

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

ADILSON ALVES MOREIRA

**REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA OTIMIZAR A
ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA IV DO MUNICÍPIO DE CRISTAIS - MINAS GERAIS**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2019

ADILSON ALVES MOREIRA

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA IV DO MUNICÍPIO DE CRISTAIS - MINAS GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Maria Dolôres Soares Madureira

FORMIGA - MINAS GERAIS

2019

ADILSON ALVES MOREIRA

REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA OTIMIZAR A ASSISTÊNCIA AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA IV DO MUNICÍPIO DE CRISTAIS - MINAS GERAIS

Banca Examinadora

Profa. Maria Dolôres Soares Madureira - orientadora - UFMG

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, 25 de setembro de 2019.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, em especial, aos meus filhos, pelas horas tomadas do mútuo convívio.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é meu amparo e sustento para que eu consiga atingir meus objetivos.

E também, com muito amor, aos meus filhos e esposa, que são minha motivação diária para evoluir tanto profissionalmente como espiritualmente.

À esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração, por oportunizarem mais este aprendizado.

À minha orientadora, Maria Dolores Soares Madureira, pelo suporte, correções e incentivo.

E a todos que de alguma forma colaboraram para conclusão desse trabalho.

“Nós somos o que fazemos repetidamente. A excelência, portanto, não é um ato, mas um hábito”.

Aristóteles

RESUMO

Na população adscrita à equipe de saúde da família IV do município mineiro de Cristais 545 pessoas são hipertensas e 156 são diabéticas que não são acompanhadas conforme critérios da linha guia; sendo que ocorrem muitos óbitos e internações hospitalares relacionadas à essas doenças. Portanto este trabalho objetiva elaborar um plano de intervenção com vistas à reorganização das ações para otimizar a assistência prestada aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família IV do município de Cristais, Minas Gerais. A metodologia utilizada incluiu: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Foram identificados os “nós críticos” do problema e desenhadas as operações para enfrenta-los. Espera-se com a implantação do plano de intervenção que esses usuários tenham assistência efetiva conforme é preconizado, e assim então, otimizar a qualidade de vida dos mesmos.

Palavras chave: Hipertensão. Estratégia saúde da família. Diabetes, Educação em saúde.

ABSTRACT

In the population assigned to the family IV health team of the municipality of Minas Gerais de Cristais, 545 people are hypertensive and 156 are diabetic, and are not followed according to the criteria of the guideline; Many deaths and hospitalizations related to these diseases occur. Therefore, this paper aims to elaborate an intervention plan to reorganize actions to optimize the assistance provided to users with systemic arterial hypertension and diabetes mellitus in the area covered by the Family Health Team IV of the city of Cristais, Minas Gerais. The methodology used included: situational diagnosis, literature review and elaboration of the action plan. The "critical nodes" of the problem were identified and operations designed to address them. It is expected with the implementation of the intervention plan that these users have effective assistance as recommended, and thus optimize their quality of life.

Keywords: Hypertension. Family health strategy. Diabetes, Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DCV	Doenças Cardiovasculares
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HA	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IM	Infarto do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde IV, município de Cristais, estado de Minas Gerais. 15
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais. 32
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais. 33
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais. 34
- Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.. 35
- Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais. 36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 A Unidade Básica de Saúde IV	13
1.5 Equipe de Saúde da Família IV da Unidade Básica de Saúde IV	14
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe IV	14
1.7 O dia a dia da equipe IV	14
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	20
5.1 Estratégia Saúde da Família	20
5.2 Atenção Primária à Saúde	22
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	23
5.4 Diabetes Mellitus	26
5.5 Educação em saúde	28
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	30
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	30
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	30
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	31
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Cristais é um município brasileiro que está localizado na região sudeste do estado de Minas Gerais, distante 250 km da capital mineira. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sua população estimada em 2018 era de 12.660 habitantes (IBGE, 2017).

Sua emancipação política deu-se em 1946, sendo que até então, esteve atrelada ao município de Campo Belo. Tem como data de aniversário dia 4 de junho com fundação em 27 de dezembro de 1948, Gentílico como Cristalense, padroeira Nossa Senhora da Ajuda (IBGE, 2017).

A cidade teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural (cafeicultura) ocorrido na região e das instalações de fábricas em loco (confeções). A cidade vive basicamente do funcionalismo público, agricultura (café), fábricas de confeções de pequenas a médio porte.

1.2 Aspectos da comunidade

A Equipe de Saúde da Família (eSF) IV está localizada na comunidade do Morro do Eduardo com abrangência de cerca de 3.174 usuários. O bairro foi inaugurado em 2009 devido ao crescimento populacional do município causado pelo avanço de novas empresas de confeções e a grande oferta de emprego rural (plantio/colheita de café).

O bairro é composto por uma escola, uma creche, cinco igrejas evangélicas e uma Vila Vicentina. Atualmente, a comunidade passa por um grande *déficit* socioeconômico devido a evasões das fábricas e mecanização das lavouras, motivo pelo qual ocorre alto índice de violência e roubo local.

As condições de saneamento básico no bairro, principalmente as que se referem ao esgotamento sanitário e à coleta de lixo deixam muito a desejar. Entretanto de acordo com o IBGE (2017), 80% de domicílios do município possuem esgotamento sanitário adequado. Ainda no município, a taxa de escolarização na faixa etária de 6

a 14 anos é de 97,3 %, entretanto nesta comunidade o analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Cristais deixa muito a desejar, pois se apresenta dependente das cidades vizinhas como Campo Belo e Boa Esperança e Varginha, utilizando-as em sua maioria para consultas especializadas, exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e para o cuidado hospitalar. Há cerca de 10 anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da Atenção Básica à Saúde (ABS) e conta hoje com quatro equipes na zona urbana que atendem em conjunto a demanda na zona rural cobrindo mais de 80% da população.

Um grande problema no desenvolvimento das Unidades Básicas de Saúde (UBS) é a alta taxa de rotatividade dos profissionais de saúde devido ao baixo valor de remuneração frente ao quadro de profissionais.

1.4 A Unidade Básica de Saúde IV

A Unidade de Básica de Saúde Décio Silva Maia da eSF IV foi inaugurada há cerca de 10 anos e está situada em uma das ruas principais do bairro que faz a ligação com o centro da cidade. Possui prédio próprio, adaptado para servir a população; sua estrutura é nova e bem equipada, com uma área construída de mais ou menos 350 metros quadrados, onde é possível acolher bem a demanda da população em termos de logística, apesar da falta de alguns insumos.

A equipe de saúde da família IV é responsável por cinco microáreas e 3.174 usuários cadastrados, representando 25% da população total do município. A área destinada à recepção é acolhedora, e como as consultas são agendadas por horário, não há acúmulo de usuários na mesma. Há espaço adequado para reuniões e grupos operativos. Portanto, a estrutura física da unidade atende bem a população, entretanto, ainda há falta de materiais logísticos. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, porém a falta de materiais e insumos continua sendo foco de tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação da ESF e o gestor municipal de saúde, gerando assim insatisfação da população.

1.5 A Equipe de Saúde da Família IV da Unidade Básica de Saúde Décio Silva Maia

A Equipe IV da UBS Décio Silva Maia é composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, um técnico de saúde bucal, cinco agentes comunitários de saúde (ACS), uma recepcionista e um auxiliar de serviços gerais.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde Décio Silva Maia da Equipe IV

A Unidade de Saúde funciona com horários alternativos, na segunda, na quarta e na sexta feira, de 7h às 16h; e na terça e quinta, de 12h às 20h. O horário foi criado para melhoria da prestação de serviços, para assim captar a população de risco que apresenta jornada de trabalho incompatível com horários padrões das UBS.

1.7 O dia a dia da equipe IV

Os usuários têm suas consultas agendadas (demanda programada), tanto para atendimento médico quanto odontológico, e há vagas também para demanda espontânea e urgências. No que se referem ao setor secundário, eles são encaminhados por meio de referência, e após o atendimento, o devido setor envia a contrarreferência para a UBS. Para unidade hospitalar, Hospital Municipal Santo Antônio, eles são encaminhados após classificação de risco, realizada na própria unidade. Atualmente, a equipe de saúde da unidade está promovendo ações de prevenção e promoção de saúde, há grupos operativos para hipertensos e diabéticos, entretanto, não muito efetivos, já que também a população não aderiu ao programa conforme deveria.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

As principais patologias que acometem a população adscrita à equipe de saúde da família IV são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e Alcoolismo, (545, 156 e 220 usuários respectivamente). Além desses problemas observa-se uma baixa qualificação da mão-de-obra nos serviços de saúde e falta de políticas educativas que orientem a população sobre a prevenção e promoção de saúde.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

A seleção dos problemas obedeceu aos critérios de importância, urgência e capacidade da equipe para enfrentar o problema, conforme mostra o quadro 1 (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde IV, Unidade Básica de Saúde IV, município de Cristais, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados.	Alta	8	Total	1
Ineficiência de grupos operativos para a promoção da saúde.	Média	6	Parcial	2
Elevado número de usuários com Alcoolismo	Alta	6	Parcial	3
Baixa qualificação dos profissionais nos serviços de saúde	Média	5	Parcial	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenados considerando os três itens

Os principais problemas encontrados na área de abrangência da equipe IV, identificados com a realização de um diagnóstico situacional, estão relacionados à ausência de uma assistência adequada aos portadores de HAS e DM, sendo este selecionado como prioritário.

2 JUSTIFICATIVA

A reorganização da atenção para otimizar a assistência aos portadores de HAS e DM na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família IV faz-se necessária e urgente devido ao alto número de hipertensos e diabéticos presentes na população adscrita, e ao alto índice de óbitos e internações relacionados a esses problemas.

De acordo com Paiva, Bertusa e Escuder (2006, p.378), a Estratégia Saúde da Família foi implantada com o objetivo de:

[...] organizar a prática assistencial a partir da atenção básica, substituindo assim, o modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, o PSF pretende promover a saúde por meio de ações básicas que facilitem a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. A dinâmica proposta pelo PSF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos hipertensos e diabéticos.

Porém a eSF IV ainda não está promovendo ações de prevenção e promoção de saúde que sejam completamente resolutivas até este momento; não há busca ativa para detecção de casos novos e não há uma assistência eficaz, por parte dos profissionais de saúde, que busque a solução dos problemas dos portadores de HAS e DM. Além da não utilização de protocolo clínico, há falta de treinamento dos profissionais de saúde, ineficiência de grupos operativos para portadores HAS e diabetes, levando a uma assistência inadequada, baixa qualificação da mão-de-obra nos serviços de saúde e falta de políticas educativas, que também sensibilizem os usuários a estarem sempre fazendo exames de rotina e consultas preventivas que diagnostiquem com antecedência qualquer um desses problemas que por ventura já estejam presentes, já que grande parte deles procura a unidade (demanda espontânea) por razões não emergenciais.

Fica evidente o impacto causado pelas doenças do aparelho circulatório, em especial HAS. Portanto verifica-se a importância da elaboração de um plano de ação para obtenção de uma assistência adequada aos portadores de HAS e DM da eSF IV, do município de Cristais.

Portanto, a elaboração de um plano de ação em função dos usuários diabéticos e hipertensos faz-se necessário a fim de melhorar a assistência a esses usuários, reduzindo número de internações e conseqüentemente óbitos por essas doenças.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção com vistas à reorganização das ações para otimizar a assistência prestada aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família IV do município de Cristais, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto de intervenção foram executadas três etapas: diagnóstico situacional da população atendida pela equipe IV para identificação dos problemas, revisão de literatura e elaboração do plano de ação.

Inicialmente foi proposta a realização de um diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida, a fim de identificar a realidade encontrada na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família IV, do município de Cristais em Minas Gerais, e conhecer os principais problemas de saúde do território. Foi feito um levantamento do número de hipertensos e diabéticos na área adscrita.

Posteriormente foi realizada revisão de literatura, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando os descritores: Hipertensão, Estratégia saúde da família, Diabetes, Educação em saúde. Foram consultados livros, revistas, artigos, monografias, documentos de órgãos públicos de caráter exploratório para conhecimento do tema e elaboração do referencial.

A motivação deste estudo é verificar a importância de se implantar um plano de ação para melhoria na assistência aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes na Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa bibliográfica também possibilitou o reconhecimento dos parâmetros nacionais, índices de hipertensos no país, de internações por doenças do aparelho circulatório e óbitos por estas patologias, possibilitando uma comparação entre com os dados locais encontrados na unidade. Essa comparação contribuiu para a priorização dos problemas encontrados.

O problema encontrado como prioritário foi o “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”; assim foi realizado um plano de ação com o intuito de obter uma assistência adequada aos portadores de HAS e DM, minimizando o número de internações e óbitos por essas doenças relacionadas a doenças, otimizando a assistência prestada pelos profissionais de saúde. O plano de ação seguiu os passos do Planejamento Estratégico Situacional, conforme Faria, Campos e Santos (2018).

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF), de acordo com Ribeiro, Gouvêa, Casotti (2017, p.349), “vem sendo implementada desde 1994, com o objetivo de reorganizar a prática assistencial e reforçar as características fundamentais da atenção básica”. O foco da atenção prestada por uma equipe multiprofissional é a família, considerando a “territorialização com adscrição da clientela, intersetorialidade e controle social, e organização do trabalho” centrado na vigilância em saúde.

Estes autores ressaltam que algumas peculiaridades do trabalho na atenção básica à saúde acabam envolvendo alguns problemas éticos, que “por serem menos dramáticos e visíveis do que àqueles resultantes da atenção terciária ou hospitalar, podem muitas vezes, passarem despercebidos ou serem de difícil identificação” (RIBEIRO; GOUVÊA; CASOTTI, 2017, p.349).

Uma delas peculiaridades é que as intervenções na atenção básica, relacionadas às ações de promoção e proteção à saúde, de recuperação e de reabilitação, são mais amplas e complexas à medida que envolvem os indivíduos, as famílias e as comunidades. Além disso, geralmente, os usuários na ABS têm condições de tomar decisões próprias sobre sua saúde e as propostas terapêuticas (RIBEIRO; GOUVÊA; CASOTTI, 2017).

Para Vidal *et al.* (2014, p.348) “só é possível avançar na qualidade dos serviços e ações de saúde, com a cooperação social efetiva, à medida que seus atores se tornem capazes de apontar os problemas e soluções relativas às díspares demandas”.

Radigonda *et al.* (2016, p.116) afirmam que o acompanhamento período de pessoas com DM e ou HAS na atenção básica é realizado pelas equipes de saúde da família por meio das “ações de prevenção, identificação, manejo e controle desses agravos e suas complicações tendo como maior objetivo evitar internações hospitalares e reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares”.

Marin e Ribeiro (2018 p. 292) consideram que uma equipe é formada por pessoas que almejam um objetivo comum que é alcançado mediante um trabalho coeso de compartilhamento e que mantém um alto grau de interdependência. Trabalho este que consiste em uma “atividade produtiva exercida pela interação entre pessoas e pela articulação de tecnologias de distintas áreas do saber, sendo elemento essencial para o cuidado em seu respectivo ponto de atenção à saúde”.

Diante destes pressupostos, é fundamental o compromisso de cada profissional com as habilidades específicas e as complementares, uma vez que o propósito é único. O processo de trabalho da equipe na Estratégia Saúde da Família implica a ideia de organização, cooperação, interdisciplinaridade e complementaridade entre saberes, habilidades e ações. O trabalho em equipe favorece a capacidade de resolução dos problemas de saúde por meio de ações integrais juntas à comunidade sob a responsabilidade da equipe de saúde, num compromisso ético de responsabilização e vínculo. Desse modo, a equipe de saúde assume o processo de trabalho baseando-se nos propósitos da ESF para que o objetivo almejado, o cuidado do paciente, seja alcançado (MARIN; RIBEIRO, 2018).

Ribeiro, Gouvêa e Casotti (2017) consideraram que a multidisciplinaridade também favorece a ampliação dos alcances das intervenções frente aos variados agravos à saúde. Vidal *et al.* (2014. p. 348) afirmam que a ESF “possibilita o envolvimento com a comunidade, especialmente pela atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), e situa as equipes multiprofissionais mais próximas às pessoas em seus espaços de vida”.

Conforme os propósitos da ESF, só haverá produção de cuidado se houver trabalho em equipe. O cuidado é parte de toda ética e “se estabelece no exercício do compromisso do si-com-o-outro, e do si-mesmo-como-outro, implicando atitude inter-relacional de cuidado” (RICOEUR, 2014 *apud* MARIN; RIBEIRO, 2018, p.295).

Paiva, Bersusa e Escuder (2006, p.378) enfatizam que cabe à ESF a promoção da saúde por meio de ações básicas que incorporem as ações programáticas de forma mais abrangente. A dinâmica da atenção à saúde, focada nas ações de “promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a

identificação nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos diabéticos e hipertensos”.

O profissional de saúde deve ter compromisso com o usuário, bem como com os demais membros da equipe, num pacto explícito de cuidados, não bastando apenas exercer a sua atribuição específica; é necessário se responsabilizar por todas as etapas do cuidado (MARIN; RIBEIRO, 2018).

A Estratégia Saúde da Família, segundo Fontbonne *et al.* (2018, p.419),

[...] está teoricamente concebida de maneira a atender aos requisitos da atenção a portadores de agravos crônicos, como HAS e DM: equipe multiprofissional de proximidade, encarregada da educação e promoção da saúde, com modo de agir proativo, organizadora de uma rede de atenção com foco no usuário.

5.2 Atenção Básica à Saúde

A atenção básica à saúde, no âmbito do SUS, “é considerada estratégica para articular ações coletivas e individuais voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde” (RIBEIRO; GOUVÊA; CASOTTI, 2017, p.349).

Ribeiro, Gouvêa, Casotti (2017, p.349) destacam que a atenção básica:

[...] assume responsabilidade sanitária por determinada população, procurando resolver problemas de maior frequência e relevância nesse território. A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) orienta a descentralização e a capilaridade das ações de atenção básica, identificando-a como porta de entrada preferencial de usuários no sistema e ordenadora da rede de atenção da saúde. Nesse sentido, a AB se orienta pelos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A constituição do SUS representa para gestores municipais e estaduais, trabalhadores e usuários do sistema de saúde uma “nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde” (VIDAL *et al.* 2014, p.354).

Radigonda *et al.* (2016, p.116) reforçam que o acompanhamento de pessoas diagnosticadas como hipertensas e/ou diabéticas, deve se dar, prioritariamente, pela Atenção Primária à Saúde (APS). Esta é considerada a porta de entrada para o sistema único de saúde, por “constituir nível próprio de atendimento, com a

estruturação do serviço na lógica programática, na integralidade e longitudinalidade do cuidado e na coordenação das ações e serviços de saúde”.

5.3 Hipertensão arterial sistêmica

Atualmente, considerando a importância e magnitude, as doenças do aparelho circulatório representam um grave problema de saúde no mundo, incluindo os países emergentes, como o Brasil (CESSE *et al.*, 2009).

As doenças cardiovasculares no Brasil ocupam um lugar de destaque entre as principais responsáveis por mortes, sendo que mais de 250.000 mortes por ano estão relacionadas com elas, e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) responde por quase metade delas (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011).

Atualmente, a hipertensão responde pela morte de 7,6 milhões no mundo, “sendo que 80% dessas mortes ocorrem em países em desenvolvimento como o Brasil, mais da metade das vítimas têm entre 45 e 69 anos” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010 *apud* MAGRINI; MARTINI, 2012, p.356).

Segundo Magrini e Martini (2012), citando a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), mais de 30 milhões de brasileiros são afetados pela hipertensão arterial (HA), sendo que destes, 36% são adultos do sexo masculino e 30% são mulheres. As autoras enfatizam que a HA “é o fator de risco mais importante para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares”, incluindo o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto do Miocárdio (IM) que são considerados as duas maiores causas isoladas de mortes no país (MAGRINI; MARTINI, 2012, p.356).

Conforme a Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica (MINAS GERAIS, 2013, p.25), a Hipertensão Arterial Sistêmica é uma condição clínica que envolve vários fatores e que se caracteriza pela elevação pressão arterial (PA). Geralmente a HAS está “associada a alterações de órgãos-alvo e, por conseguinte, a aumento do risco de eventos cardiovasculares”. A prevalência da HAS é de 20 a 30% em indivíduos na faixa etária de 18-59 anos, conforme inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras. Com o aumento da idade este percentual sobe, sendo que atinge 50% das pessoas com 60

a 69 anos, chegando a 75% das pessoas com idade acima de 70 anos. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estima que 20% da população mineira com idade igual ou superior a 20 anos apresenta HAS.

Entretanto a estimativa é de que cerca de 30% não sabem que são hipertensos, pois a hipertensão é na maioria das vezes silenciosa. A HAS “apresenta alto custo social, sendo responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho” (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006, p.377).

Entre os principais fatores de risco para a hipertensão arterial sistêmica, destacam-se: genética, idade, gênero e etnia, sobrepeso e obesidade, ingestão de sal, consumo abusivo de bebida alcoólica, sedentarismo (MINAS GERAIS, 2013).

“Embora haja controvérsias acerca da utilidade do diagnóstico da Síndrome Metabólica, vale mencionar que a presença da mesma indica a agregação de fatores de risco cardiovasculares”. Quanto ao gênero, a prevalência da HAS é maior em pessoas do sexo masculino do que no sexo feminino até os 50 anos de idade; acima desta idade esta relação se inverte, com as mulheres apresentando significativo incremento na prevalência de HAS. Quanto á etnia, “a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca, especialmente nas mulheres” (MINAS GERAIS, 2013, p.26).

Segundo Araújo, Paz e Moreira (2010, p.561), a prevalência da hipertensão arterial “atinge 20% da população adulta nas suas diferentes classes sociais, etnias, raças e culturas”. Porém existem diferenças na repercussão da doença na vida das pessoas, dependendo de como o indivíduo está inserido socialmente e de como os serviços de gestão da saúde estão organizados e da disposição e disponibilidade do cuidado em saúde.

A hipertensão arterial sistêmica é, segundo Maluf Junior *et al.* (2010, p. 87),

[...] um dos problemas de saúde pública mais importante e frequente no mundo, tendo prevalência aproximada de 20% da população mundial. A HAS é reconhecida mundialmente como o maior fator de risco passível de prevenção nos casos de acidente vascular encefálico (AVE), infarto do miocárdio (IAM), doença vascular periférica e insuficiência renal. Mesmo com os avanços no tratamento de doenças cardiovasculares, o número de mortes por consequência da HAS continua crescendo e estima-se que em 2020 esteja liderando as estatísticas da causa-morte no mundo todo.

“Concretamente, ‘ser hipertenso’ poderá gerar déficits no processo saúde-doença individual e/ou coletivo, influenciado pelos determinantes sociais e de saúde distintos” (ARAÚJO; PAZ; MOREIRA, 2010, p.561).

Acompanhar periodicamente as pessoas com DM e ou HAS implica em desenvolver “ações de prevenção, identificação, manejo e controle desses agravos e suas complicações”, com o objetivo de “evitar internações hospitalares e reduzir a mortalidade por doenças cardiovasculares” (RADIGONDA *et al.* 2016, p.116).

Longo, Martelli e Zimmermann (2011) relatam que estudos recentes indicam que a prevalência de HAS em idosos varia de 52% a 63%, aumentando o risco para as doenças cardiovasculares (DCV) nesta fase da vida, reforçando que a HAS é um problema de saúde pública. Isso se explica porque:

[...] com o envelhecimento fisiológico ocorre o desenvolvimento de processos arteroscleróticos nos grandes vasos e arteríolas, ocasionando perda da distensibilidade e elasticidade, diminuindo sua capacidade com o aumento da velocidade da onda de pulso. A rigidez da parede dos vasos tende a elevar a pressão sistólica e o aumento da velocidade da onda de pulso mantém a pressão arterial diastólica (PAD) dentro dos valores normais ou pode até diminuí-la. Com isso, a pressão sistólica e a pressão de pulso têm-se definido como adequados preditores de eventos cardiovasculares no idoso (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011, p.272).

Segundo Paiva, Bersusa e Escuder (2006), a vinculação do paciente à equipe de saúde capacitada e o diagnóstico correto e precoce são indispensáveis ao tratamento da hipertensão arterial como também do diabetes mellitus, evitando complicações ou, pelo menos, retardando que as já existentes possam progredir. Além disso, esta vinculação com a equipe e o contato com o serviço de saúde contribuem para uma maior adesão ao tratamento. Entende-se que a adesão ao tratamento está relacionada com o acesso do usuário ao serviço, disponibilidade de medicamentos, e conhecimento de condições que favoreçam a qualidade de vida.

Santos (2011) relata em seu estudo que o serviço no PSF São José I de Itabirito estava desorganizado, pois independente do volume de cadastros, percebia-se um baixo percentual de acompanhamento para pacientes hipertensos o que representava um alerta e uma necessidade de instalação de medidas que

melhorassem o percentual de acompanhamento desses pacientes, evitando urgências hipertensivas, internações hospitalares, incapacidades e óbitos.

Alguns estudos apontados por Longo, Martelli e Zimmermann (2011, p.273), indicam que mesmo quando em tratamento medicamentoso 30% a 50% dos pacientes hipertensos “não apresentam pressão arterial controlada, e em cerca de 10% dos idosos, o diagnóstico de HAS somente é feito após um evento clínico decorrente da pressão elevada por vários anos”.

Outro aspecto relacionado ao controle da HAS são as prescrições. Neste sentido, Maluf Junior *et al.* (2010) reconhecem que um dos maiores fatores para falha no controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, eram as prescrições inadequadas. Concordando com Maluf Junior *et al.* (2010), Longo, Martelli e Zimmermann (2011, p.283) acrescentam que o tratamento da HAS “deve também envolver medidas não-farmacológicas, como o aumento de exercícios físicos, redução do sal das dietas e das gorduras saturadas com aumento de frutas e fibras, redução do peso corporal, do consumo de álcool e tabagismo”.

5.4 Diabetes mellitus

As doenças crônicas não transmissíveis constituem (DCNT), conforme abordado anteriormente, são consideradas um dos maiores problemas de saúde pública no mundo contemporâneo.

Além da hipertensão arterial (HAS), destaca-se o diabetes mellitus (DM) tipo 2. Quando estes agravos não são controlados, várias complicações podem aparecer, como “doenças cardiovasculares e renais, e, mais especificamente, no caso do DM, complicações oculares e neurais, que podem conduzir à cegueira e a amputações, além de ser altos custos para o indivíduo e a sociedade” (FONTBONNE *et al.* (2018, p.419),

Tavares *et al.* (2014, p.528) reforçam que o Diabetes mellitus é um problema de saúde pública devido às suas graves complicações que contribuem para a alta morbimortalidade e para os impactos sociais e econômicos.

Radigonda *et al.* (2016,p.116) afirmam que pelo fato das DCV responderem pela primeira causa de mortes e de hospitalizações no SUS, as políticas públicas direcionadas a dessas doenças e agravos crônicos são prioridades.

Paiva, Bersusa e Escuder (2006) enfatizam que o perfil da mortalidade brasileira se modificou nas ultimas décadas, observando-se um aumento significativo de óbitos, cujas causas estão relacionadas a doenças crônico-degenerativas e a causas externas.

As DCV são as principais causas de “morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos” (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER (2006, p. 377).

Um estudo multicêntrico realizado no Brasil apontou que a prevalência de diabetes mellitus é de 7,6% na população brasileira com idade entre 30-69 anos, chegando a cifras próximas a 20% na população de mais de 70 anos. Destaca-se que aproximadamente 50% dessas pessoas não sabem que são diabéticas e 25% das pessoas que são diagnosticadas como diabéticas não fazem nenhum tratamento.

Em seu estudo, Cesse *et al.* (2008, p.494) afirmam que atualmente as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de mortalidade da população brasileira. Concordando com Radigonda *et al.* (2016), que também relataram que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo.

Após estudo, Tavares *et al.* (2014, p.534), concluíram que é necessário que o exame clínico dos pés seja incorporado na assistência ao paciente diabético principalmente se se considerar que é uma atividade com boa relação custo-efeito. Além disso, deve-se dar ênfase às atividades educativas, especialmente as desenvolvidas em grupo, incentivando o paciente para o autocuidado, incluindo mudança de hábitos de vida e prática de atividade física.

Geralmente a atividade física é superestimada, entretanto “não há motivo de pensar que essa superestimação seja maior quando a qualidade de atenção é melhor, ou

seja, que o resultado decorra de um viés de informação/mensuração” (FONTBONNE *et al.* 2018, p.422).

5.5 Educação em saúde

A comunicação realizada por meio da relação dialógica, como parte do acolhimento, é o centro para formação do vínculo da equipe de ESF com o usuário do sistema de saúde. Sendo ‘algo que se constrói’ com base na escuta do outro – para compreender crenças, situação e possibilidades (VIDAL *et al.*, p.353).

A orientação e a educação em saúde são instrumentos essenciais no cuidado dos pacientes diabéticos e/ou hipertensos, incentivando-os para a mudança de estilo e hábitos de vida, incluindo, se necessário, o uso de medicamentos. Para que o tratamento medicamentoso quanto o não medicamentoso sejam bem sucedidos as orientações são indispensáveis. “A educação em saúde é imprescindível, pois não é possível o controle adequado da glicemia e da pressão arterial se o paciente não for instruído sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento”. Uma medida eficaz no controle das doenças, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica, e na prevenção de suas complicações é a participação ativa do indivíduo e família (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006, p.382).

De acordo com Tavares *et al.* (2014, p. 533),

As orientações ao autocuidado, à alimentação saudável e à prática de exercícios físicos são particularmente importantes para o controle da doença, mas com pouca adesão. As atividades de educação em saúde podem ser realizadas individualmente, ou em grupo, o que favorece a troca de saberes entre usuários e a equipe de saúde, com valorização das experiências dos próprios participantes, permitindo a todos um processo integrador para um melhor controle terapêutico da doença. As duas formas de atividades educativas são efetivas, porém, a educação em grupo, apresentou melhores resultados no controle glicêmico após seis meses de trabalho. Há necessidade de se fortalecerem metodologias dirigidas às atividades de educação em saúde em grupo nos programas de educação permanente, uma vez que nem todas as ESF’s possuem capacitação nessa área e nem os integrantes forma habilitados em seus cursos de graduação para o desenvolvimento de tais práticas.

“Os cursos de graduação, independente da área, estão contidos em um espaço de tempo determinado, com duração de alguns anos; porém, os processos rotineiros de trabalho permanecem por várias décadas, tornando-se ambiente ideal para instituímos processos contínuos de ensino-aprendizagem, diretamente articulados com a prática” (LIMA; RIBEIRO, 2015, p.484).

Quanto à abordagem das DCNT, Malta *et al.* (2016, p.383) reforçam que:

[...] além da necessária organização da Saúde Pública para garantir a vigilância, promoção da saúde, prevenção e assistência aos pacientes, é essencial articular ações intersetoriais e, especialmente, empenhar-se na redução das iniquidades ou disparidades em saúde. Por fim, destaca-se a importância do alinhamento e articulação das políticas públicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis, assentadas em ações integradas e cooperantes.

Considerando a elevada prevalência de HAS e de DM, muitas vezes sem controle adequado, são necessárias intervenções terapêuticas e educacionais tendo como meta a redução de possíveis eventos cardiovasculares e de outras complicações (LONGO; MARTELLI; ZIMMERMANN, 2011).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A proposta deste estudo é reorganizar a atenção para otimizar a assistência aos portadores de Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, visto que na área de abrangência da equipe IV do Município de Cristais em Minas Gerais, grande parte dos usuários sofrem com HAS e DM.

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Conforme dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB 2019) do Município de Cristais - Minas Gerais, as principais patologias que acometem a população adscrita à eFS IV, são Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e Alcoolismo. Sendo que, 544 usuários cadastrados, com mais de 14 anos, são portadores de HAS, representando praticamente 100% dessa população e 18% da população total adscrita. No que se refere aos usuários diabéticos, 155 acima de 14 anos apresentam a doença. No município, são registrados, muitos óbitos e internações hospitalares relacionadas a essas doenças. E ainda assim, a assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *Mellitus* ainda é deficiente, desorganizada e não sistematizada.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006).

Na população Cristalense são registrados muitos óbitos e internações hospitalares relacionados à hipertensão arterial sistêmica e ao diabetes *mellitus*, visto que em uma população adscrita à eSF IV do total de 3174 usuários, 545 são hipertensos e 156 diabéticos, e muitos destes, não têm uma assistência efetiva que o problema exige.

Não há busca ativa para detecção de casos novos e não há uma assistência eficaz, por parte dos profissionais de saúde, que busque a solução dos problemas dos portadores de HAS e DM.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Assim foram identificados os principais “nós críticos” relacionados ao problema selecionado: “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”:

- Pouca informação da população sobre a HAS e o DM.
- Ausência de uma assistência adequada aos portadores de HAS e DM.
- Não utilização de protocolo clínico.
- Ineficiência de grupos operativos para portadores Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes.
- Necessidade de capacitação da equipe de saúde sobre a prevenção e promoção de saúde.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Para o enfrentamento dos “nós críticos” do problema foram elaboradas as operações correspondentes que estão apresentadas nos quadros 2, 3, 4, 5 e 6, a seguir.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pouca informação da população sobre a HAS e o DM
Operações	Desenvolvimento de práticas que informem e esclareçam a população sobre HAS e DM
Projeto	Informando e esclarecendo causas, riscos e cuidado aos portadores de HAS e DM.
Resultados esperados	População estar bem informada a respeito da HAS e DM.
Produtos esperados	Grupos operativos implantados
Recursos necessários	Estrutural: Sala para recepção do grupo e profissional preparado para acompanhar os usuários Cognitivo: Informar sobre o tema Político: Mobilizar a população Financeiro: Financeiro: recursos para impressão de folder e quaisquer outros materiais necessários para realização do grupo.
Recursos críticos	Estrutural: tempo e disposição do profissional para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: tema que desperte interesse da população Político: adesão do gestor local, e dos usuários. Financeiro: recursos disponíveis em tempo hábil
Controle dos recursos críticos	Sensibilizar os profissionais para elaboração e execução dos grupos e também motive os usuários a comparecerem e serem assíduos
Ações estratégicas	Oferecer um bônus ao usuário que mais esteve assíduo nos grupos, e que também estiver controlado a HAS e o diabetes..
Prazo	Quinzenalmente
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	ESF e NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Discussões na equipe. Elaboração de uma planilha para registro da evolução dos pacientes nos grupos realizados quinzenalmente pela ESF e NASF.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ausência de uma assistência adequada aos portadores de HAS e DM		
Operações	Estabelecer um plano de ação que otimize a assistência aos portadores de HAS e DM		
Projeto	“Otimização do cuidado aos portadores de HAS e DM”		
Resultados esperados	Promover uma assistência adequada aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes. Reduzir em o número de hipertensos e diabéticos. Implantação de educação permanente em saúde para a equipe.		
Produtos esperados	Programa de caminhada implantado... Reuniões quinzenais de educação permanente...		
Recursos necessários	Estrutural: Profissional de saúde, consultório para as consultas clínicas, prontuários clínicos, receituários, caneta, bancos para os usuários aguardarem às consultas, um local para as palestras educativas e um carro para realizar busca ativa dos usuários Cognitivo: Otimizar o cuidado aos usuários hipertensos e diabéticos Financeiro: recursos para impressão de folder, prontuários clínicos, receituários, aquisição material de papelaria. Político: Mobilização da população		
Recursos críticos	Estrutural: carro para realizar as buscas ativas Cognitivo: motivação da população Político: adesão da população Financeiro: recursos para compra e manutenção dos materiais necessários		
Controle dos recursos críticos	Na maior parte das vezes, tem sido favorável, entretanto ainda, os recursos nem sempre estão disponíveis para evitar a falta dos materiais.		
Ações estratégicas	Buscas ativas dos usuários com HAS e DM, grupos operacionais quinzenais com a equipe do NASF e ESF, receita apenas mediante consulta médica.		
Prazo	1 ano		
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Toda a Equipe		
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Baixo Risco 2 consultas médicas/ano 2 consultas enfermagem/ano 10 grupos operativos/ano 12 visitas ACS/ano Consultas odontológicas programadas	Moderado Risco 3 consultas médicas/ano 4 consultas enf./ano 10 grupos/ano 12 visitas ACS/ano Consultas odontológicas programadas	Alto Risco 2 consultas médicas/ano 4 consultas enf./ano 10 grupos/ano 12 visitas ACS/ano Consultas odontológicas programadas

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Não utilização do protocolo clínico
Operações	Fazer uso do protocolo clínico
Projeto	Protocolo clínico
Resultados esperados	Utilização do protocolo clínico a fim de otimizar a assistência aos portadores de HAS e DM.
Produtos esperados	Implantação do uso do protocolo
Recursos necessários	Estrutural: profissionais para elaboração do protocolo. Cognitivo: elaboração e uso do protocolo clínico. Financeiro: recursos para aquisição dos materiais necessários. Político: mobilização da equipe.
Recursos críticos	Estrutural: Disposição e tempo dos profissionais. Cognitivo: entendimento da importância de utilizar o protocolo. Político: adesão dos profissionais Financeiro: recursos para aquisição do material necessário.
Controle dos recursos críticos	Na grande maioria das vezes há colaboração dos profissionais.
Ações estratégicas	Ações que sensibilizem e motivem os profissionais na utilização do protocolo clínico.
Prazo	Durante todo e qualquer atendimento
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Enfermeira e coordenação da atenção básica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	2 meses para elaboração do protocolo e utilizá-lo para todo e qualquer atendimento. Discussões na equipe sobre o andamento e resultados da ação.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Ineficiência de grupos operativos para portadores de HAS e DM
Operações	Fazer com que os grupos operativos sejam de fato efetivos
Projeto	Ações de promoção e prevenção aos usuários hipertensos e diabéticos.
Resultados esperados	Fazer com que a população compareça e seja assídua nos grupos operativos, com temas que desperte o interesse dos usuários, para assim otimizar a assistência aos portadores de HAS e DM.
Produtos esperados	Grupos Operativos quinzenalmente e planejados tanto pela ESF quanto pelo NASF.
Recursos necessários	Estrutural: profissional para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: promoção e prevenção de saúde Financeiro: recursos para impressão de folder e quaisquer outros materiais necessários para realização do grupo. Político: mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: tempo e disposição do profissional para acompanhar o grupo operativo. Cognitivo: tema que desperte interesse da população Político: adesão do gestor local, e dos usuários. Financeiro: recursos disponíveis em tempo hábil
Controle dos recursos críticos	Sensibilizar os profissionais para elaboração e execução dos grupos e também motive os usuários a comparecerem e serem assíduos.
Ações estratégicas	Oferecer um bônus ao usuário que mais esteve assíduo nos grupos, e também controlado a HAS e o diabetes.
Prazo	Quinzenalmente
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	ESF e NASF
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Grupos serão realizados quinzenalmente pela ESF e NASF. Elaboração de uma planilha para registro da evolução dos pacientes nos grupos realizados quinzenalmente.

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Elevado número de usuários com HAS e DM descompensados”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família IV, do município Cristais, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Necessidade de capacitação da equipe de saúde sobre a prevenção e promoção de saúde.
Operações	Qualificar os profissionais por meios de cursos de capacitação e sensibilizar a população a respeito das práticas de prevenção e promoção de saúde.
Projeto	Educação permanente em saúde
Resultados esperados	Otimizar a prestação de serviços dos profissionais de saúde e inserir políticas educativas para usuários portadores de HAS e DM.
Produtos esperados	Cursos mensais a fim de qualificar a prestação de serviços de saúde.
Recursos necessários	Estrutural: cursos disponíveis que atendam a demanda da ESF. Cognitivo: educação permanente em saúde. Financeiro: recursos para contratação dos cursos Político: sensibilizar a gestão e os profissionais
Recursos críticos	Estrutural: Cognitivo: Político: adesão da gestão local e interesse dos profissionais. Financeiro: recursos disponíveis para contratação dos cursos.
Controle dos recursos críticos	Sensibilização da gestão
Ações estratégicas	Promover cursos de capacitação aos profissionais da Equipe de Saúde da Família.
Prazo	Mensal
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Toda a Equipe
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Enfermeira e Coordenação da atenção básica. Discussões periódicas na equipe sobre os temas abordados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na população adscrita à equipe de saúde da família IV do município mineiro de Cristais, há muitos usuários hipertensos e diabéticos, e esses não são assistidos conforme critérios do Ministério da Saúde.

Ocorrem muitos óbitos e internações hospitalares relacionadas às doenças do aparelho circulatório. Portanto, faz-se necessário a elaboração e execução de um plano de intervenção com vistas à reorganização das ações para otimizar a assistência prestada aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família IV do município de Cristais, Minas Gerais.

Foram identificados e registrados os “nós críticos” do problema e desenhadas as operações para enfrentá-los.

Espera-se com a implantação do plano de intervenção que esses usuários tenham assistência efetiva conforme é preconizado, e assim então, otimizar a qualidade de vida dos mesmos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. L.; PAZ, E. P. A.; MOREIRA, T. M. M.. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery** [online], v.14, n.3, p. p. 560-566, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a18.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CESSE, E. Â. P. *et al.*. Tendência da mortalidade por doenças do aparelho circulatório no Brasil: 1950 a 2000. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.93, n.5, p.490-497, 2009.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS,, M. A.. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 97 p.

FONTBONNE, A. *et al.*. Relações entre os tributos de qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na Estratégia Saúde da Família e o controle dos fatores prognósticos de complicações. **Cad. Saúde Colet.**, v.26, n.4, 418-424, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE) [online]. **Cidades Minas Gerais**. Cristais 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/cristais/panorama>>. Acesso em: 17 Jun. 2019.

LIMA, L. P. S; RIBEIRO, M. R. R.. A competência para Educação Permanente em Saúde: percepções de coordenadores de graduações da saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.26, n.2, 483-501, 2016.

LONGO, M. A. T.; MARTELLI, A.; ZIMMERMANN, A. Hipertensão Arterial Sistêmica: aspectos clínicos e análise farmacológica no tratamento dos pacientes de um setor de Psicogeriatria do Instituto Bairral de Psiquiatria, no Município de Itapira, SP. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, v.14, n.2, p.271-284, 2011.

MAGRINI, D. W.; MARTINI, J. G Hipertensão arterial: principais fatores de risco modificáveis na estratégia saúde da família. **Enferm. Glob** [online]. v.11, n.26, p.354-363, 2012. Disponível em:<http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412012000200022&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 11 Jul 2019.

MALTA, D. C. *et al.*. Avanços do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.25, n.2, p.373-390, 2016.

MALUF JUNIOR, I.; ZAHDI, M. R.; UNTERSTELL, N.; MALUF. E. M. C. P.; SOUSA, A. B.; LOURE, F. D. Avaliação da Adesão de Médicos do Protocolo de Hipertensão Arterial da Secretaria Municipal de Curitiba. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n.1, p.86-91, 2010.

MARIN, J; RIBEIRO, C. D. M. Problemas e conflitos bioéticos da prática em equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Bioética**, v.26, n.2, p.291-301, 2018.

MARTELLI, A.; ZAVARIZE, S. F. Fatores que influenciam a hipertensão arterial sistêmica e qualidade de vida em universitários do município de Mogi Guaçu - SP. **Arch Health Invest**, v.3, n.5, p.32-42, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. 3 ed (atualizada). Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013. 204p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/guia_de_hipertensao.pdf> Acesso em: 08 ago. 2019.

PAIVA, D. C. P; BERSUSA, A. A. S; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p.377-385, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CRISTAIS [online]. **Pesquisa: município de Cristais**. Disponível em: <http://www.cristais.mg.gov.br/novo_site/index.php>. Acesso em: 17 jun 2019.

RADIGONDA, B. *et al.*. Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR,2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v.25, n.1, p.115-126, 2016.

RIBEIRO, C. D. M; GOUVÊA, M. V; CASOTTI, E. Problemas éticos e justiça social na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bioét.** v.25, n.2, p.348-357, 2017.

RICOEUR, P. **O si-mesmo como outro**. São Paulo: Martins Fontes; 2014.

SANTOS, M. T. L. **Acompanhamento de Pacientes Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica**: Plano de Ação. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB) [online]. Pesquisa: SIAB Cristais MG. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 17 jun 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v.95, n.1, suppl.1, p.51, 2010.

TAVARES, V. S. *et al.*. Avaliação da atenção ao diabetes mellitus em Unidades de Saúde da família de Petrolina, Pernambuco, 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.23, n.3, p.527-536, 2014.

VIDAL, S. V. *et al.*. Problemas bioéticos na Estratégia Saúde da Família: reflexões necessárias. **Rev. Bioét.**, v.22, n.2, p.347-357, 2014.