

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALEXANDRE DE ALMEIDA SOARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITAS DOMICILIARES A
PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016

ALEXANDRE DE ALMEIDA SOARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITAS DOMICILIARES A
PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/ Universidade Federal de Alfenas, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

**JUIZ DE FORA - MINAS GERAIS
2016**

ALEXANDRE DE ALMEIDA SOARES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: VISITAS DOMICILIARES A
PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E
HIPERTENSÃO ARTERIAL**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

Aprovado em Belo Horizonte, em: 08/11/2016

Dedico este trabalho aos meus pais, em especial aos meus colegas pelo carinho e amizade.

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pela oportunidade de quebrar padrões e encontrar o infinito dentro da construção do meu legado como profissional da área de saúde.

"Se fracassar, ao menos que fracasse ousando grandes feitos, de modo que a sua postura não seja nunca a dessas almas frias e tímidas que não conhecem nem a vitória nem a derrota"

Theodore Roosevelt.

RESUMO

Os usuários vítimas de comorbidades relacionadas ao Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial como sequelas de Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio têm o prognóstico clínico prejudicado por não apresentarem condições de frequentar a Unidade de Saúde da Família e, detectou-se, no diagnóstico situacional, ausência de visitas domiciliares a esses usuários. Assim, este estudo objetivou elaborar um plano de intervenção para a implantação de visita domiciliar médica, visando à assistência dispensada aos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensos, pertencentes à microáreas da Estratégia Saúde Família “Morro da Mina”. O plano de ação se baseou no Planejamento Estratégico Situacional e em pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: diabetes, hipertensão, visita domiciliar e atenção primária à saúde. Espera-se com a implementação do plano melhorar o acompanhamento do processo saúde-doença no âmbito familiar por meio das visitas domiciliares. O médico de família está qualificado para avaliar o ambiente, as situações de risco, os problemas de saúde e os padrões de vulnerabilidade a que está sujeito.

Palavras-chave: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Visita domiciliar. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Patients victims of comorbidities related to Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension as sequels of Cerebral Vascular Accident and Myocardial Infarction have the clinical prognosis impaired by not being able to attend the Family Health Unit and it was detected, in the situational diagnosis, Absence of home visits to these users. Thus, this study aimed to elaborate an intervention plan for the implantation of a medical home visit, aiming at the assistance given to patients with diabetes mellitus and hypertensive, belonging to the micro areas of the Family Health Strategy "Morro da Mina". The action plan was based on Strategic Situational Planning and bibliographic research in the Virtual Health Library with the descriptors: diabetes, hypertension, home visit and primary health care. The implementation of the plan is expected to improve the follow-up of the health-disease process in the family environment through home visits. The family doctor is qualified to assess the environment, risk situations, health problems and the patterns of vulnerability to which he / she is subject.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Home visit. Primary Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HBA1C	Hemoglobina Glicada
DM	Diabetes Mellitus
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estratificação de risco para pessoa com Diabetes Mellitus.....	28
Quadro 2 – Critério e parâmetro de prevalência do Diabetes Mellitus.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 JUSTIFICATIVA	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVO	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO DA LITERATURA	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	28
6.1 <i>Problemas priorizados</i>	28
6.1.1 Importância	28
6.1.2 Urgência	28
6.1.3 Capacidade	28
6.2 <i>Nó crítico</i>	29
6.2.1 Ação/operação /projeto	29
6.2.2 Objetivo	29
6.2.3 Produto esperado	30
6.2.4 Resultado esperado	30
6.2.5 Atores sociais/ responsabilidades	30
6.2.6 Recursos necessários	30
6.2.7 Recursos críticos	30
6.2.8 Viabilidade	30
6.2.9 Responsáveis	30
6.2.10 Gestão, acompanhamento e avaliação	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
ANEXOS	35

1 INTRODUÇÃO

Conselheiro Lafaiete, uma das cidades mais antigas de Minas Gerais, a primeira notícia que se tem da sua história é por volta de 1683, dada pela bandeira de Garcia Rodrigues, que fala no arraial de garimpeiros e índios chamado Campo Alegre dos Carijós. Na sua história consta que muitos pesquisadores se perderam na selva das hipóteses, para definir os primeiros passos da civilização em Carijós, mas é tido como certo, de que alguns remanescentes da bandeira de Borba Gato, logo após a morte do português D. Rodrigo, vieram minerar na serra de Ouro Branco e, como lá os silvícolas eram ferozes, fizeram sua morada junto aos índios carijós, de boa índole e pacíficos, que tinham sua taba num vasto planalto nos contrafortes da Mantiqueira (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2015).

Em 1694, foi construída uma capela de pau-a-pique, dedicada ao culto da Imaculada Conceição, provavelmente onde hoje é a Praça Nossa Senhora do Carmo. Em 1709, o padre Gaspar Ribeiro Fonseca, enviado pelo bispo do Rio de Janeiro Dom Frei Francisco de São Jerônimo, criou a paróquia de Nossa Senhora da Conceição, pertencente à Diocese do Rio de Janeiro, passando a aldeia a chamar-se Arraial de Nossa Senhora da Conceição de Campo Alegre dos Carijós (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2015).

O culto à Virgem reunia a população constituída de nobres, do povo, ficando, do lado de fora da igreja, os escravos.

A Lei nº 1276 elevou à categoria de cidade e o nome Conselheiro Lafaiete passou a vigorar a partir de 27 de março de 1934, em homenagem a Conselheiro Lafayette Rodrigues Pereira, quando se comemoravam o centenário de seu nascimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2015).

Na atualidade, Conselheiro Lafaiete é uma cidade com aproximadamente 124.000 habitantes e apresenta-se como polo de muitas cidades do interior e funciona como macrorregião de 26 cidades (IBGE, 2015).

Possui um hospital voltado para emergências de ordem cirúrgica e ortopédica, Hospital Maternidade, onde *a priori* são orientadas transferências que necessitam de um serviço de maior complexidade. Possui um hospital referência para pediatria, Hospital São Vicente, um hospital voltado para internações de cunho senil, Hospital São Camilo, um hospital voltado para gestantes, Hospital Queluz e uma Unidade de Pronto Atendimento que serve como baliza para acessar esses hospitais, que se chama Policlínica de Conselheiro Lafaiete.

Dentre os princípios doutrinários e atuando desde 2015 na Unidade Básica de Saúde “Morro da Mina”, observamos dentro do pragmatismo cotidiano a construção do universo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da comunidade Belavinha. Considera-se importante e relevante para a consolidação da democracia no acesso sem acepção, ou qualquer tipo de discriminação, atendendo aos 5.700 (cinco mil e setecentos) moradores da comunidade que são assistidas pela nossa equipe.

Como principais problemas encontrados na equipe ESF a falta de veículos para realização de grupos operantes, a ausência de encontros semanais da equipe, a falta de adesão do tratamento medicamentoso pelos pacientes bem como a ausência de intervenção nos hábitos alimentares, além da ausência de visitas domiciliares a pacientes portadores de comorbidades afim da integralização de toda população adstrita. O problema escolhido como prioridade 1 foi a ausência de visita domiciliar médica para pacientes portadores de comorbidades capaz de suprir toda demanda.

A partir dos dados demonstrados acima é possível afirmar que grande parte da população adscrita encontra-se sem diagnóstico definitivo ou sem cadastramento pela equipe, especialmente portadores de diabéticos e hipertensos.

Pela falta de um Pronto Atendimento a UBS recebe todo o fluxo de atendimento da demanda espontânea e programada. Como consequência, a ampla procura para atendimento de consultas espontâneas prejudica o funcionamento de toda agenda programada voltada para prevenção, promoção e realização de visitas domiciliares. Dá-se ênfase para tratamentos de doenças agudas e crônica-agudizadas.

O acompanhamento de pacientes portadores de doenças crônicas como diabéticos e hipertensos deixa de existir por parte médica e, conseqüentemente, tornam-se vulneráveis ao aparecimento de comorbidades. Visando minimizar a vulnerabilidade será elaborado o plano de intervenção.

Assim, a equipe de saúde acredita que ações efetivas precisam ser propostas para melhorar a assistência aos pacientes portadores de diabetes mellitus e com controle regular ou ruim de níveis glicêmicos e pressóricos na microárea do ESF Equipe “Morro da Mina” Belavinha.

2 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento domiciliar periódico dos diabéticos e hipertensos representa uma etapa importante no trabalho da ESF, pois é o momento em que o médico pode interagir com sua realidade, momento de comunicação e da criação de um vínculo, de avaliar o ambiente em que se encontra inserido, de iniciar busca ativa de fatores que propiciam ou não a adesão do paciente ao tratamento, sendo um importante problema a ser identificado e resolvido em nossa área de abrangência.

A realização do trabalho de acompanhamento dos pacientes, como mencionado anteriormente, será trabalhado por ser de grande importância para controle e estabilização da doença devido às complicações crônicas como acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, retinopatia diabética, insuficiência renal, neuropatia diabética além da probabilidade maior para desenvolvimento de doenças cardiovasculares quando descompensado e sem acompanhamento clínico.

Além do mais, este problema priorizado pela equipe baseou-se, também, no estigma social que as complicações crônicas que o diabetes mellitus e a hipertensão arterial provocam dentro de nossa população adstrita e, dos problemas de vulnerabilidades sociais que prejudicam o prognóstico desse grupo de pacientes.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para a implantação de visita domiciliar médica, visando à assistência dispensada aos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensos, pertencentes à microárea da ESF “Morro da Mina”.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção baseou-se primeiramente no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF e, posteriormente nos conceitos do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES), que trabalha com quatro momentos de planejamento: momento explicativo; momento normativo; momento estratégico e momento tático operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Momento Explicativo: é o momento de identificar, selecionar (valorizando, priorizando e escolhendo), descrever e explicar problemas, apresentando e selecionando os “nós críticos”. “Nó crítico” é a causa do problema.

Momento Normativo: momento de se estabelecer objetivos em função de cada problema ou grupo de problemas. A partir dos objetivos, devem-se estabelecer as metas e as linhas de ação para cada objetivo específico.

Momento estratégico: momento de analisar as operações do ponto de vista político, muito exigentes do ponto de vista econômico, tecnológico com vistas a verificação da viabilidade das propostas de solução elaboradas no momento normativo.

Momento Tático Operacional: é o momento de execução do plano sob uma determinada gerência e organização do trabalho, com prestação de contas, supervisão, acompanhamento e avaliação.

Para desenvolver o plano será feita pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com os descritores: diabetes, hipertensão, visita domiciliar e atenção primária à saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Gomes e Pereira (2005), nas últimas décadas, diversas mudanças ocorreram nos planos socioeconômico e cultural, relacionadas ao processo de globalização da economia da sociedade capitalista, causando, assim, prejuízos à dinâmica e estrutura familiar e possibilitando alterações em seu padrão tradicional de organização. Assim, na atual conjuntura não se pode falar de família, mas de famílias, contemplando a diversidade das relações criadas e estabelecidas conforme as normas sociais.

Souza (2008, p. 623) complementa afirmando que nas últimas décadas

[...] o debate sobre a crise da família, no Ocidente, foi propiciado pelos efeitos da generalizada aceitação social do divórcio, do declínio da instituição do casamento e da baixa taxa de fecundidade. Esses acontecimentos tanto indicaram a compreensão de que se delineara o enfraquecimento da família, quanto sugeriram a análise do surgimento de novos modelos familiares, caracterizados, por sua vez, pelas mudanças nas relações entre os sexos e as gerações, tais como: controle mais intenso da natalidade, autonomia relativa da sexualidade referente à esfera conjugal (posto que o exercício da atividade sexual deixa de estar circunscrito à esfera do matrimônio), inserção massiva da mulher no mercado de trabalho, questionamento da autoridade paternal, atenção ao desenvolvimento das necessidades infantis e dos idosos, entre outras

Oliveira (2009), ao discorrer sobre família, assinala que na atualidade o que ocorre é que se tem o modelo tradicional de família internalizado atuando, enquanto novas maneiras de ser família estão postas o que acarreta certas contradições no próprio ambiente familiar. Afirma que no momento presente, a convivência familiar é entendida de forma socializada e concebida como um espaço onde existe a mudança, ocasionada por meio do diálogo.

“No Brasil, as novas estruturas de parentesco colocam os profissionais que trabalham com família e os próprios membros da instituição familiar em busca de

novas denominações ou de tentar compreender socialmente tais mudanças” (OLIVEIRA, 2009, p. 69).

É importante trazer à tona, para maior entendimento do trabalho com famílias, o que o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) traz a respeito de políticas públicas para famílias menos favorecidas. A insuficiência referente à oferta de bens e serviços públicos no território nacional ocasiona o crescimento e fortalecimento das situações de desigualdades, com isso, impulsionando o desenvolvimento da vulnerabilidade social, deixando parte da população menos favorecida e suas famílias à margem das políticas públicas (IPEA, 2015, p. 13)

Essas famílias, vivendo em situações de pobreza e carência de recursos materiais, violação dos direitos fundamentais e marcados pela miséria, pela fome, sendo tragadas pela vulnerabilidade social, veem o espaço familiar como uma representação de privação, onde os laços afetivos e de solidariedade são constantemente esgarçados. Segundo Gomes e Pereira (2005) quando a residência deixa de ser um local de proteção para transformar-se em espaço de conflitos, a superação de tal condição torna-se desafiante, considerando a ineficácia das políticas públicas. A realidade das famílias pobres e marginalizadas é completamente diferente das famílias que vivem em melhor condição econômica, pois não traz na sua essência familiar a harmonia para que ela possa impulsionar o desenvolvimento saudável de seus membros, uma vez que seus direitos estão sendo violados.

Para Yazbek (2012), a pobreza não deve ser definida de forma específica, no entanto torna-se evidente quando a população não é capaz de atender aos fetiches do sistema capitalista, não gerando renda suficiente para suprir as necessidades básicas para sua sobrevivência. Para a autora, os pobres são aqueles que, de modo contingente ou permanente, não acessam os mínimos necessários de bens e recursos sendo, portanto, ficando excluídos e marginalizados em diferentes esferas da riqueza social mal distribuída.

Ainda em consonância com Yazbek (2012), a condição de vulnerabilidade social da família empobrecida encontra-se diretamente relacionada à miséria estrutural, agravada pela crise econômica do grande capital que arremessa homens e

mulheres ao mundo do desemprego ou subemprego, fragilizando as relações de trabalho, de existência e bem-estar: moradia, educação, saúde.

Petrini (2003) reconhece que à medida que a família encontra contratempos para cumprir satisfatoriamente suas atribuições básicas de socialização e de amparo/serviços aos seus membros, criam-se situações de vulnerabilidade, corroborando para o surgimento das mazelas sociais e comorbidades.

Para Gomes e Pereira (2005), diante da impotência das políticas existentes para proteção social à população pauperizada, em consequência da desresponsabilização do Estado, a família é convocada a responder por esta deficiência sem receber condições para tanto. O Estado minimiza suas intervenções na área da educação, saúde e social e, dispõe na família uma sobrecarga que ela não consegue suportar diante de sua situação de vulnerabilidade socioeconômica.

Diante das demandas apresentadas e comorbidades provocadas pela vulnerabilidade social, a dificuldade de acesso de pacientes domiciliados aos serviços públicos de saúde, a ESF compreende a importância da realização de visita domiciliar. Tal instrumental é visto como uma forma de aproximar-se da realidade do paciente, conhecendo seu ambiente familiar, compreendendo a dinâmica existente, a realidade vivenciada por ele, assim, estabelecendo vínculos importantes. (ALBUQUERQUE; BOSI, 2009).

De acordo com Andrade *et al.* (2014), a visita domiciliar (VD) é a oportunidade de cuidado, pois ao propor a promoção da saúde da comunidade com apoio técnico-científico, a ação evolui em um espaço extra unidade de saúde. Na atuação prática, observa-se com maior frequência que a realização da VD possui a intenção de intervir ou minimizar o processo saúde-doença. A VD é uma atividade externa à unidade de saúde mais realizada pelas equipes de saúde. Caracteriza-se por ser uma tecnologia leve, realizando o cuidado à saúde de forma mais humanizada, acolhedora, criando laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade em geral, aumentando o acesso da população às ações da saúde em um dos estágios de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família.

Albuquerque e Bosi (2009) salientam que a atenção às famílias e à comunidade é o propósito da visita domiciliar, sendo entendidas, família e comunidade, como influenciadoras no processo de adoecimento dos indivíduos, os quais são regidos pelas relações estabelecidas nos contextos em que estão inseridos. Entendendo à vinculação com o modelo assistencial, o discurso relativo à integralidade e à humanização do cuidado assume uma posição de significância na reorientação do SUS. A pertinência da visita nesse processo destaca-se pelo motivo de essa dispor de condições favoráveis a transformações, confrontando o modelo dominante, focado na doença, no qual predomina uma conduta profissional de indiferença e de distanciamento com relações aos usuários. A suplantação desse modelo demanda dos profissionais de saúde a construção de um pensar e um fazer embasado na produção social do processo saúde-doença. Diante desse contato humanizado, pode-se perceber a minimização do sofrimento, solidão e do isolamento social.

Contudo, para Sakata *et al.*, (2007), além da falta de tempo que é uma das dificuldades enfrentadas na realização das visitas, outras também são encontradas, uma vez que a VD propicia o envolvimento e estabelecimento de vínculo com a realidade do paciente e famílias, podendo gerar em alguns, maior suscetibilidade. Registra-se que a VD permite também uma maior interação dos profissionais, humanizando a prática profissional. Todos os profissionais da equipe de Saúde da Família realizam as visitas domiciliares, no entanto os ACS são aqueles que as realizam com maior frequência, com isso facilitando o acesso dos pacientes aos serviços prestados na ESF, facilitando o conhecimento da realidade vivida por eles.

Entende-se como conceito de saúde o resultado da interação de motivadores biológicos, psicológicos, físicos, socioeconômicos e culturais, além da garantia do acesso às políticas públicas de proteção, promoção e recuperação da saúde. Tal concepção evidencia a unicidade dos diferentes níveis de organização do ser humano, enquanto indivíduo e ser social, pertencente a um núcleo familiar e comunidade. Consoante a esse entendimento de tratamento dos problemas de saúde, faz-se fundamental que o médico compreenda métodos e técnicas de avaliação de famílias e percebendo-a como situação-problema e recurso terapêutico (DUNCAN *et al.*, 2013).

Os sinais e sintomas físicos ou a doença podem ser resultado de estresse, ou podem ser por ele intensificados. O estresse e conflitos no meio familiar e o apoio da família influenciam na saúde e no adoecimento das pessoas. Ao avaliar o contexto familiar e social, o médico pode desvelar as situações problemas e desenvolver intervenções, através de sua singular capacidade de reconhecer e direcionar as tensões que afetam a saúde do paciente (PETRINI, 2003).

Os profissionais da Estratégia da Saúde da Família têm contato próximo e rotineiro com as famílias e os médicos de família são os profissionais de saúde, com função básica é tratar as famílias e os indivíduos pertencentes a ela. A orientação às famílias é o elemento central que diferencia os médicos de família dos outros especialistas, e clínicos gerais, pois têm a oportunidade única de detectar estresses e problemas familiares. Assim, torna-se possível ajudar os pacientes de acordo com os problemas apresentados (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2013).

A avaliação da condição familiar pode ser realizada de diferentes maneiras. Existem alguns instrumentos específicos, mas a realização de uma entrevista com a maior parte dos membros da família, garantindo-se a presença do principal responsável, pode oferecer muitas das informações necessárias. O essencial é facilitar o diálogo entre as partes envolvidas, para explorar as diferentes visões, possibilitando que a informação circule e alcance o objetivo almejado. (SCHLITHLER; CERON; GONÇALVES, 2013).

A literatura revisada demonstra a importância da visita domiciliar como ferramenta de aproximação do serviço de saúde as famílias, de acompanhamento da linha do cuidado e ainda, para conhecer a realidade onde as famílias estão inseridas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Conforme mencionado na metodologia deste trabalho, este projeto de intervenção se fundamentou em alguns passos do PES.

6.1 Problemas priorizados

Dentre os problemas identificados na área de abrangência da Equipe “Morro da Mina” Belavinha, escolhemos como prioridade 1 a ausência de visita domiciliar médica para pacientes portadores de comorbidades relacionadas à diabetes e hipertensão. Reafirmamos, mais uma vez, que o acompanhamento de pacientes portadores dessas doenças crônicas não existe pela parte médica, aumentando, obviamente, a vulnerabilidade desses pacientes.

6.1.1 Importância

Melhorar as condições de saúde dos pacientes com morbididades crônicas relacionadas ao DM e HAS, a partir das visitas domiciliares.

6.1.2 Urgência

A inexistência de uma agenda que priorize as visitas domiciliares, prejudicando o prognóstico dos pacientes com DM e HAS e que por apresentarem sequelas que limitam sua deambulação, prejudica seu quadro clínico o que posteriormente os afastam de sua inserção dentro da sociedade, criando estigmas sociais.

6.1.3 Capacidade

Partindo do pressuposto de que o projeto pode ser construído, a partir de prioridades definidas dentro da agenda de nossa equipe de saúde, o projeto faz-se coerente para ser implantado dentro da unidade.

6.2 O “nó crítico” que compõe nosso problema é:

O pequeno número de visitas domiciliares em uma comunidade com alto índice de pacientes acamados e domiciliados, vítimas de comorbidades decorrentes de DM e HAS, pela ausência de uma política de saúde voltada para particularidades da unidade de saúde da família.

A partir deste “nó crítico”, objetivamos cadastrar os pacientes frente as suas comorbidades, antepondo à assistência médica àqueles cujas comorbidades são mais graves, priorizando exames laboratoriais e de imagem, além de consultas especializadas para os pacientes supracitados.

Utilizando-se das estratificações de risco do Ministério da Saúde, referentes aos pacientes portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial (BRASIL, 2013) trabalhando com a equipe multidisciplinar da ESF e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), estabelecer-se-á um fluxo para melhorar o aporte de atendimento a estas famílias, considerando as situações de vulnerabilidade.

Partindo de tais conceitos, será apresentado à Secretaria de Saúde do município, a importância da disponibilização de veículos e outros materiais para diminuir as comorbidades graves, relacionadas à hipertensão arterial e diabetes mellitus. Considerando essas ações como de fundamental importância dentro da economia de saúde, o investimento na atenção primária poderá reduzir os custos dentro da área de saúde, assim como melhorar o prognóstico dos pacientes.

6.2.1 Ação/operação/projeto

Estratificando o risco dentro das visitas domiciliares (Anexos)

6.2.2 Objetivo

Melhorar o prognóstico clínico dos pacientes e amenizar os problemas sociais que deixam o quadro patológico mais vulnerável.

6.2.3 Produtos esperados

Melhor vínculo da equipe com paciente frente às diretrizes terapêuticas.

Melhor atendimento dos pacientes com sequelas da DM e HAS.

6.2.4 Resultados esperados

Pacientes atendidos pela equipe médica em seus domicílios.

Problemas clínicos que possam sair do controle de uma boa orientação médica.

6.2.5 Atores sociais/ responsabilidades

Além da visita realizada pelo médico, dentro da intervenção proposta teremos participação da equipe multidisciplinar do NASF, que é composta por nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga, assistente social, terapeuta ocupacional e educadora física, e também dos agentes comunitários de saúde e da equipe médica.

6.2.6 Recursos necessários

Sistema de prontuário, agenda de papel, canetas, impressora, fichas A, balança de adulto, telefone, pen drive, computador com acesso a internet etc.

6.2.7 Recursos críticos

O presente projeto não necessita de apoio político ou financeiro.

6.2.8 Viabilidade

O projeto é viável e baseia-se na melhora clínica dos pacientes como principal motivo.

6.2.9 Responsáveis

Equipe médica, agentes comunitários e equipe do NASF, serão os principais atores dentro da implantação do projeto.

6.2.10 Gestão, acompanhamento e avaliação.

A intervenção ocorrerá dentro das visitas domiciliares que serão priorizadas dentro da agenda médica na Estratégia Saúde da Família. O projeto será implantado no decorrer do processo laboral, dentro do Programa Mais Médicos para o Brasil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresenta diversas considerações dos princípios doutrinários e organizacionais do SUS que ocupavam um papel secundário dentro da Estratégia de Saúde da Família “Morro da Mina”.

Após a compreensão da necessidade essencial de se ter uma visão holística dos pacientes vitimados pelas vulnerabilidades e comorbidades decorrentes da HAS e DM pode-se perceber uma mudança comportamental na equipe multidisciplinar, já com a definição do problema prioritário que originou este trabalho, uma vez que houve valorização no papel da visita domiciliar dentro das propostas da saúde da família, onde o médico também se torna protagonista da VD que era quase que exclusivamente feita pelos ACS.

Espera-se, portanto, que todos os atores sociais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família “Morro da Mina” criem vínculos e cuidem efetivamente da população adscrita da nossa área de abrangência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A.; BOSI, M. L. Visita domiciliar no âmbito da Estratégia Saúde da Família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n. 5, p. 103-1112, mai, 2009 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 18 de setembro de 2016.

ANDRADE, A. M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde.** Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, Mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/ress/v23n1/2237-9622-ress-23-01-00165.pdf>>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília; 2013. 160p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

CAMPOS, F. C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A.. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

DUNCAN, B. B. *et al.* **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. saúde coletiva.** v. 10, n. 2, p. 357-363, Apr. 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil.** 2015. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000021200503132015051726392193.pdf>>. Acesso em 19 de setembro de 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA) . **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros.** Brasília : IPEA, 77 p. 2015.

OLIVEIRA, N.H.D. **Recomeçar:** família, filhos e desafios [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONSELHEIRO LAFAIETE. **História sobre o município de Conselheiro Lafaiete**. Disponível em: <<http://conselheirolafaiete.mg.gov.br/portal/historia>>. Acesso em 15 de julho de 2016.

PETRINI, J. C. **Pós modernidade e família**: um itinerário de compreensão. Bauru, São Paulo: EDUSC, 2003. 230 p.

SAKATA, K. N. *et al.* Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 60, n. 6, p. 659-664, Dec. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php> Acesso em: 19 de outubro de 2016.

SCHLITTLER, A. C. B.; CERON, M.; GONÇALVES, D. A. **Famílias em situações de vulnerabilidade social**. Especialização em Saúde da Família. Módulo Psicossocial. Universidade de São Paulo, 2013, 69p. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_psicossocial/Unidade_18.pdf>. Acesso em: 23 de abril de 2016.

SOUZA, C. M. B. de. Família na contemporaneidade: mudanças e permanências. **Cad. CRH**, Salvador, v. 21, n. 54, p. 623-625, Dec. 2008.

YAZBEK, M. C.. Pobreza no Brasil contemporâneo e formas de seu enfrentamento. **Serv. Soc. Soc.** n. 110, p. 288-322, June 2012.

ANEXOS

Quadro1- Estratificação de risco para a pessoa com diabetes mellitus

Risco	Critério
Baixo	Pessoa com glicemia de jejum alterada e intolerância à sobrecarga de glicose
Médio	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (HbA1c<7,5) e pressórico adequados Sem internações por complicações agudas nos últimos 12 meses Sem complicações crônicas (micro ou macroangiopatia)
Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 <HbA1c<9) ou pressórico inadequado, com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)
Muito Alto	Pessoa com DM diagnosticado e: Controle metabólico (7,5 <HbA1c< 9) ou pressórico inadequado com internações por complicações agudas nos últimos 12 meses e/ou complicações crônicas (incluindo pé diabético de risco avançado)

Fonte: (BRASIL, 2013).

Quadro 2- Critério e parâmetro de prevalência do DM

Diabetes Mellitus		
Condição	Critério	Prevalência
Controle metabólico bom	Hbglicada < 7% Glicemia de jejum < 130 mg/dl	25% dos diabéticos
Controle metabólico regular	Hbglicada entre 7% e 9% Glicemia de jejum entre 130 e 200 mg/dl	45% dos diabéticos
Controle metabólico ruim	Hbglicada > 9% Glicemia de jejum > 200 mg/d	30% diabéticos

Adaptado de: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais in Estado de Minas Gerais. Estratificação de risco.