

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ANA FLAVIA COELHO RIBEIRO

**MANEJO DE FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NOVO TEMPO, EM FRUTA DE LEITE, MINAS GERAIS**

FRUTA DE LEITE / MINAS GERAIS
2020

AGRADECIMENTOS

Ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, à Universidade Federal de Minas Gerais e às pessoas com quem convivi ao longo desses anos.

A experiência de uma produção compartilhada com amigos nesses espaços foi um experiência inesquecível na minha formação acadêmica.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo elaborar uma proposta de intervenção acerca das doenças crônicas, sua prevenção e controle do tratamento, para evitar as complicações aos pacientes da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde “Novo Tempo”, no município de Fruta de Leite – Minas Gerais. A proposta teve início com o diagnóstico em saúde, em que foi identificado como problema prioritário “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e *diabetes mellitus* “. Para esse problema é apresentada uma revisão bibliográfica, sobre conceitos relativos a “Estratégia Saúde da Família”, “Atenção Primária à Saúde”, “Hipertensão arterial” e “*Diabetes mellitus*”. Aplicando a metodologia do planejamento estratégico situacional, identificam-se três nós críticos, ou problemas intermediários: (1) Hábitos de vida inadequados, com foco no tabagismo, ausência de prática de atividades físicas, alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade. e risco cardiovascular e metabólico aumentado. (2) Má adesão ao tratamento, falta de controle pressórico e glicêmico (3) Dificuldade de compreensão, analfabetismo. Para cada um desses “nós” é apresentado um desenho das operações, ou projeto, componente do plano de intervenção. Os resultados do plano estão voltados para as intervenções que garantem a melhoria no atendimento aos pacientes portadores de hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e, conseqüentemente, conscientizar a comunidade sobre mudanças de atitudes que irão influenciar na melhoria da qualidade e do estilo de vida dos usuários assistidos na Unidade Básica de Saúde. Assim, conclui-se que para isso deve-se orientar a equipe de Saúde da Família para que todos possam desenvolver as atividades profissionais com qualidade e contribuir com a população para conscientizá-la quanto à alimentação, controle de peso, prática de atividades físicas, maior adesão ao tratamento e no processo de educação em saúde.

Palavras-chave: Hipertensão. *Diabetes mellitus*. Doenças crônicas. Doenças cardiovasculares. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to elaborate an intervention proposal about chronic diseases, their prevention and control of treatment, to avoid complications to patients in the area covered by the Family Health Team of the Basic Health Unit "Novo Tempo", in the municipality of Fruta de Leite - Minas Gerais. The proposal began with the health diagnosis, in which it was identified as a priority problem "increased cardiovascular risk due to hypertension and diabetes mellitus". For this problem, a literature review is presented on concepts related to "Family Health Strategy", "Primary Health Care", "Arterial hypertension" and "Diabetes mellitus". Applying the methodology of Situational Strategic Planning, three critical nodes or intermediate problems are identified: (1) Inadequate lifestyle habits, focusing on smoking, lack of physical activity, inadequate diet, overweight and obesity and increased cardiovascular and metabolic risk. (2) Poor adherence to treatment, lack of pressure and glycaemic control (3) Difficulty in understanding and illiteracy. For each of these "nodes" is presented a drawing of the operations, or design, component of the intervention plan. The results of the plan are focused on interventions that ensure improvement in the care of patients with hypertension, *diabetes mellitus* and, consequently, raise awareness among the community about changes in attitudes that will influence the improvement of the quality and lifestyle of assisted persons in the Basic Health Unit. Thus, it is concluded that Family Health team should be guided to develop quality professional activities and contribute to the population to make it aware of food, weight control, physical activity, greater adherence to treatment and to health education process.

Keywords: Hypertension. *Diabetes mellitus*. Chronic diseases. Cardiovascular diseases. Family Health Strategy. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo, município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais	11
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e <i>diabetes mellitus</i> ”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais	22
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais	23
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	<i>Diabetes mellitus</i>
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família na Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	08
1.1 Aspectos gerais do município de Fruta de Leite, Minas Gerais	08
1.2 O sistema municipal de saúde	08
1.3 A Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, seu território e sua população	09
1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	10
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5.1 Estratégia Saúde da Família	15
5.2 Atenção Primária à Saúde	16
5.3 Hipertensão Arterial Sistêmica	16
5.4 <i>Diabetes mellitus</i>	17
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	20
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	20
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	21
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Fruta de Leite, em Minas Gerais

Fruta de Leite é uma cidade com 5.441 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2018), localizada no norte do estado de Minas Gerais (MG) e distante 610 km da capital do Estado. A cidade mantém um estado populacional e desenvolvimento socioeconômico estacionário. A população é predominantemente rural, com alto índice de analfabetismo (IBGE, 2017).

Há pouco investimento do setor privado e no básico de serviços públicos. A maior parte da renda da população vem de empregos informais, agricultura familiar, bolsas de ajuda governamental e aposentadorias. Existem empresas de plantio de eucalipto, que empregam formalmente pequena parte da população.

No município não há festas tradicionais, nem eventos culturais.

A atividade política partidária é fervorosa, predominando entre dois grupos políticos em que os próprios governantes se tornaram adversários

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Na área de saúde, o município é bem assistido no que se refere a atenção primária. Há três equipes de saúde da família, que atendem praticamente 100% da população. A estrutura das unidades é excelente, conta com todos os equipamentos necessários em unidade básica. Há dificuldades, entretanto, no fornecimento de medicamentos da farmácia básica e considerável rotatividade de profissionais, principalmente médicos. Não há atendimento de urgência no município. Não há estrutura nem profissionais para este tipo de atendimento.

O município apresenta três unidades de atenção primária a saúde, com tentativas de funcionamento em redes de atenção à saúde. Nesse aspecto existem pontos de apoio em atenção secundária e terciária em outros três municípios da macrorregião de Fruta de Leite – Minas Gerais. Sendo duas referências para a atenção secundária, que inclui atendimentos da rede de urgência e emergência e atendimentos ambulatoriais com algumas especialidades e realização de exames complementares, realizados respectivamente em Salinas - MG e Taiobeiras - MG.

O município possui apenas atenção primária, sendo todas as referências destinadas para outros municípios. A referência dos pacientes é realizada através de tratamento fora do domicílio, tanto para casos ambulatoriais quanto para casos de urgência e emergência. Os pacientes são orientados e levados pelo transporte do município à referência de destino. Há participações em consórcios municipais para viabilizar alguns atendimentos especializados mais onerosos. A contrarreferência é falha. Não há padrão de relatórios de contrarreferência, nos casos ambulatoriais há um retorno sobre os casos e seguimento. Nos atendimentos de urgência e emergência normalmente não há sequer relatório de alta hospitalar, dificultando o seguimento do paciente.

O modelo de atenção predominante é o de rede de atenção à saúde de condições agudas, com um esforço da equipe para que os atendimentos, em sua maioria, passem a ser de condições crônicas com prevenção de agudizações. Visa o atendimento e melhoria de condições de saúde de uma população adscrita bem determinada, com tentativa de inclusão dos usuários como agentes ativos desse processo. Há articulações diretas com as atenções secundárias e terciárias. Tenta aplicar práticas de promoção e prevenção em saúde, com acompanhamento multiprofissional.

Apresenta como principais problemas de saúde os recursos financeiros limitados, a ausência de serviço de urgência e emergência e a grande dimensão territorial para dar assistência.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Novo Tempo

A Equipe de Saúde da Família (eSF) da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo é completa. Conta com uma recepcionista, uma auxiliar de enfermagem na triagem dos pacientes, uma outra auxiliar de enfermagem para realização de curativos domiciliares ou medicações na unidade, uma enfermeira, uma médica, duas pessoas para limpeza da unidade e sete agentes comunitários de saúde (ACS) Além da equipe de saúde bucal, também completa. Há o apoio da equipe do Núcleo Ampliado de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

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

Os problemas de saúde identificados como mais prevalentes são: hipertensão arterial sistêmica (HAS) descontrolada, *diabetes mellitus* (DM), cardiopatias (doença de

Chagas), tabagismo, alcoolismo, sedentarismo, obesidade e dificuldade de acesso ao serviço. Além de problemas estruturais, como analfabetismo, pobreza e falta de saneamento básico.

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

A partir de discussão com a equipe da unidade de saúde e com os dados epidemiológicos levantados, chegou-se à conclusão que os problemas mais prevalentes e passíveis de intervenção estão associados a risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e *diabetes mellitus*, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, sedentarismo e obesidade, alcoolismo e tabagismo e saneamento básico precário. Logo se conclui que o foco das medidas da equipe de saúde da família são para melhorar esses parâmetros, levando a uma diminuição do risco cardiovascular dos pacientes gerando, conseqüentemente, uma diminuição da morbimortalidade.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo, município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais

Principais problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção ****
Risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e <i>diabetes mellitus</i> .	Alta	10	Parcial	1
Dificuldade de acesso ao serviço de saúde	Alta	6	Fora	2
Sedentarismo e obesidade	Média	6	Parcial	3
Alcoolismo e tabagismo	Média	5	Parcial	4
Saneamento básico precário	Média	3	Parcial	5

Fonte: Próprio autor (2020)

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

JUSTIFICATIVA

As doenças cardiovasculares configuram como a principal causa de morte em todo o mundo e estão relacionadas a vários fatores de risco passíveis de controle. (IGLESIAS et al., 2010).

São consideradas grande problema de saúde pública pois estão relacionadas a alto grau de complicações e morbidades com limitação da produtividade do indivíduo. Geram alto custo para o sistema público de saúde, devido maior número de internações hospitalares, gastos com polifarmácia, procedimentos invasivos e seguimento terapêutico.

A UBS Novo Tempo apresenta grande prevalência de doenças cardiovasculares, sendo a principal causa de morte da unidade. Dessa forma faz-se necessários abordar os fatores de risco passíveis correção, para que seja mais efetivo o controle das doenças cardiovasculares e suas complicações.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência e prevalência das doenças cardiovasculares e suas complicações, a médio e longo prazo, na Unidade de Saúde Novo Tempo no município de Fruta de Leite – MG, a partir da abordagem dos seus fatores de risco e adesão ao tratamento.

3.2 Objetivos específicos

Propor ações de intervenção sobre risco cardiovascular, especialmente por hipertensão arterial e *diabetes mellitus*.

Propor maiores facilidades para o acesso ao serviço de saúde e adesão ao tratamento

Implementar ações de melhoramento do saneamento básico precário

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção a ser realizado pela Equipe de Saúde da Família com a população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo, em Fruta de Leite - MG, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional (PES) - (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Para elaboração do projeto foi realizada análise nos dados da própria unidade, com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, com levantamento epidemiológico situacional.

Além disso foram consultados os dados disponíveis nas plataformas E-SUS, na Biblioteca Virtual em Saúde, no Google Acadêmico e em dados do Ministério da Saúde, com os descritores: atenção primária, unidade básica de saúde, doença cardiovascular e fatores de risco.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o conceito que visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A ESF deve ser a principal porta de entrada da população adscrita, e cabem as equipes se organizar para o efetivo atendimento a demanda espontânea e fazer valer o dispositivo do acolhimento, ampliando o acesso e viabilizando a atenção integral e multidisciplinar (MINAS GERAIS, 2008)

Na saúde pública brasileira, promoção de saúde e prevenção de doenças foram, por muitos anos, desconsideradas em sua importância. Segundo Souza e Abrahão (2010), na década de 70 prevalecia o modelo tecnicista hospitalocêntrico, um complexo médico-industrial, financiado com dinheiro público, através do Ministério da Previdência e Assistência Social. Que serviu à expansão da rede hospitalar privada, e das indústrias de equipamentos e medicamentos; sendo, assim, o hospital era o centro do processo de trabalho, com as doenças caracterizadas como um fenômeno estritamente biológico.

Esta revisão teve base em artigos que correlacionam a importância da ESF tendo uma nova maneira de analisar a população, comparando suas ideias e aplicando suas práticas ao longo do projeto de intervenção. Por esta razão, para que se exerça uma nova prática, são necessárias ações voltadas ao redirecionamento da participação dos profissionais de saúde, com vistas à construção da equipe de saúde como a verdadeira unidade produtora desses serviços.

5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS) ou atenção básica à saúde (ABS) é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

Dentre as principais ações nos programas da Atenção Primária a serem executadas pela Estratégia Saúde da Família está o controle de hipertensão e diabetes, diagnóstico de caso e cadastramento dos portadores; Busca ativa dos casos com medição de pressão arterial e/ou dosagem dos níveis de glicose; Tratamento dos casos com fornecimento de medicação e acompanhamento do paciente fazendo o diagnóstico precoce de complicações (FIGUEIREDO, 2010).

No Brasil, observam-se recentes iniciativas governamentais em prol da implantação de propostas de avaliação da qualidade na Atenção Básica de Saúde. Este campo até então pouco explorado constitui-se uma prioridade no atual processo de fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, após uma década de expansão e consolidação deste (CAMPOS, 2005).

Em geral a APS é definida como um conjunto de valores, um conjunto de princípios e como um conjunto indissociável de elementos estruturantes que são atributos do sistema de serviços de saúde como: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade, coordenação, orientação familiar e comunitária e competência cultural (OLIVEIRA, 2013).

5.3 Hipertensão arterial

É caracterizada por pressão arterial sistêmica persistentemente alta, com base em várias medições. A hipertensão (hipertensão arterial sistêmica) é atualmente definida como sendo a pressão sistólica repetidamente maior que 140 mmHg ou a pressão diastólica de 90 mm Hg ou superior (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016).

A HAS é um importante problema de saúde pública, sendo a principal causa de mortalidade no Brasil e em todo o mundo. É motivo frequente de procura por atendimento médico, sendo fator causal de grande demanda por consultas na atenção primária. Temos

como fatores de risco para HAS o sexo masculino, idade, tabagismo, resistência à insulina, obesidade e outros. Muitos resistem em praticar atividade física e muitas vezes essa resistência é provocada pelo desconhecimento sobre sua importância e benefício para o processo de envelhecimento. A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença crônica, diagnosticada pela detecção de níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) pela medida casual. Para a definição diagnóstica de HAS consideram-se os valores de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou de PA diastólica ≥ 90 mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.(SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010)

Após a confirmação diagnóstica, a suspeição e a identificação de causa secundária, é necessária a avaliação do risco cardiovascular. As lesões de órgão-alvo e doenças associadas também devem ser investigadas. Como parte dessa avaliação temos a medição da PA no consultório e/ou fora dele, utilizando-se técnica adequada e equipamentos validados, anamnese, exame físico e investigação clínica e laboratorial.

5.4 Diabetes mellitus

O termo “*diabetes mellitus*” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, por defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013).

A partir de uma importante discussão internacional, no final do século XX e início do século XXI, sobre modelos de atenção à saúde que considerassem as necessidades das pessoas em condição crônica, foram criados novos modelos de atenção, como o *Chronic Care Model*, desenvolvido nos Estados Unidos e que vem sendo amplamente utilizado em vários países do mundo, com relatos de experiências exitosas.

É estimado que o Brasil passe da oitava posição, com prevalência de 4,6%, em 2000, para sexta posição, 11,3%, em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Sob o ponto de vista de saúde pública, o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas como o DM2 é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo. As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM

são devastadoras, sendo a doença responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008). A expectativa é reduzida em média em cinco a sete anos em pacientes com DM2.

Contudo, o DM2 preenche critérios bem estabelecidos para condições nas quais a detecção precoce é apropriada: é uma doença comum, com prevalência crescente, impõe grande carga aos serviços de saúde, é de fácil diagnóstico, e medidas efetivas para prevenção de suas complicações podem ser tomadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O tratamento do DM2 possui regras complexas muitas vezes difíceis de serem seguidas, porém, verifica-se na literatura que quando o paciente possui conhecimento substancial sobre a doença e de todos os aspectos que a envolvem, a probabilidade de aderir às recomendações do tratamento aumenta (PACE et al., 2006; CHITTLEBOROUGH et al., 2002).

Em conjunto com a profilaxia das doenças cardiovasculares, algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e diabetes mellitus”, para o qual se registra uma descrição do problema, e a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017). Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós críticos”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Os problemas cardiovasculares configuram o maior problema com possibilidade de enfrentamento pela equipe de saúde. É a principal causa de óbito e internação hospitalar da unidade. São quase 300 pacientes hipertensos, sendo boa parte destes, cerca de 20%, portadores de Doença de Chagas. Incluem neste grupo pacientes tabagistas e diabéticos, todos com muita dificuldade de manutenção do tratamento devido ao analfabetismo, idade avançada, dificuldade de seguimento do tratamento e limitação da compreensão das orientações.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Para prosseguir, é necessário entender a origem do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Geralmente, as causas de um problema são geradoras de outro problema ou outros problemas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O problema surge a partir da falta de entendimento da patologia que possui (do que causa o problema e de como se melhora). Entendimento dos riscos que alguns hábitos diários podem acarretar. Desinteresse dos próprios pacientes em seguir com terapêutica “porque tem que tomar muitos comprimidos no dia”. A cultura local, que se acostumou a ter doença de Chagas, a ter pressão alta e a achar normal o sobrepeso e o tabagismo. A pobreza como apoio para os problemas não resolvidos e a alta taxa de analfabetismo.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Considerando-se “nó crítico” como problema intermediário que, resolvido, minimizam ou resolvem o problema prioritário “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e diabetes mellitus”, foram selecionados os seguintes que orientaram, no desenho das operações, as ações a serem implementadas. São os seguintes:

1. Dificuldade de compreensão por parte da comunidade sobre as consequências da HAS e DM.
2. Difícil adesão aos tratamentos propostos em consulta.
3. Área com saneamento básico precário.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Os quadros 2, 3 e 4 mostram as operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionados ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e *diabetes mellitus*”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos de vida inadequados, com foco no tabagismo, falta de controle pressórico e risco cardiovascular aumentado, ausência de prática de atividades físicas, alimentação inadequada, sobrepeso e obesidade e risco cardiovascular e metabólico aumentado
Operações	Prevenir e promover a saúde. Gerar conscientização e mudanças nos hábitos de vida
Projeto	Viver bem
Resultados esperados	Diminuição na incidência e prevalência de doenças cardiovasculares no território de abrangência, a médio e longo prazo
Produtos esperados	Programa de reeducação alimentar; campanha educativa em grupos de tabagismo, grupo de orientação de atividades físicas domiciliares
Recursos necessários	Estrutural: local para as reuniões Cognitivo: preparação teórica quanto aos temas dos grupos propostos e estratégias de comunicação Financeiro: recursos audiovisuais, medicações para auxílio no controle do tabagismo, e material para realização de dinâmicas Político: local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para os grupos Cognitivo: interesse e proação entre os membros da equipe de saúde Político: transporte dos pacientes até o local das reuniões e grupos. Financeiro: confecção de panfletos, material para confecções de dinâmicas em grupo
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não necessárias
Prazo	Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Unidade Novo Tempo e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e *diabetes mellitus*”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Dificuldade no acesso ao serviço e má adesão ao tratamento, especialmente para o controle pressórico e glicêmico.
Operação	A partir da compreensão dos danos, conscientizar a comunidade para maior adesão ao tratamento
Projeto	Quem ama, cuida
Resultados esperados	Melhor controle pressórico, melhoria na dieta e no hábito do tabagismo, com consequente melhoria na qualidade de vida
Produtos esperados	Grupos operativos; dinâmicas em grupo. Pequenas explicações na sala de espera
Recursos necessários	Estrutural: local para as reuniões Cognitivo aperfeiçoar a maneira de expor os problemas e soluções para a população alvo, tendo em vista o alto grau de analfabetismo Financeiro: recursos audiovisuais e material para realização de dinâmicas Político: Organizar local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para os grupos Cognitivo: interesse e pró atividade entre os membros da equipe de saúde Político: Conseguir local e transporte dos pacientes para as reuniões em grupo Financeiro: recursos audiovisuais para as reuniões e para divulgação, recurso para confecção de material para dinâmicas.
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não necessária
Prazo	Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada
Responsáveis) pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Unidade Novo Tempo e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “risco cardiovascular aumentado por hipertensão arterial e *diabetes mellitus*”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Novo Tempo, do município de Fruta de Leite, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Dificuldade de compreensão, analfabetismo e falta de ações de melhoramento do saneamento básico
Operações	Gerar curiosidade na população alvo, para que leve a maior interesse em compreender a necessidade de melhoria do estilo de vida
Projeto	Mais saber
Resultados esperados	Aumento do conhecimento dos usuários no território de abrangência. Melhor adesão aos tratamentos
Produtos esperados	Grupos operativos
Recursos necessários	Estrutural: local para as reuniões. Cognitivo: desenvolvimento de estratégias de comunicação e compreensão pelos pacientes Financeiro: recursos audiovisuais e material para realização de dinâmicas Político: Organizar local para as reuniões e palestras, transporte dos pacientes para os grupos
Recursos críticos	Estrutural: local adequado para os grupos Cognitivo: interesse e proatividade entre os membros da equipe de saúde Político: Conseguir local e transporte dos pacientes para as reuniões em grupo Financeiro: recursos audiovisuais para as reuniões e para divulgação, recurso para confecção de material para dinâmicas
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Despertar interesse na população
Prazo	Início em 40 dias após apresentação do projeto para a equipe e duração indeterminada
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	Equipe de Saúde da Família Unidade Novo Tempo e NASF-AB
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Equipe da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de morte no Brasil e no mundo, sendo responsáveis por altos custos hospitalares. Alguns desafios permanecem no enfrentamento dessas doenças em relação à integração das políticas públicas aos serviços de saúde.

A atenção básica é fundamental no elo entre as políticas de saúde, a comunidade e a Estratégia Saúde da Família, como estrutura para consolidar a promoção à saúde. Partindo do pressuposto de que a Estratégia Saúde da Família é fundamental na promoção da saúde foi proposto um plano de intervenção para promover a redução das complicações e mortes devido às doenças cardiovasculares. Incluem-se atividades informativas e educativas, visto que boa parte dos pacientes com hipertensão e diabetes, ou com ambas as doenças, não conhecem os cuidados necessários para a prevenção e o controle das patologias.

Também, por levantamento realizado na etapa de planejamento verificou-se a necessidade de informar à população saudável, e que são portadoras das doenças citadas, sobre a prevenção e seu controle. Considera-se que a informação é o primeiro passo tanto para a prevenção quanto para o controle da hipertensão arterial sistólica (HAS) e do diabetes mellitus (DM) tipo 2, uma vez que hábitos saudáveis como a manutenção de peso, a prática de atividades físicas e o não tabagismo são fatores diferenciais para o controle de muitas patologias, que a maioria da população desconhece. A informação pode ser o diferencial para a população.

A Estratégia Saúde da Família é entendida como uma proposta importante no enfrentamento dos problemas sociais brasileiros, mas, somente com a implantação de um novo processo de trabalho que a favoreça, ela conseguirá induzir efetivamente nas políticas de saúde pública.

Assim, pode-se concluir, que para reorganizar o trabalho da Unidade Básica de Saúde Novo Tempo, de Fruta de Leite / Minas Gerais, é necessário melhorar a qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos e Enfermeiros para o exercício correto da função, o que constitui parte imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe. Também; potencializar o processo de comunicação da equipe e, com isso, ter na agenda de trabalho momentos que promovam um ambiente mais propício para um trabalho coletivo, integrado, em que o diálogo possa estar mais presente. E planejar o trabalho não apenas para atender a demanda espontânea, mas para que a comunidade possa ser acolhida, para

entender, colaborar e fortalecer o vínculo de confiança com a equipe por meio de uma assistência humanizada.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde**. Brasília, [online], 2016a. (BRASIL. Ministério da Saúde. Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Brasília, [online] 2020a. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.html>. Acesso em: 20 maio 2020.

CAMPOS, C, E, A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, p. 63-69, Dez 2005. Suplemento 1. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292005000500007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 de maio 2020.

CHITTLEBOROUGH, C. *et al.* A. **Education and information issues among people with diabetes**. Diabetes Clearing House, Centre for Population Studies in Epidemiology, South Australian Department of Human Services, 2002. Disponível em: <http://www.heath.sa.gov.au/pros/portals/0/diabetes-edu-info02.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 20 maio 2020.

DALL, T.; *et al.* Economic cost of diabetes in the U.S. **American Diabetes Association, Diabetes Care**, V.31, p. 596-615, 2008. Disponível em: <https://care.diabetesjournals.org/content/41/5/917>. Acesso em: 21 maio 2020

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 20 maio 2020

FARIA H.P. *et al.* **Modelo assistencial e processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 20 maio 2020.

FIGUEIREDO E. N. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor; 2010. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf. Acesso em: 21 maio 2020.

FREI A. *et al.* Implementation of the chronic care model in small medical practices improves cardiovascular risk but not glycemic control. **Diabetes Care**. 2014;37(4):1039-47 [journals.org/content/37/4/1039.long](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24513589/). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24513589/>. Acesso em: 20 maio 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. Minas gerais. Fruta de Leite. Brasília, [online], 2020b. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/fruta-de-leite/panorama>. Acesso em: 20 maio 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria Municipal de Saúde de Minas Gerais. Escola da Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Assessoria de comunicação. **Avanço e desafios na organização da atenção básica à saúde em Belo Horizonte**. 2008, 432 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 23 maio. 2020.

OLIVEIRA, M. A. C. ; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/edicoes-2013/is-n-04/560-atencao-primaria-a-saude>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/mis-9484>. Acesso em: 10 set. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 19 de maio 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / Sociedade Brasileira de Hipertensão /SBC, 2016. 7ª. Diretriz Brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**. Volume 107, Nº 3, Suplemento 3, 2016. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf>. Acesso em 7 de maio 2020.

SOUZA, R.F.; ABRAHÃO, A.L. Reflexão sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde Família (ESF). **Revista Labor**, n.2, vol.1, ano 2010. Disponível em: www.revistalabor.ufc.br/Artigo/volume3/reflexao_processo_trabalho.pdf. Acesso em: 18 maio 2020.