidência apenas de 10%. Em relação ao ano, o crescimento desse tipo de acidente em técnicos de enfermagem foi de aproximadamente 10% em 2016 em relação ao ano anterior. A respeito da escolaridade, é possível observar uma incidência maior entre os técnicos de enfermagem de escolaridade que são analfabetos (23%), e técnicos que ensino médio completo (38%), é possível notar um índice menor entre técnicos de enfermagem que já possuem um nível superior completo (15%) ou incompleto (8%). Também é importante destacar que há um numero considerável denotando o não preenchimento dessa variável no fator 09 (não se aplica), a taxa corresponde a 12% do total.

A próxima tabela é referente ao tipo de exposição, no presente trabalho foram

caracterizadas como: Exposições percutâneas, pele íntegra, pele não íntegra, mucosa e outros tipos de exposição. os dados apresentados abaixo demonstram que a maior incidência desse tipo de acidentes em trabalhadores que atuam na área de técnicos de enfermagem são as exposições percutâneas, representados por 77% do total de acidentes, e pele não íntegra, somando 71% do total de acidentes. É importante evidenciar também que ao tabular os dados sobre o tipo de exposição foi possível observar que muitos deles estavam omissos, ou seja, sequer foram preenchidos segundo os critérios da ficha.

Tipo de Exposição Mais Frequente

Percutânea					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	343	77,4	82,5	82,5
	Não	72	16,3	17,3	99,8
	Ignorado	1	,2	,2	100,0
	Total	416	93,9	100,0	
Omisso	Sistema	27	6,1		
Total		443	100,0		
Pele íntegra					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	134	30,2	38,8	38,8
	Não	205	46,3	59,4	98,3
	Ignorado	6	1,4	1,7	100,0
	Total	345	77,9	100,0	
Omisso	Sistema	98	22,1		
Total		443	100,0		
Pele não íntegra					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	10	2,3	3,0	3,0
	Nao	318	71,8	94,6	97,6
	Ignorado	8	1,8	2,4	100,0
	Total	336	75,8	100,0	
Omisso	Sistema	107	24,2		
Total		443	100,0		
Mucosa					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
	Sim	63	14,2	17,9	17,9
	Nao	279	63,0	79,3	97,2
	Ignorado	10	2,3	2,8	100,0
	Total	352	79,5		
	Sistema	91	20,5		
Total		443	100,0		
Outros					

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Sim	6	1,4	2,1	2,1
	Nao	243	54,9	84,7	86,8
	Ignorado	38	8,6	13,2	100,0
	Total	287	64,8	100,0	
Omisso	Sistema	156	35,2		
Total		443	100,0		

Quadro 10: Frequencia de Acidentes Biológicos em Técnicos de Enfermagem do Distrito Federal (DF) do tipo Percutâneo, Pele Inteira, Pele não Inteira, Mucosa e Outros.

Fonte: Os autores, 2020.

Quanto ao tipo de acidente eles foram identificados como: Exposições percutâneas, pele inteira, pele não inteira, mucosa e outros tipos de exposição. Para a tabulação desse dado é necessário que o serviço de saúde preencha a ficha do SINAN, informando quais os tipos de exposição que o trabalhador foi acometido, informando se ele foi afetado ou não, e também existe a opção de preencher se o tipo de acidente foi ignorado pelo serviço, a ficha considera uma múltipla escolha em seu preenchimento, ou seja, um mesmo trabalhador pode ter vários tipos de exposição numa mesma ficha de preenchimento, isso dificultou a análise dos principais tipos de exposição, porém, é possível observar na tabela de frequência que as exposições percutâneas e pele não inteira foram os mais prevalentes. Um fator interessante a se apresentar é que a prevalência de acidentes de característica percutânea também foram os principais nos trabalhos de Silva et al. (2009).

O próximo quadro demonstra a circunstancia do acidente, ou seja, a forma como o trabalhador sofreu o acidente, foi possível observar que em sua maioria há uma prevalência de acidentes quando o técnico de enfermagem precisa administrar algum tipo de medicação, os dados representam um valor total de 30% quando somados os diversos tipos de administração de medicamentos. Outro fator importante é que há uma parcela considerável de circunstancias denominada como **Outros**, cerca de 20% do valor total.

		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Válido	Administ. De medicação endovenosa	73	16,5	16,6	16,6
	Administ. De medicação intramuscular	27	6,1	6,1	22,7
	Administ. De medicação subcutânea	26	5,9	5,9	28,6
	Administ. De medicação intradérmica	1	0,2	0,2	28,9
	Punção venosa/arterial para coleta de sangue	32	7,2	7,3	36,1

	Punção venosa/arterial não especificada	28	6,3	6,4	42,5
	Descarte inadequado de material perfurocortante em saco de lixo	11	2,5	2,5	45,0
	Descarte inadequado de material perfurocortante em bancada, cama, chão, etc...	34	7,7	7,7	52,7
	Lavagem de material	19	4,3	4,3	57,0
	Manipulação de caixa com material perfurocortante	19	4,3	4,3	61,4
	Procedimento cirúrgico	34	7,7	7,7	69,1
	Procedimento odontológico	1	0,2	0,2	69,3
	Procedimento laboratorial	4	0,9	0,9	70,2
	Dextro	22	5,0	5,0	75,2
	Reencepe	9	2,0	2,0	77,3
	Outros	89	20,1	20,2	97,5
	Ignorado	11	2,5	2,5	100,0
	Total	440	99,3	100,0	
Omisso	Sistema	3	0,7		
	Total	443	100,0		

Quadro 11: Tipo de Circunstancia em que Ocorreu o Acidente Biológico.

Circunstancia do acidente

Fonte: Os autores, 2020.

Ao observarmos os dados foi possível verificar que as principais causas de acidentes biológicos tem haver com atividades diretamente relacionadas com o atendimento do paciente, como administração de medicamentos e punção. Os dados podem ser categorizados entre: Administração de medicamento, punção, descarte, limpeza e manipulação de materiais furocortantes, dextro, reencepe, outros e informações ignoradas. Na administração de medicamentos, sejam elas por vias venosas, intramuscular, subcutânea e intradérmica foi possível observar um total de 30,5% do total dos casos. Quanto as punções, o valor obtido foi de 13,5, na categoria descarte, limpeza e manipulação de materiais furocortantes observou-se uma incidência de 18,88%. É possível ver esse mesmo tipo de padrão na pesquisa de Silva et al. (2009), aonde as principais circunstancias de acidentes biológicos são no momento da administração do medicamento ou em punções.

Por ultimo é apresentado uma correlação entre duas variáveis importantes, a escolaridade e a circunstancia do acidente, o objetivo desse cruzamento é observar se a baixa escolaridade contribui para a frequência dos acidentes biológicos, os dados estão apresentados no quadro 12.

Tabulação cruzada entre Escolaridade e Circunstancia do acidente		
Contagem		
		Total
Escolaridade	00	99
	01	1
	03	1
	05	6
	06	171
	07	38
	08	69
	09	53
	10	2
Total		440

Quadro 12: Correlação entre as Variáveis Escolaridade e Circunstancia do Acidente.

Fonte: Os autores, 2020.

É importante apontar que os dados apresentados até agora quando correlacionados com a variável **escolaridade** e **circunstancia de acidentes** é possível observar os trabalhadores técnicos de enfermagem que possuem até o nível médio completo sofreram 278 dos 440 casos registrados entre os anos de 2015 e 2016, 3 casos estavam omissos, contudo, o valor registrado equivale a 63% do total de acidentes. Essa é uma questão importante, pois o nível de escolaridade impacta diretamente no trabalho do profissional, esse dado demonstra que existe uma necessidade de capacitação dos trabalhadores, e que conforme a escolaridade aumenta o índice de acidentes diminui, vale a pena destacar a incidência de acidentes e trabalhadores que são analfabetos, e o maior número que ocorre em indivíduos que possuem o ensino médio completo, que hoje é a exigência para o curso de técnico de enfermagem.

Na presente pesquisa foi possível observar a prevalência de acidentes biológicos nos trabalhadores técnicos de enfermagem do Distrito Federal (DF) durante o período de dois anos, 2015 e 2016, dessa forma foi possível observar que os acidentes biológicos vem crescendo na região, esse é um problema que precisa de atenção por parte do Estado e dos equipamentos de saúde, a partir disto, foi possível produzir um plano de intervenção caracterizado no quadro abaixo.

Problema: Incidencia de Acidentes Biologicos em Técnicos de Enfermagem do Distrito Federal (DF), durante os anos de 2015 e 2016				
Ações estratégicas	Produtos esperados	Resultados esperados	Responsável	Início-fim*
Conscientização sobre as principais circunstancias que podem facilitar um acidente biológico.	Produzir informações para os técnicos de enfermagem sobre o que são os acidentes biológicos, e em quais circunstancias eles geralmente acontecem.	Reduzir os casos de acidentes biológicos em técnicos de enfermagem.	Gerência executiva	5 meses
Identificar o principal publico que já foi acometido por esse tipo de acidente.	Acompanhar e registrar os casos que aconteceram nos equipamentos de saude, prevenir e sempre preencher as fichas quando um novo caso acontece.		Atendimento (triagem)	10 meses
Promover medidas protetivas, como equipamentos de segurança e pronto atendimento para pacientes que já sofreram com esse tipo de acidente.	Diminuir e a incidência de acidentes biológicos, aumentar o numero de equipamentos de proteção e fornecer medidas que visem tratar imediatamente os pacientes que contraíram doenças referentes na circunstancia do acidente.		Gerencia executiva e Atendimento (médico)	12 meses

Quadro 13: Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento da Incidencia de Acidentes Biológicos.

Fonte: Os autores, 2020.

CONCLUSÃO

Com o plano estratégico é possível construir medidas importantes para diminuir a incidência desse tipo de acidente, essas medidas podem ser de ordem material, como equipamentos mais seguros, materiais de proteção, ou de ordem preventiva, como cursos de capacitação e orientação no manuseio dos materiais. Já em relação ao decorrer da pesquisa cabe apontar algumas questões, a primeira delas é acerca da obtenção dos dados, como foi visto nos resultados, muitos dos dados estavam omissos, ignorados e pouco diversos. O segundo ponto a se apresentar é acerca das lacunas que ficaram no trabalho, como foram selecionadas muitas variáveis, a pesquisa não conseguiu correlacionar e avaliar todas, portanto, cabe aqui apontar a

necessidade de se produzir mais pesquisas que possam abranger tais condições.

REFERÊNCIAS

BORDALO, Alipio Augusto. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Rev. Para. Med.**, Belém, v.20, n.4, p.5, dez. 2006 Acesso em 22 ago. 2019.

CAIXETA, Roberta de Betânia; BARBOSA-BRANCO, Anadergh. Acidente de trabalho, com material biológico, em profissionais de saúde de hospitais públicos do Distrito Federal, Brasil, 2002/2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: mai-jun, 2005.

ISC-UFBA/CGSAT-MS, Centro Colaborador da Vigilância aos Agravos da Saúde do Trabalhador, 2019. Pagina Inicial. Disponível em: <http://www.ccvisat.ufba.br/sinan-2/>. Acesso em: 28 ago. 2019.

SAGE, Sala de Apoio à Gestão Estratégica, 2019. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SILVA, Juliana Azevedo da; ALMEIDA, Adilson José de; PAULA, Vanessa Salete de; VILLAR, Livia Melo. Villar. **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, p. 508-516, 13 mar. 2009. Acesso em: 4 set. 2019.

RAUPP, F.M.; BEUREN, I.M. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In. BEUREN, I.M. (Org.). Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. 3.ed. São Paulo: **Atlas**, 2006. Cap.3, p.76-97.

SPAGNUOLO, Regina Stella; BALDO, Renata Cristina Silva; GUERRINI, Ivan Amaral. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 315-323, Junho 2008

A INTERVENÇÃO PREVENTIVA DA EQUIPE MULTIDICCIPLINAR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE NOVO HORIZONTE - JAÚ DO TOCANTINS, TRABALHANDO A PREVENÇÃO DO ALCOOLISMO COM UM OLHAR VOLTADO PARA OS ADOLESCENTES

Bernard Pereira Barros Moura
André Ribeiro da Silva

INTRODUÇÃO

Droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética que, uma vez introduzida no organismo, modifica suas funções, podendo ser lícitas ou ilícitas. É muito difícil convencer alguém a não fazer algo que traga prazer, e a droga, antes de qualquer outra coisa, é algo que oferece prazer imediato, trazendo a sensação de “bem-estar” ou de “estado de prazer”, mas que, num curto decorrer de tempo, transformam-se justamente num veículo que leva à infelicidade, à angústia, à privação de sentido, de noção de certo e errado, entre outros prejuízos (PROJETO VENCENDO DROGAS, 2010).

Para Scheffer; Pasa; Almeida, (2010), o consumo abusivo do álcool pode ser pelo momento de sofrimento um alívio da dor, ou curiosidades, hedonismo, ou vontade de vivenciar novas experiências.

Andrade (2012) aborda que além de enfermidades e mortes, o consumo de drogas associa-se a uma série de problemas psicológicos e sociais, estando os jovens situados no grupo de maior risco para o uso experimental e possível abuso de substâncias,

especialmente o álcool, o tabaco e a maconha. Entre as possíveis consequências negativas, podemos mencionar desintegração familiar, depressão, violência e acidentes no trânsito.

Para Vargas, Oliveira & Araújo (2009) o uso abusivo do álcool é considerado um problema social, enquadrando em uma problematização de saúde pública mundial, onde à necessidade de um olhar voltado para todos países.

Para Déa (2004) o álcool ainda é o tipo de droga que mas traz danos a sociedade, e o consumo a cada dia vem aumentando o uso pelos adolescentes e jovens, e assim aumentando o índice de doenças como (DST), e o uso abusivo de outras drogas.

O alcoolismo é um problema que afeta o indivíduo, em seu contexto familiar, social, psíquico, espiritual, emocional, e assim causando uma desagregação no sistema familiar (Barbosa, *et al.*, 2011).

Uma pesquisa de Martins (2006) sobre a relação entre as drogas e os jovens estudantes de uma cidade de médio porte, no interior do Estado de São Paulo, detectou o uso de álcool em duas situações: nos fins de semana e em eventos esporádicos, classificados como festas populares, festas com amigos, bar ou boate e festas em família. Pode-se afirmar que são todas ocupações de lazer, uma vez que

correspondem a situações de livre adesão e realizadas num tempo disponível dos indivíduos.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde, define a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo preferencial de APS no Brasil, com caráter substitutivo. A política intensifica neste momento a posição da ESF como local de admissão do indivíduo ao sistema de saúde, gestora do cuidado inicial, com base territorial e próxima à comunidade de sua responsabilidade (MORAES *et al.*, 2006).

A assistência a usuários de álcool é oferecida em todos os níveis de atenção, iniciando na atenção primária com o cuidado do Programa de Saúde da Família (PSF) e acompanhamento dos agentes comunitários de saúde ou chegar até a necessidade de tratamento extra-hospitalar, como no caso dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPSad BRASIL, 2003).

Para tanto justifica-se pela idade de vulnerabilidade em que os adolescentes se encontram, e por ser uma demanda que estará se ausentando da possibilidade de participar de um trabalho preventivo mais focalizado, dentro do processo educacional da escola, onde já é existente a parceria do Programa Saúde na Escola (PSE), onde cada mês a equipe multidisciplinar da equipe de saúde realiza palestras sobre um determinado assunto.

Desta forma o presente estudo surgiu com a proposta de desenvolver um trabalho de ações juntamente com a equipe da Unidade Básica de Saúde da Família de Novo Horizonte localizado no município de Jaú do Tocantins -TO, dentro de um contexto preventivo, devido ao considerável aumento na incidência do uso de álcool por parte dos mesmos, com um olhar voltado para os adolescentes da Escola Municipal Anízio Braga.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) mostra que uso nocivo de álcool pode advir em danos a outras pessoas, como membros da família ou estranhos. Uma proporção significativa de doenças atribuíveis ao consumo de álcool decorre de lesões intencionais e não intencionais, incluindo aquelas causadas por acidentes de trânsito, violência e suicídios.

Para tanto ao desenvolver este estudo espera-se trabalhar com os jovens, sendo este o público alvo, onde será analisada a eficácia do trabalho preventivo, pontuando o conhecimento destes jovens em relação à temática apresentada, assim uma intervenção voltada, através de um plano de ação coerente, conforme os critérios epidemiológicos, éticos, econômicos e sociais.

Tendo como guia está problemática, foi levantada a seguinte hipótese: discussões que promovam educação em saúde ao adolescente que está em uma idade de vulnerabilidade a uma intervenção preventiva do uso de álcool.

O uso nocivo de álcool é um grave problema de saúde pública, que traz consequências negativas para família, sociedade e para o indivíduo. Desta forma essa visão das ações foram pensadas pelo fato de ser uma idade de vulnerabilidade, e de

Novo Horizonte distrito de Jaú do Tocantins -TO ser uma cidade de pequena população, não se tem uma forma de lazer (cinema, bibliotecas municipais, academia, shopping, campos de jogos, clubes, e outros ambientes caracterizados como lazer), desta forma o ambiente de lazer se torna bares onde o álcool é de grande consumo tanto pelos responsáveis dos adolescentes e pelos mesmos, instalando-se uma cultura, e a bebida alcoólica por ser uma droga lícita conta cada vez mais com a permissividade social, fortalecendo por um longo espaço de divulgações por meio de mídias, destacando que as propagandas de bebidas são direcionadas cada vez mais aos públicos mais jovens. O consumo de bebida alcoólica, uma cultura que passa de pais para filhos, e a mídia que viabiliza a venda.

OBJETIVOS

Promover a intervenção preventiva da equipe multidisciplinar da Atenção Primária de Novo Horizonte - Jaú do Tocantins com a prevenção do alcoolismo em adolescentes.

METODOLOGIA

O problema evidenciado nesta pesquisa terá uma abordagem qualitativa, que considera a existência de uma semelhança dinâmica entre o mundo real e o objetivo, isto é, uma ligação indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito, sendo que esta ligação não pode ser demonstrada em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave (MINAYO, 2005).

Trata-se de uma pesquisa-ação, que pode ser definida como um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1985, P.14).

Devido à utilização de um instrumento (questionário) para a realização da coleta de dados, o problema de que se trata este estudo, também terá uma abordagem quantitativa, que segundo Gil (1991) busca traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, sendo necessário o uso de recursos e de técnicas estatística; o que será realizado nesta pesquisa.

Será trabalhada a prevenção do uso de álcool, com alunos do 7º, 8º, 9º ano, da Escola Municipal Anízio Braga distritos do município de Jaú do Tocantins - TO, por ser um pequeno distrito a quantidade de aluno são de 28 nas três turmas juntas, com idades entre 14 a 18 anos, estas variações de idade justifica-se pelo fato de repetência e por ser um local onde muitos moram em fazendas. As três turmas foram

escolhidas devido idade de vulnerabilidade em que se encontram, e por ser as últimas três turmas da Escola Municipal Anízio Braga, após o 9º ano estarão indo para Jaú do Tocantins -TO para conclusão do ensino médio onde estarão inseridos no Colégio Estadual Adelaide Francisco Soares.

A amostra será de vinte e oito sujeitos do sexo masculino e feminino, sendo esta amostra o total de 100% dos alunos matriculados. Desta forma será realizado as ações, e a aplicação de instrumento como o questionário (apêndice A): o que você entende por álcool?; quais são as consequências do uso do álcool para o organismo do ser humano?; quais são as consequências sofridas pelos usuários perante a sociedade e a família?; você faz ou já fez uso de bebida alcoólica?; por qual motivo fez o uso de bebida alcoólica?; por quem você conheceu o álcool?; já fez uso ou faz, de outras drogas além do álcool? Foi escolhido o questionário de perguntas abertas por nos passar impressão mais detalhadas sobre a real situação dos nossos pesquisadores, o autor do questionário foi Dr. Bernard, UBSF de Novo Horizonte, 2019, as perguntas do questionário foram realizadas de uma maneira esclarecedora para leitura dos mesmos. Onde será informado para os pais, assim esperando o consentimento dos mesmo para que possa ser realizado a ação com estes alunos, onde será realizado um termo de responsabilidade em e a aceitação dos mesmos para a realização da ação, assim confirmando o termo de assentimento. E também a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Brasília.

As ações serão realizadas na própria sala de aula pertencente turma, situada no espaço físico da Escola Municipal Anízio Braga, divididas em cinco encontros. Estes encontros ocorrerão em cinco meses, totalizando cinco encontros, cada encontro será registrado através de assinaturas cada participante, dividido na seguinte estrutura:

1º encontro: Para os que participarão será aplicada o questionário (apêndice A), a fim de detectar a intenção de uso de álcool pelos adolescentes. Tendo como objetivo verificar o conhecimento dos alunos sobre álcool e reconhecer os comportamentos de risco existentes. Será falado sobre o conceito de álcool e explicado o que são drogas lícitas e ilícitas.

2º encontro: Será abordada a temática: as consequências do uso do álcool. Serão discutidas as consequências que o álcool provoca no organismo, na relação social, motora, psicológica do indivíduo usuário comparando o entendimento dos mesmos sobre a temática no decorrer dos encontros. Com o objetivo de mostrar o quanto o álcool afeta a vida do ser humano.

3º encontro: Promoção de uma mesa redonda tendo o objetivo de estar esclarecendo quais trabalhos são existentes na comunidade, e quais ajudas eles podem está procurando em caso de risco.

4º encontro: Será proposta uma atividade de debates, aonde os próprios estudantes irão se reunir em grupos para discutir e produzir sugestões de ações preventivas na escola, onde serão encaminhadas para os diretores da instituição para serem avaliadas e caso aceito, concretizadas pela escola e disseminadas na cidade

através da divulgação destes trabalhos. Tendo como objetivo verificar o entendimento dos alunos perante o que foram ditos ao longo dos encontros passados, e promover a prevenção do álcool no distrito de Novo Horizonte.

5º encontro: Fechamento com coffee break, o dinheiro a ser utilizado vem do recurso que é passado do Governo Federal que repassa para a Secretaria de Saúde do município. Será aberta uma discussão onde cada um pontuara a importância do trabalho realizado, favorecendo o alcance dos objetivos propostos pelo projeto.

Serão incluídos nesta pesquisa os alunos que estejam devidamente matriculados no 7º, 8º, 9º ano na idade de 14 a 18 anos, da Escola Municipal Anízio Braga; aqueles que realizarem a entrega do TCLE assinado pelos pais e responsáveis, autorizando a participação dos menores na execução de pesquisa; de ambos os sexos; com idade entre 14 e 18 anos.

E os critérios de exclusão serão os estudantes que não estejam devidamente matriculados, de outras séries, de outras escolas, fora da faixa etária 14 a 18 anos, e os responsáveis que recusarem a participação dos menores na pesquisa.

A participação nesta ação oferecerá riscos mínimos: os participantes poderão sentir certo desconforto ao responder o questionário, visto que se trata de uma coleta de dados através de um questionário sobre o conhecimento dos adolescentes sobre o uso do álcool, como também poderão sentir-se desconfortáveis ao participarem das discussões (palestras, mesa-redonda). Contudo, no momento em que tais desconfortos surgirem, os procedimentos serão interrompidos, e reestabelecidos no momento em que os participantes se sentirem melhor para terminar o processo de coleta de dados, as informações pessoais cedidas terão caráter confidencial.

Os benefícios que deverão esperar com a participação, mesmo que não diretamente são: melhores informações a respeito das consequências causadas pelo uso do álcool, proporcionar uma maior reflexão aos alunos e a sociedade sobre o assunto. As informações descritas nesta pesquisa poderão subsidiar dados que favoreçam os profissionais da saúde e educação, que poderão ter acesso à mesma, a produzirem novas intervenções.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Podemos analisar que na nossa área adstrita temos muitas situações de saúde, vários pontos são importantes de serem debatidos tanto com a comunidade quanto com a equipe de saúde afim de minimizar a problemática e resolvermos as situações em foco, mediante isso selecionamos os dez principais problemas de saúde encontrados para que pudéssemos traçar um plano de ação.

Segundo MORAES et al., 2006, a ESF tem de local de admissão do indivíduo ao sistema de saúde, gestores do cuidado inicial, assim tendo a comunidade de sua responsabilidade. Desta forma é de grande valia o trabalho da equipe através das

reuniões surge com uma base territorial.

O quadro 1, mostra os problemas identificados na área, assim fazendo com que abrisse uma discursão das prioridades a serem trabalhadas.

PROBLEMA	
1	Alcoolismo
2	Diabetes Mellitus
3	Hipertensão Arterial Sistêmica
4	Infecções das vias aéreas
5	Doenças reumatológicas,
6	Leishmaniose tegumentar
7	Arboviroses
8	Doenças de veiculação hídrica
9	Gravidez na adolescência
10	Doenças relacionadas ao trabalho LER/DOT

Quadro 1- Problemas identificados na área.

Fonte: Os autores, 2020.

Após analisarmos os problemas da nossa área de trabalho foi pontuado os descritores de cada problema citado a cima, onde foi observado os fatores que influenciam nas causas conforme o quadro 2 vem citando a problemática.

	PROBLEMA	DESCRITORES
1	Alcoolismo	Vulnerabilidade, família e falta de laser
2	Diabetes mellitus	Controle ineficiente da glicemia
3	Hipertensão Arterial Sistêmica	Níveis pressóricos subestimados
4	Infecções das vias aéreas	Sazonalidade climática
5	Doenças reumatológicas,	Fatores genéticos e ambientais
6	Leishmaniose tegumentar	Área endêmica, trabalho rural.
7	Arboviroses	Aproximação de áreas rurais
8	Doenças de veiculação hídrica	Saneamento básico ineficiente
9	Gravidez na adolescência	Poucas ações educativas à temática
10	Doenças relacionadas ao trabalho LER/DOT	Falta de programas de monitoramento

Quadro 2- Análise dos problemas elencados com os seus descritores.

Fonte: Os autores, 2020.

Mesmo não tendo um motivo concreto do início ou o uso permanente do álcool, mas sabendo das consequências do consumo ainda a um índice elevado de usuários no município conforme o levantamento onde a tabela a baixo vem apresentando, mas para Scheffer; Pasa; Almeida, (2010), o consumo abusivo do álcool pode ser pelo momento de sofrimento um alívio da dor, ou curiosidades, hedonismo, ou vontade de vivenciar novas experiências.

Diante disso, utilizamos uma Matriz TUC para seleção dos problemas selecionados

conforme o quadro 3, assim avaliando a transcendência, a urgência e a capacidade de resolução da problemática, na qual obtivemos uma nota para cada situação de saúde.

PROBLEMA	CRITÉRIOS (Valores de 1 a 10*)			TOTAL (T x U x C)
	Transcendência (T)	Urgência (U)	Capacidade (C)	
1	3	5	5	75
2	6	4	9	216
3	8	5	7	280
4	5	4	8	160
5	2	2	4	16
6	2	2	2	8
7	8	5	7	280
8	5	2	6	60
9	1	2	7	14
10*	3	5	5	75

Quadro 3 – Matriz TUC para a seleção dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

Torna-se necessário ter essa resolução de cada problemática para um estudo, mas detalhado de cada enfermidade para que haja um melhor trabalho com o usuário, desta forma Gil (1991) vem mostrando a importância de traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, sendo necessário o uso de recursos e de técnicas estatística; o que será realizado nesta pesquisa.

Desta forma selecionamos três delas; o alcoolismo, a hipertensão e o diabetes, dentre esses o alcoolismo permanece como a maior problemática da nossa área de mais relevância, observando-se no quadro 4 análise dos três principais problemas da matriz TUC.

Mesmo sabendo dos males causados pelo consumo de álcool, no quadro a baixo mostra que diante das doenças crônicas a demais relevância é o alcoolismo, sendo assim Barbosa, *et al.*, 2011 vem mostrando os problemas que afetam o indivíduo, em seu contexto familiar, social, psíquico, no organismo, espiritual, emocional, e assim causando uma desagregação no sistema familiar.

PROBLEMA	
A	Alcoolismo
B	Hipertensão
C	Diabetes

Quadro 4- Análise dos três principais problemas da matriz TUC.

Fonte: Os autores, 2020.

Após esta coleta foi diagnosticado que o alcoolismo se torna de grande importância a ser trabalhado, assim foi pensado em promover uma intervenção preventiva ao álcool com um olhar voltado aos adolescentes e a sua idade de vulnerabilidade e promover a conscientização das consequências do uso para o organismo, social, econômico, mental, familiar e outras.

A busca pelo bem-estar ou estado de prazer vem fazendo com que muitos jovens busquem novas sensações e a bebida alcoólica desperta essas sensações momentaneamente, e sabendo-se que a bebida é a porta de entrada para novos tipos de drogas, em um estudo o PROJETO VENCENDO DROGAS, 2010 vem explicando que droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética que, uma vez introduzida no organismo, modifica suas funções, podendo ser lícitas ou ilícitas.

É muito difícil convencer alguém a não fazer algo que traga prazer, e a droga, antes de qualquer outra coisa, é algo que oferece prazer imediato.

Foram selecionadas 3 principais enfermidades de maior importância na área de atuação, e os fatores causais que influenciam nas mesmas, segue a baixo no quadro 5 as descrições de cada problema selecionado.

PROBLEMA a	Alcoolismo	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Determinantes culturais, comportamentais.	Causa 1- falta de lazer. Causa 2- abandono social/vulnerabilidade social Causa 3-falta de investimentos públicos sobre a problemática.	Consequência 1- por ser uma cidade pequena e não oferecer áreas de lazeres, onde o ambiente de lazer se trona os bares. Consequência 2- falta de políticas públicas. Consequência 3- falta de políticas públicas.
PROBLEMA b	Diabetes Mellitus	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS
Controle ineficiente da glicemia	Causa 1 - baixo nível de instrução Causa 2- sedentarismo Causa 3 – falta de adesão ao tratamento	Consequência – risco de desenvolvimento de doenças secundárias. Consequência 2 - insuficiência pancreática. Consequência 3 – neuropatia diabética.
PROBLEMA c	Hipertensão Arterial Sistêmica	
DESCRIPTORES	CAUSAS	CONSEQUÊNCIAS

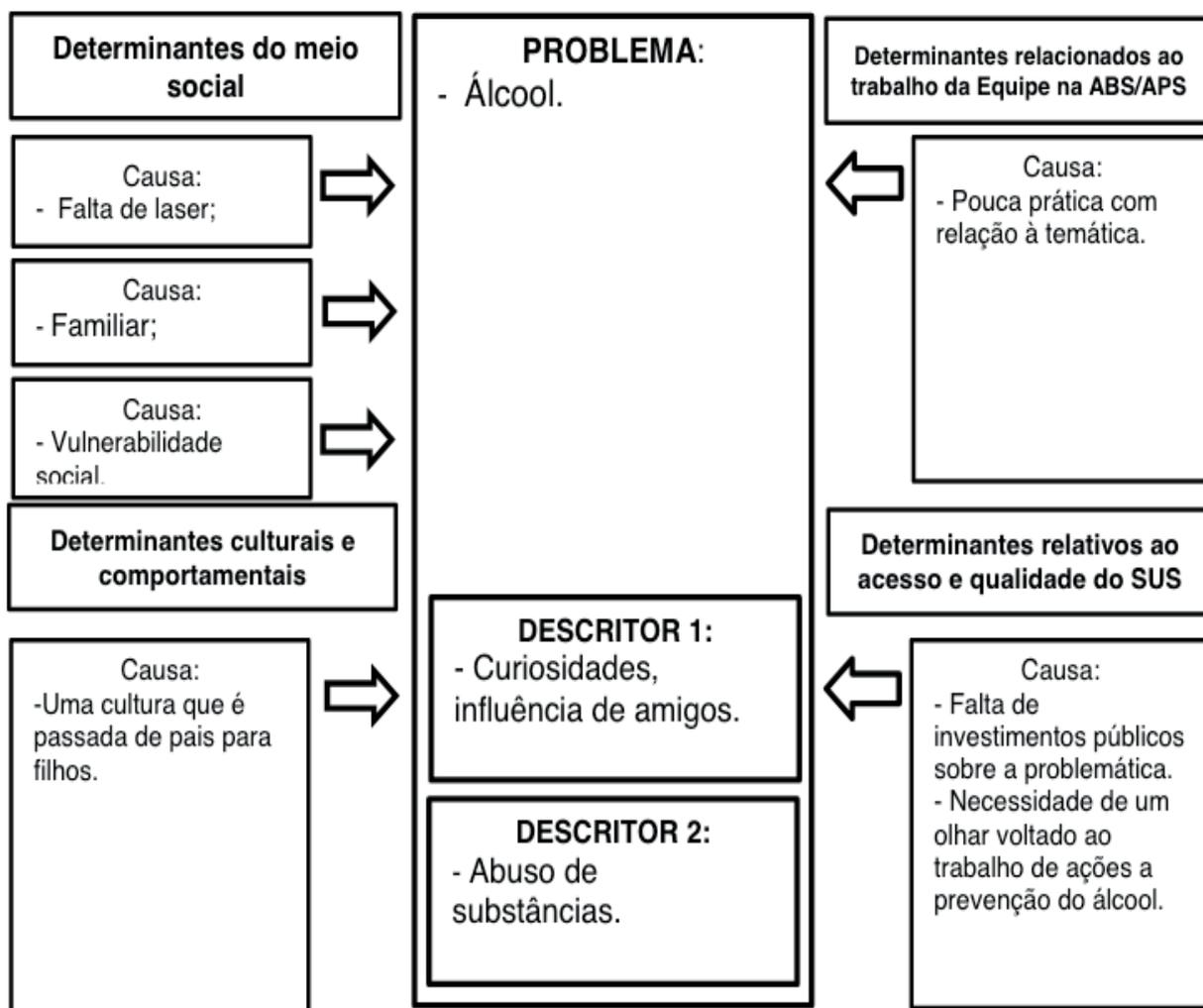
Níveis pressóricos subestimados	Causa1- Pressão arterial elevada.	Consequência 1- risco de aumento de doenças cardiovasculares.
	Causa 2- Falta de adesão tratamento.	Consequência 2 -riscos de infarto e AVC.

Quadro 5 – Matriz de análise dos problemas selecionados

Fonte: Os autores, 2020.

Desta forma será realizado as ações após a aprovação do Comitê de Ética conforme descrito na metodologia a cima, e tendo a aplicação de instrumento como o questionário (apêndice A): o que você entende por álcool?; quais são as consequências do uso do álcool para o organismo do ser humano?; quais são as consequências sofridas pelos usuários perante a sociedade e a família?; você faz ou já fez uso de bebida alcoólica?; por qual motivo fez o uso de bebida alcoólica?; por quem você conheceu o álcool?; já fez uso ou faz, de outras drogas além do álcool?. Foi escolhido o questionário de perguntas abertas por nos passar impressão mais detalhadas sobre a real situação dos nossos pesquisadores, o autor do questionário foi Dr. Bernard, UBSF de Novo Horizonte, 2019.

É existente vários fatos para o consumo do álcool, mas o de grande visão do município de Novo Horizonte Jaú do Tocantins-TO ainda é a cultura estabelecida, a falta de lazer que passa a ser idas a bares diariamente, pouco investimento na área de esporte, Martins (2006) realizou uma pesquisa sobre a relação entre as drogas e os jovens estudantes de uma cidade de médio porte, no interior do Estado de São Paulo, detectou o uso de álcool em duas situações: nos fins de semana e em eventos esporádicos, classificados como festas populares, festas com amigos, bar ou boate e festas em família. Pode-se afirmar que são todas ocupações de lazer, uma vez que correspondem a situações de livre adesão e realizadas num tempo disponível dos indivíduos. O quadro 6 descreve os principais fatores que influencia direto ou indiretamente sobre o álcool e as influências do meio social, essas determinações citadas a abaixo foi realizada pela equipe de saúde, observado no município em pesquisa.



Quadro 6- Determinação causal do problema selecionado

Fonte: Os autores 2020.

Após a aprovação do Comitê de Ética, estaremos comparando as respostas obtidas na aplicação do questionário assim comparando os dados para os próximos resultados e discussão, realizando um comparativo do entendimento dos mesmos sobre o uso de álcool e o efeito do álcool no organismo de quem é usuário, as influências ambientais, o consumo por parte dos responsáveis pelos adolescentes, o envolvimento dos mesmos com outros tipos de drogas, a influência em usar ou experimentar o álcool, assim verificando as associações negativas e positivas e outros comparativos que surgirem conforme as respostas realizadas por parte dos mesmos, abrindo um leque de discussões e outros resultados que possam surgir conforme forem dada as respostas.

Os dados obtidos neste estudo foi realizada através de uma coleta de dados feita pela equipe multidisciplinar de saúde do município de Novo Horizonte- Jaú do Tocantins - TO, onde foi realizado a análise das problemáticas vivenciadas diariamente na UBS, através de dados da UBS os comportamentos de risco na comunidade pesquisada vem mostrando as problemáticas que a equipe identificou na área, e assim foi realizado uma descrição de cada doença citada no quadro 1, através desta

descrição foi relatado por parte de todos as causas que levam a esse cenário atual, de um certo modo fazendo com que a equipe tenha um melhor olhar para a melhora do usuário, no quadro 2 observa-se as causas que influenciam nessa problematização.

Já o quadro 3 vem mostrando as consultas diárias realizadas na UBS, assim foi realizado uma base através da Matriz TUC, onde foi mostrada as transcendências, urgência, e capacidades de resolução na problemática, e foi através deste estudo que observou que as três situações de mas causas de doenças da população é o alcoolismo, hipertensão e diabetes como mostra o quadro 4, e que através desta coleta foi diagnosticado que o alcoolismo é o fator principal a ser trabalhado, pela quantidade de pessoas alcoólatras existente em um distrito de 600 pessoas.

Ainda sabe-se muito pouco a respeito da influência dos distintos fatores que incidem sobre o uso de álcool, mas é certo que, de modo geral, devemos ter em mente que vários fatores contribuem para a decisão de alguém consumir o álcool, e não somente um fator isolado. Andrade (2012) aborda que os jovens estão situados no grupo de maior risco para o uso experimental e possível abuso de substâncias. Na visão de Scheffer; Pasa; Almeida, 2010, o consumo abusivo do álcool pode ser pelo momento de sofrimento um alívio da dor, ou curiosidades, hedonismo, ou vontade de vivenciar novas experiências.

O quadro 6 mostra uns dos determinantes causal do problema visibilizado, através deste levantamento de dados, mostrou a importância de estar realizando uma ação preventiva onde pode-se modificar uma cultura estabelecida do uso de álcool pela comunidade pesquisada, através de um diálogo mais aberto pela idade dos adolescentes, assim propiciando novas aberturas para que os mesmos também possam falar e se orientarem com uma visão voltada para o seu bem estar, físico, psíquico, social e outros benefícios aos mesmos. Assim mostrando a importância de uma intervenção preventiva ao álcool, pois o alcoolismo prejudica a vida não só de quem é usuário, mas também em uma questão familiar, social, econômica e psíquica, levando complicações e assim causando aumento da criminalidade, violências, taxa de desemprego e prejuízos em diversas esferas.

Esta fase da criança para adolescência é um período onde envolve os mesmo em um desenvolvimento de mudanças e novos descobrimentos, sonhos, emoções, identidade sexual, e mudança de ambiente, é nesse período de transição que torna-se importante a intervenção de um trabalho voltado para prevenção do consumo abusivo de álcool. Déa (2004) ressalta que o álcool ainda é o tipo de droga que mas traz danos a sociedade, e o consumo a cada dia vem aumentando o uso pelos adolescentes jovens, e assim aumentando o índice de doenças como (DST), e o uso abusivo de outras drogas.

CONCLUSÃO

Pretende-se com esta pesquisa realizar um trabalho preventivo ao uso de álcool, que será realizado por meio de cinco encontros na Escola Municipal Anízio Braga distritos do município de Jaú do Tocantins -TO, por ser um pequeno distrito a quantidade de alunos são de 28 nas três turmas juntas 7º, 8º e 9º ano, com idades entre 14 a 18 anos, estas variações de idade justificam-se pelo fato de repetência e por ser um local onde muitos moram em fazendas, as três turmas foram escolhidas devido à idade de vulnerabilidade em que se encontram, está localizada na cidade de Novo Horizonte distrito de Jaú do Tocantins - TO, onde será investigado o conhecimento dos alunos sobre a temática e os comportamentos de risco apresentados pelos mesmos e posteriormente será promovida ações de conscientização para prevenção ao uso de álcool, e por fim, envolver os adolescentes em um projeto de combate ao álcool.

Em suma observou-se através dos dados que a equipe multidisciplinar de saúde coletou, que o alcoolismo é de grande risco na comunidade pesquisada, desta forma mostrou que a melhor maneira de discutir sobre o assunto é trabalhar através da prevenção assim criando possibilidades de cessar o alto índice de usuário e contribuindo de uma forma significativa na saúde dos adolescentes e comunidade.

Deste modo, acredita-se que o trabalho em questão será de grande valia a compreensão de se trabalhar com a prevenção e orientação em um combate do consumo do álcool, fortalecendo a atuação em demandas que vão além do conhecimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Arthur Guerra de. A importância do conhecimento científico no combate ao uso nocivo de tabaco, álcool e drogas ilícitas. **Rev. psiquiatr. Clín.** São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://WWW.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0101-60832008000700001&Ing=en&nrm=iso>>.

BARBOSA, A. C., et al. (2011). Uso excessivo de álcool: patologia e suas influências na família e na sociedade. Disponível em: <<http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0494_0594_01.pdf>> Acesso em: 23 de agosto de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.** Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

Déa, Hilda Regina Ferreira Dalta. A inserção do Psicólogo no Trabalho de Prevenção ao Abuso de Álcool e Outras Drogas. **Psicologia Ciência e Profissão**, v 24, n. 1, p. 108-115, 2004.

Folha Informativa - Álcool. OPAS, 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093>. Acesso em: 09 de agosto de 2019.

MARTINS, R. A. **Uso de álcool, intervenção breve e julgamento sociomoral em adolescentes que bebem excessivamente.** 2006. Tese (Livre-Docência em Psicologia da Educação) – Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, 2006.

MORAES, E; et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista brasileira de Psiquiatria**, 2006. 321-325.

PROJETO VENCENDO AS DROGAS. Disponível em: <http://www.vencendoasdrogas.com/DROGAS.htm>. Acesso em junho de 2019.

SCHEFFER, Morgana; PASA, Graciela Gema; ALMEIDA, Rosa Maria Martins de. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psic: Teor. E Pesq.* v. 26, n. 3, p. 533-41, 2010.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1985.

VARGAS, D; OLIVEIRA, M; ARAÚJO, E. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 2009; 25 1711-1720.

APÊNDICE A - O QUE EU SEI SOBRE O ÁLCOOL.

Queremos saber o quanto você sabe sobre o álcool e outras drogas. Dê o seu Melhor.

Nome:

Idade:

1- O que você entende por álcool?

2- Quais são as consequências do uso do álcool para o organismo do ser humano?

3- Quais são as consequências sofridas pelos usuários perante a sociedade e a família?

4- Você faz uso de bebida alcoólica, ou já fez?

5- Por qual motivo fez o uso de bebida alcoólica?

6- Por quem você conheceu o álcool?

7- O que te influenciou ao uso de álcool?

8- Já fez uso ou faz, de outras drogas além do álcool?

SOBRE OS ORGANIZADORES

André Ribeiro da Silva: Doutor e Mestre em Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva, pela Universidade de Brasília, Especialista em Atividade Física para Grupo Especial pela Universidade do Grande Rio e Gestão Pública pela Faculdade de Tecnologia e Ciências do Alto Paranaíba, Graduado em Educação Física pela Universidade Católica de Brasília e Pedagogia pelo Instituto de Educação e Ensino Superior de Samambaia. Professor e orientador de curso de especialização no Instituto de Cardiologia do Distrito Federal e Instituto Tratos, de graduação no Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília e graduação em Educação Física, Enfermagem e Psicologia na Faculdade Linear. É pesquisador na Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Universidade de Brasília. Consultor Ad hoc da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF) e da Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (Finatec). Consultor Ad hoc de periódicos científicos nacionais e internacionais. É membro do Conselho Editorial da Editora Atena. É membro de Comissão de Publicação da Revista do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília. É membro do Colégio Europeu de Ciências do Esporte. Tem experiência como coordenador e revisor pedagógico de cursos e disciplinas na modalidade a distância, pela Universidade de Brasília, Centro de Educação a Distância, Fundação Oswaldo Cruz e Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos. Tem experiência na área Multidisciplinar, Educação Física, Saúde Coletiva, Educação, Estudos Sociais e TICs.

Silvia Emanoella Silva Martins de Souza: Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas, pela Universidade de Brasília - UnB. Especialista em MBA em gestão Hospitalar pela Universidade Unyleia (2016). Especialista em Enfermagem em Cardiologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO (2007). Responsável pela implementação Comissão Intra - Hospitalar de Doação de órgãos e Tecidos para Transplante CIHDOTT em 2012 e posterior a unidade de Gerenciamento de Doação de órgãos e tecidos para Transplante – CGDT até 2015. Atuou como coordenadora da Unidade Coronariana até 01/2018. Atuou como coordenadora da Unidade de Dor torácica até 12/2018. Responsável pela implementação do serviço de remoção do serviço (2013), no qual conciliou sua coordenação até 12/2018. Coordenadora do Programa de Pós-graduação de Enfermagem em Cardiologia (2016). Instrutora do Suporte Básica de vida, pela AHA. Membro representativo da unidade executora da Comissão de residência multiprofissional – COREMU, bem como na preceptoria da residência de Enfermagem. Participou do projeto melhorando a segurança do paciente em larga escala, pelo PROADI-SUS, além de pertencer a diversas comissões intra-hospitalares. Desde 12/2019 participa do projeto de implantado da UTI do DFSTAR um modelo de hospital prêmio no qual coordena este serviço até o presente momento.

Elter Alves Faria: Mestre em Educação pela Emill Brunner World University – Estados Unidos da América, Graduado em Enfermagem pela Universidade Paulista, Especialista em Saúde da Família pela Universidade de Brasília, Docência do Ensino Superior pela Faculdade de Tecnologia Equipe Darwim e Enfermagem do Trabalho pela Anhanguera Educacional - Valinhos. É Diretor Educacional do CTOPS (Centro de Treinamento Operacional e Prático de Saúde), Oficial do Exército Brasileiro na área de enfermagem e Coordenador Educacional no Núcleo de Ensino no Centro de Simulação Realística no Hospital das Forças Armadas – HFA. Coordenador e Professor titular na Faculdade Linear de Águas Lindas de Goiás – GO. Integrou o corpo de trabalho da UTI VIDA, como Enfermeiro da equipe de resposta médica do Campeonato Brasileiro de Futebol de 2013, da Copa das Confederações de 2013 e na Copa do Mundo FIFA 2014 todos sediados em Brasília – DF. Atuou como Enfermeiro da equipe de resposta médica dos Duelos entre Academias da Liga Brasileira de MMA. Foi enfermeiro da equipe do SAMU - GO. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem de Urgência e Emergência, atuando principalmente no seguinte tema: APH, BLS, ACLS, PHTLS, Pronto Socorro e Unidade de Terapia Intensiva.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Acidentes de Trabalho 72, 74

Adesão ao Tratamento 11, 16, 17, 19, 20, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 52, 61, 65, 69, 94

Adolescente 88

Agentes Comunitários de Saúde 12, 13, 17, 34, 42, 56, 62, 88

Alcoolismo 87, 89, 92, 93, 94, 97, 98

Analfabetismo 13, 18, 19

Assistência Integral 65

Atenção Básica 3, 9, 15, 20, 30, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 52, 55, 56, 58, 59, 62, 88

D

Diabetes 11, 13, 14, 15, 16, 20, 24, 25, 26, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 48, 49, 50, 57, 60, 62, 63, 64, 65, 68, 69, 70, 92, 93, 94, 97

Diabetes Mellitus 11, 13, 14, 15, 16, 20, 34, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 48, 50, 57, 60, 62, 63, 65, 92, 94

Diabetes Mellitus Tipo 2 63, 65

Diagnóstico Situacional 36, 47

E

Educação 17, 29, 32, 66, 68, 69, 80, 88, 91, 98, 100, 101

Equipe Multidisciplinar 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 88, 89, 96, 98

Estratégia Saúde da Família 88

H

Hipertensão Arterial Sistêmica 11, 15, 16, 20, 24, 26, 32, 35, 45, 47, 48, 49, 51, 52, 56, 57, 59, 62, 63, 65, 92, 94

I

Idosos Diabéticos 16

Idosos Hipertensos 11, 12, 16, 17

Intervenção Preventiva 87, 88, 89, 94, 97

M

Matriz TUC 15, 23, 25, 26, 27, 50, 53, 62, 64, 73, 74, 75, 92, 93, 97

P

Planejamento 21, 22, 28, 32, 33, 44, 45, 46, 47, 55, 56, 57, 60, 61, 63

Planejamento Estratégico 21, 22, 28, 32, 46, 47, 60, 61

Planejamento Estratégico Situacional 21, 22, 32, 61

Plano de Ação 12, 17, 19, 22, 23, 27, 35, 36, 61, 69, 88, 91

Plano de Intervenção 28, 31, 36, 46, 47, 53, 55, 56, 57, 58, 84

Plano de Trabalho 35

Prevenção 4, 10, 11, 19, 22, 29, 30, 34, 42, 45, 49, 52, 57, 61, 64, 65, 68, 69, 87, 89, 91, 97, 98

Promoção de Saúde 30, 45, 46, 54, 58, 60, 61, 69, 70

Q

Qualidade de Vida 11, 18, 19, 20, 27, 54, 55, 60, 61, 63, 66, 68

S

Saúde da Família 5, 2, 20, 21, 29, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 49, 50, 61, 69, 70, 88, 101

Saúde do Trabalhador 71, 72, 74, 76, 86

T

Tabaco 1, 2, 4, 7, 8, 14, 26, 31, 32, 49, 52, 87, 98

Tabagismo 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 21, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 54, 60, 65, 66

TABNET 22, 23, 24, 25, 32, 33

Técnicos de Enfermagem 19, 71, 72, 73, 79, 80, 81, 82, 84, 85

Tratamento 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 19, 20, 23, 30, 31, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 52, 53, 56, 58, 59, 61, 62, 65, 69, 70, 88, 94, 95

U

Unidade Básica de Saúde 1, 2, 12, 17, 21, 36, 60, 61, 68, 88

 **Atena**
Editora

2 0 2 0