

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANNIEL PILOTO RELLOSO**

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO  
ACOMPANHAMENTO PELA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES MELITTUS**

**UBERABA - MINAS GERAIS**

**2015**

ANNIEL PILOTO RELLOSO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO  
ACOMPANHAMENTO PELA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES MELITTUS**

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

Orientadora: Ms. Fernanda Carolina Camargo

UBERABA- MINAS GERAIS

2016

ANNIEL PILOTO RELLOSO

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DO  
ACOMPANHAMENTO PELA SAÚDE DA FAMÍLIA AOS  
PORTADORES DE HIPERTENSÃO E DIABETES MELITTUS**

**Banca examinadora:**

Ms. Fernanda Carolina Camargo CEABSF/UFTM ..... Orientadora

Examinador 2 –

Aprovado em Uberaba/MG, em        de        de 2015.

## DEDICATÓRIA

A meus pais por todo amor e carinho além do apoio e incentivo durante toda a vida, a minha esposa que me acompanha e é importante durante todo o percurso, dedico este trabalho a vocês que são as verdadeiras razões de minha vida e são a inspiração para sempre crescer e exercer a medicina.

## **AGRADECIMENTOS**

O Deus por me proporcionar grande oportunidade do conhecimento.

A minha família e a minha esposa pela compreensão aos momentos de ausência dedicados ao estudo.

A Professora Fernanda Carolina pelas orientações e seu enorme conhecimento científico e humano.

Ao meu orientador pelo auxílio e dedicação.

Aos meus colegas de turma com os quais compartilhamos nossas dificuldades e nossos saberes.

A equipe do PSF Primavera pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

**“A arte da medicina consiste em entreter o paciente enquanto a natureza cura a doença”.**

(Voltaire)

## RESUMO

Principal problema identificado para a condução do trabalho de uma equipe de Saúde da Família no município de Prata/Minas Gerais foi o acompanhamento irregular das pessoas portadoras de Hipertensão e Diabetes cadastradas nesta área de abrangência. Tendo em vista as relevantes complicações causadas pela adesão inadequada ao regime terapêutico referente a esses agravos, como elevação de morbimortalidade na população, o presente estudo objetivou apresentar uma proposta de intervenção para o enfrentamento mais efetivo desta demanda. O delineamento da proposta pauta-se no arcabouço metodológico do Planejamento Estratégico Situacional, um processo participativo de construção coletiva que considera a problematização da realidade por uma análise situacional. A ausência de uma programação assistencial para trabalhar diretamente Hipertensão e Diabetes, a falta de conhecimento das pessoas cadastradas sobre os riscos e agravos da Hipertensão e a Diabetes e seus hábitos e estilos de vida inadequados foram considerados pela equipe de saúde como os fatores explicativos desta realidade. De forma geral, para elaboração do projeto de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

**Descritores:** Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família. Saúde de grupos específicos.

## **ABSTRACT**

Main problem identified to conduct the work of a Family Health Team in Prata/ Minas Gerais was the irregular monitoring of people with hypertension and diabetes enrolled in this coverage area. In view of the significant complications caused by poor adherence to treatment regimen related to these diseases, as mortality and morbidity rise in population, this study aimed to present a proposal for intervention for the most effective face this demand. The design proposal is guided in the methodological framework of Situational Strategic Planning, a participatory process of collective construction that considers the questioning of the reality of a situation analysis. The absence of an assistance program to work directly Hypertension and Diabetes, lack of knowledge of people registered on the risks and hazards of hypertension and diabetes and their habits and lifestyles inadequate been considered by the health team as explanatory factors of this reality . Generally, to prepare the intervention project allowed the team to formulate proposals based on evidence and most likely to be resolving.

**Descriptors:** Hypertension. Diabetes Mellitus. Family Health Strategy. Health of Specific Groups



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
<b>DCV</b>	Doenças Cardiovasculares.
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus.
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família.
<b>eSF</b>	Equipe de Saúde da Família.
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica.
<b>HIPERDIA</b>	Programa de cadastro e acompanhamento de hipertensos e Diabéticos.
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
<b>PA</b>	Pressão Arterial.
<b>PIB</b>	Produto Interno Bruto.
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família.
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

**Quadro 1.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 1” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

..... 26

**Quadro 2.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 2” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

..... 27

**Quadro 3.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 3” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

..... 28

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	12
2 JUSTIFICATIVA .....	15
3 OBJETIVO .....	16
4 METODOLOGIA .....	18
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica .....	19
5.2 Diabetes .....	21
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	23
6.1 Descrição do Problema .....	23
6.2 Explicação do Problema .....	24
6.3 Seleção dos “nós críticos” .....	24
6.4 Definição de Operações e Gestão do Projeto .....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	28
REFERÊNCIAS. ....	29

## 1 INTRODUÇÃO

Prata é um município brasileiro localizado no Estado de Minas Gerais. Com uma população de aproximadamente 27.109 habitantes com uma densidade demográfica de 5,59 hab./km<sup>2</sup> segundo estimativas do IBGE, detém o maior rebanho bovino do Estado e a segunda maior produção de leite do Triângulo Mineiro. Prata é conhecida nacionalmente como a "Capital do Leite" (IBGE, 2015).

As origens da fundação do Município de Prata prendem-se às primeiras entradas de bandeirantes e aventureiros na região do Sertão da Farinha Podre, hoje denominada Triângulo Mineiro, no Estado de Minas Gerais, com o objetivo de encontrar terras propícias a agricultura e criação de gado. Localiza-se na zona central do Triângulo Mineiro, fazendo parte da microrregião do Pontal do Triângulo Mineiro. Foi criado pela Lei Provincial nº 668, de 27 de Abril de 1854, tendo se emancipado politicamente e tornando-se uma cidade em 15 de Novembro de 1873 (IBGE, 2015).

O município possui uma grande extensão territorial, sendo o maior município do Triângulo Mineiro, com uma área de 4.847 Km<sup>2</sup>. A taxa de urbanização é de um 72,44% promovido por os movimentos migratórios do campo para a cidade e a dinamização econômica, a melhora da infraestrutura urbana, aliada à mecanização do campo, contribuiu para que a cidade se desenvolvesse e tivesse condições de receber a população que saiu, com um Produto Interno Bruto (PIB) per capita de R\$22.954,67 (IBGE, 2015).

O abastecimento de água é distribuído pela rede pública, 99,2% possuem poço ou nascente em suas residências e 0,7% adquirem água por outros meios. Quanto ao destino dado às fezes e urina, 99,3% da população fazem uso do sistema de esgoto e 0,6% destinam seus dejetos à fossa e 0,1% deixam os mesmos a céu aberto. O destino dado ao lixo: 99,5% das famílias é a coleta pública, seguida por 0,5% que queimam ou enterra o lixo produzido em sua residência (IBGE, 2015).

Os serviços de saúde são bastante utilizados e de grande importância para a população do município. A infraestrutura da saúde na cidade melhorou muito nos últimos anos, porém, está longe de ser a ideal para atender as necessidades da população do município. Os pacientes que não podem ser tratados na cidade devido à falta de equipamentos são levados para Uberlândia, que é o centro de referência de saúde na região (SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

No passado a infraestrutura na área da saúde era precária, onde a cidade contava com apenas um hospital da rede privada e três postos de saúde que não ofereciam tratamento especializado. Nessa época o hospital municipal ainda estava em fase de construção. Atualmente a cidade conta com dezesseis estabelecimentos de saúde, sendo que dez são estabelecimentos públicos e seis estabelecimentos privados. Com a construção do hospital municipal (PAM - Pronto Atendimento Municipal) o número de hospitais passou para dois. Apenas o hospital particular conta com serviços de internação, tendo disponível 41 leitos, sendo que 28 deles são disponíveis ao SUS. Foi construído o Centro Odontológico Municipal, onde a população conta com serviços odontológicos diversos (CNES, 2015).

A cidade possui poucos equipamentos de saúde e falta profissional em determinadas áreas, obrigando a população a buscar atendimento em cidades vizinhas, principalmente em Uberlândia. Para compensar esse problema o poder público disponibiliza à população o transporte dos mesmos para realizar consultas ou tratamentos nas cidades vizinhas sem nenhum custo para os pacientes. Os carros e ambulâncias transportam pacientes para as cidades de Uberlândia, para o Hospital do Câncer em Barretos e para fazerem consultas especializadas em Uberaba, Brasília e São Paulo.

Na atenção básica de saúde o município conta com sete ESF com suas respectivas equipes de saúde da família que atendem a um total de 6587 famílias com uma população de 23054 pessoas representando que 89.34% da população do município é atendida por SUS (SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

A ESF Primavera localiza-se na zona urbana, atendendo o bairro Primavera e Morada do Sol, que eram áreas adquiridas pela administração municipal e feita doação de seus lotes para as famílias de baixa renda do município. A visualização do bairro Primavera e da Rua Coronel Emídio Marques. Teve um crescimento acentuado na última década com abertura de novos loteamentos e a população originada do êxodo rural. Ainda existem no bairro algumas ruas sem pavimentação, o que gera reclamações por parte dos moradores. As comemorações são basicamente religiosas.

A unidade possui uma população de 1379 habitantes divididas em 354 famílias. É constituído por uma população mais jovem, tendo em sua grande maioria estudantes e trabalhadores. A população idosa é pequena, 217 habitantes acima de 65 anos. Possui a maior parte dos moradores de baixa renda, tendo alguma sem nenhuma fonte fixa de renda sendo amplamente apoiado por programas governamentais (SIAB, 2015).

A equipe de saúde conta com um quadro com os seguintes profissionais: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e seis Agentes Comunitária de Saúde (CNES, 2015).

Nesta perspectiva, a ESF possui papel fundamental no desenvolvimento das ações de prevenção e controle de agravos. Para tanto, cabe-lhe sistematizar a assistência e organizar o atendimento, de modo a que o usuário hipertenso e/ou diabético tenha acesso a todos os serviços, que abrangem: consultas médicas e de enfermagem, exames complementares, recebimento de medicamentos anti-hipertensivos e/ou hipoglicemiantes, mensuração de peso, altura, circunferência abdominal, pressão arterial e glicemia capilar, além do atendimento odontológico e encaminhamento a outras especialidades, visando prevenir ou conter lesões em órgãos-alvo (FARIA *et.al.*, 2009; BRASIL, 2012).

Neste contexto, as ESF precisam planejar a sua atuação para o enfrentamento dos problemas de saúde que emergem de sua área de abrangência, considerando

intervenções que abordem a integralidade na assistência. Objetiva-se apresentar processo de planejamento de ações em uma eSF do município Prata/MG.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O Sistema Único de Saúde (SUS), em seu artigo 196 coloca a saúde como direito de todos e dever do estado. Apesar da criação da Política de Atenção integral a Saúde do pascentes com doenças crônicas e sistema HIPERDIA pelo Ministério da Saúde e o empenho do Estado na efetivação do Programa de Saúde da Família, ainda se percebe a baixa adesão dos pascentes com HAS e DM nas atividades de atenção básica nas UBS (MINAS GERAIS, 2013).

A ESF Primavera conta com uma população de 1379 usuários e de eles só tem cadastrado 201 pascentes com HAS e 38 DM estimasse que tem um número maior que ainda não tem diagnóstico da doença e de os que tem cadastrado a maioria não tem um acompanhamento e avaliação adequada como se descreve ala encima, o que está levando a um número elevado de incidência das complicações de estas doenças (SIAB, 2015).

Portanto, este estudo se justifica na possibilidade de intervir e detectar possíveis obstáculos na busca por assistência de saúde, dando voz de opinião aos atores sociais envolvidos, com intuito de entender as dimensões culturais e sociais envolvidos no processo de evasão ao acompanhamento e tratamento, frente aos serviços públicos de saúde. O conhecimento de tais obstáculos é de grande importância para formulação de ações de saúde pela equipe multidisciplinar do PSF Primavera, de modo a formular estratégias que possam atrair a população em questão, levando em conta suas particularidades vivenciais e assim favorecer uma assistência mais efetiva em ambos os aspectos.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do acompanhamento as pessoas portadoras de HAS e DM cadastradas na e SF Primavera, Prata/MG.



## 4 METODOLOGIA

Para elaboração de um projeto de intervenção para o acompanhamento regular de pacientes portadores de HAS e DM, inscritos no eSF Primavera do município Prata, Minas Gerais foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Primeiramente, foi realizado um diagnóstico situacional, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010), no período de março a maio do 2015, com a colaboração da equipe de saúde do Primavera. Este diagnóstico foi baseado no método de estimativa rápida, sendo este, um método que constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e recursos dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo.

Na segunda etapa, foi realizada revisão de literatura atual sobre o tema. O levantamento da produção científica ocorreu de forma livre, em especial quanto ao período da publicação. As seleções das produções científicas como pertinentes ao desenvolvimento do presente estudo ocorreram conforme crivo do autor, após leitura dos textos. As buscas se deram na Biblioteca Virtual em Saúde - Bireme, utilizando cruzamento de descritores *Estratégia Saúde da Família; Hipertensão; Diabetes Mellitus*.

Consultou-se a Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva – NESCON para análise dos Trabalhos de Conclusão de Curso e dos módulos do Curso de Especialização em Atenção Básica e Saúde da Família - CEABSF, referentes ao tema. Também foram interpretadas as diretrizes ministeriais da Política Nacional de Atenção Básica – PNAB, que orientam a construção de uma prática inovadora para efetivação do SUS.

E, finaliza-se pelo desenvolvimento do plano de intervenção, primeiramente foi feita a definição do problema através do diagnóstico situacional. Conhecido o problema e suas principais causas foi elaborado o plano de ação, onde foram descritos a operação/projeto, os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

A HAS tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerado um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública. A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da PA a partir de 115/75 mmHg de forma linear, contínua e independente, em 2007 cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos. Em Brasil, as DCV têm sido a principal causa de morte, em 2007 ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório e foram registradas 1.157.509 internações por DCV no SUS. Em relação aos custos, em novembro de 2009, houve 91.970 internações por DCV, resultando em um custo de R\$165.461.644,33 (MINAS GERAIS, 2013; SALA DE SITUAÇÃO DE SAÚDE, 2015).

A doença renal terminal, outra condição frequente na HAS, ocasionou a inclusão de 94.282 indivíduos em programa de diálise no SUS, registrando-se 9.486 óbitos em 2007. A prevalência da hipertensão arterial sistêmica Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30%<sup>6,7</sup>. Considerando-se valores de PA  $\geq$  140/90 mmHg, 22 estudos encontraram prevalências entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%), com mais de 50% entre 60 e 69 anos e 75% acima de 70 anos <sup>6,7</sup>. Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países. Revisão sistemática quantitativa de 2003 a 2008, de 44 estudos em 35 países, revelou uma prevalência global de 37,8% em homens e 32,1% em mulheres (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2010).

### 5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma das mais graves doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), presente em praticamente todos os estratos sócio econômicos no mundo (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

A hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública e uma das doenças crônicas responsáveis por expressivas taxas de internação, custos elevados com a morbimortalidade associada à doença e comprometimento da qualidade de vida para os portadores. A hipertensão arterial é quando a pressão que o sangue faz na parede das artérias para se movimentar é muito forte, resultando em um valor igual ou maior que 140/90 mmHg (MINAS GERAIS 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO, 2010).

Existem dois tipos de hipertensão arterial: a primária, que se caracteriza por não haver uma causa conhecida, e a secundária, na qual é possível identificar uma causa para a hipertensão, por exemplo, tumores (feocromocitoma), problemas renais, problemas na artéria aorta e algumas doenças endócrinas. Estima-se que 95% das pessoas tenham a forma primária e apenas 5%, a forma secundária (MINAS GERAIS 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

O tratamento para o controle da hipertensão arterial inclui, além da utilização de medicamentos, a modificação de hábitos de vida. Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que

profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada (VI DIRETRIZES BRASILEIRA DE HERTENSÃO. 2010).

## **5.2 Diabetes**

A diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso (MINAS GERAIS 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%; 3 dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto-SP. O estudo multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes. No Brasil, um estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência de DM, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993,

para 34,9%, em 2000, evidenciando o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com provável suscetibilidade genética. É difícil conhecer a incidência de DM tipo 2 (DM2) em grandes populações, pois envolve seguimento durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia. Os estudos de incidência são geralmente restritos ao DM tipo 1 (DM1), pois suas manifestações iniciais tendem a ser bem características. A incidência de DM1 mostra acentuada variação geográfica, apresentando taxas por 100 mil indivíduos com menos de 15 anos de idade: 38,4 na Finlândia, 7,6 no Brasil e 0,5 na Coreia por exemplo (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Dados brasileiros de 2010 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 213,4 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 427 vezes.<sup>11</sup> Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM, entre as principais, figura entre a quarta e a oitava posição. Estudos brasileiros sobre mortalidade por DM, analisando as causas múltiplas de morte, ou seja, quando se menciona DM na declaração de óbito, mostram que a taxa de mortalidade por essa enfermidade aumenta até 6,4 vezes. Os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível. Estimativas do custo direto para o Brasil oscilam em torno de 3,9 bilhões de dólares americanos, em comparação com 0,8 bilhão para a Argentina e 2 bilhões para o México. Estimativas recentes dos custos do tratamento ambulatorial dos pacientes com diabetes pelo Sistema Único de Saúde brasileiro são da ordem de US\$ 2.108,00 por paciente, dos quais US\$ 1.335,00 são relativos a custos diretos (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

A realização deste plano de intervenção foi baseada nos passos do Planejamento Estratégico Situacional conforme orientações do Módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O primeiro passo do plano de intervenção foi definir os problemas da comunidade de atuação. Essa definição aconteceu a partir do diagnóstico situacional e com base nesse diagnóstico, a “baixa adesão ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos” apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes em minha área de abrangência. Diante disso, foi priorizado como o problema a ser enfrentado através do plano de ação.

### **6.1 Descrição do Problema**

Nesta comunidade o problema principal identificado foi a alta prevalência de pacientes com HAS e DM, pois aproximadamente, 19,4% das 1034 pessoas maiores de 15 anos cadastradas pela equipe de saúde do PSF Primavera são diagnosticadas com HAS e 2,75% do total de habitantes cadastrado pela equipe de saúde tem DM, esta prevalência é mais alta que a do município que tem 13,5% de HAS e DM com 2,4%, e também maior que a média nacional que é de 9,53% de HAS e 2.28% com DM. E a pesar de alto índice de prevalência na comunidade de ambas as doenças, não há busca ativa de novos casos, sem grupos operacionais e muito menos acolhimento, as pessoas portadoras de HAS e DM encontram-se sem classificação de risco e controle adequado dos objetivos terapêuticos.

Conhecido o problema a ser trabalhado, este é descrito para se ter ideia de sua dimensão e de como se relaciona com a realidade, para isso a identificação da composição da população por gênero e faixa etária, as principais ocupações dos moradores e as principais morbidades apresentadas nesta população permitiram direcionar as principais ações em saúde.

## **6.2 Explicação do Problema**

A maior proporção de pacientes com diagnóstico confirmado e que demandam maior assistência da equipe de saúde foram os hipertensos e os diabéticos. Na área do PSF Primavera existem 201 hipertensos e 38 diabéticos com diagnóstico confirmado representando 19,4% e 2,75% da população local, respectivamente.

Assim, as complicações decorrentes da HAS e DM, devem ser postergadas ao máximo, para que a dependência, especialmente a física, e as incapacidades manifestadas não venham a comprometer excessivamente as atividades de vida diária dos acometidos por essas doenças. Deste modo, é preciso encontrar estratégias que maximizem o envolvimento das pessoas com as mudanças de hábitos necessárias a uma vida saudável (MINAS GERAIS 2013; PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

## **6.3 Seleção dos “nós críticos”**

Discutiu-se sobre os fatores causais associados à baixa adesão ao acompanhamento desses pacientes, estando os nós críticos observados pela equipe descrita abaixo e subsequentemente discutida nos quadros:

1. Ausência de uma programação assistencial para trabalhar diretamente a Hipertensão e Diabetes.
2. Falta de conhecimento dos pacientes sobre os riscos e agravos da Hipertensão e a Diabetes.
3. Hábitos e estilos de vida inadequados.

## **6.4 Definição de Operações e Gestão do Projeto**

Um excelente campo para o cuidado às pessoas com HAS e DM encontra-se na estratégia Saúde da Família (ESF), definida como um conjunto de ações no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção da saúde, prevenção dos agravos,



tratamento e reabilitação. A partir de 1994, quando foi instituída sob a denominação de Programa Saúde da Família visou a reorganização dos serviços, favorecendo a construção da saúde através de uma troca solidária e capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a criação de ambientes saudáveis (ROSA; LABATE, 2005; BRASIL, 2012).

Neste contexto, subscreve-se a planificação das operações para enfrentamento dos nós-críticos relacionados aos problemas prioritários.

**Quadro 1.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 1” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

<b>Nó crítico 1</b>	Ausência do programa HIPERDIA para trabalhar diretamente a Hipertensão e Diabetes.
<b>Operação</b>	Aumentar o nível de informação da população sobre a importância da adesão à terapia medicamentosa e autocuidado para hipertensão e diabetes.
<b>Projeto</b>	<b>“Espaço HIPERDIA”</b>
<b>Resultados esperados</b>	Aumento do autocuidado e maior aderência terapêutica medicamentosa com diminuição de complicações das doenças.
<b>Produtos esperados</b>	Grupo educativo periódico desenvolvido por Equipe Saúde da Família abordando os temas sobre Hipertensão e Diabetes. Capacitação da Equipe Saúde da Família sobre abordagem ao tema.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Medico. Coordenadora do PSF. Coordenador da Atenção Primária à Saúde.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Organizar a agenda dos profissionais, aquisição de estrutura física adequada para desenvolver os trabalhos. <b>Cognitivo:</b> Informação sobre os temas a serem apresentados no grupo e nas capacitações, estratégia de comunicação e educacional. <b>Financeiro:</b> Aquisição dos equipamentos audiovisuais e confecção de folhetos educativos. <b>Político:</b> Adesão dos profissionais e a mobilização social.

**Quadro 1.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 1” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015 (*Continuação*).

<b>Recursos críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre os temas a serem apresentados no curso;</p> <p><b>Financeiro:</b> Aquisição dos equipamentos audiovisuais, folhetos educativos.</p> <p><b>Político:</b> Adesão dos profissionais, mobilização social.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Ator que controla: Médico e Coordenadora do PSF</p> <p>Motivação: Favorável</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar o projeto da equipe ao coordenador da Atenção Primária à Saúde.</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Médico: Dr. Anniel Piloto.</p> <p>Coordenadora do PSF: Enf. Ludimila da Silva.</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<p>Apresentar projeto em julho de 2015 e começar a utilizar os protocolos a partir de agosto de 2015 após a capacitação da equipe.</p>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Após a implementação do Plano de Ação, serão realizadas avaliações semestrais a fim de reavaliar a adesão dos usuários ao tratamento para a Hipertensão e Diabetes.</p> <p>Será utilizado como indicador de avaliação o número de consultas realizadas e a presença nas reuniões do programa HIPERDIA.</p>

**Quadro 2.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 2” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

<b>Nó crítico 2</b>	<p>Falta de conhecimento dos pacientes sobre os riscos e agravos da Hipertensão e a Diabetes.</p>
<b>Operação</b>	<p>Orientar os pacientes quanto às suas doenças, a sintomatologia, a cronicidade e prevenção das complicações.</p>
<b>Projeto</b>	<p>“<b>Construindo Saber</b>”</p>
<b>Resultados esperados</b>	<p>Pacientes esclarecidos quanto às doenças e da possibilidade de viver normalmente, sem complicações, caso façam o tratamento e acompanhamento correto.</p>
<b>Produtos esperados</b>	<p>Avaliação do nível de informação dos pacientes sobre a Hipertensão e a Diabetes.</p> <p>Capacitação de toda a equipe sobre a Hipertensão e a Diabetes e suas consequências.</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<p>Agentes comunitários de saúde, Enfermeira e Médico.</p>
<b>Recursos necessários</b>	<p><b>Estrutural:</b> Organização de agenda e espaço.</p> <p><b>Cognitivo:</b> Conhecimento sobre tema.</p> <p><b>Político:</b> Articulação intersetorial e mobilização social.</p>

**Quadro 2.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 2” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015 (*Continuação*).

<b>Recursos críticos</b>	Mobilização social e a capacidade comunicativa.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médico e Enfermeira. Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realização e organização das palestras.
<b>Responsáveis:</b>	Médico: Dr. Anniel Piloto. Enfermeira: Tec. Claudia Maria Silva.
<b>Cronograma / Prazo.</b>	De julho a dezembro do 2015.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	O coordenador responsável pelo PSF auxiliará na elaboração e implementação do projeto. E a avaliação será por meio da aplicação de um questionário à população após o encerramento do projeto.

**Quadro 3.** Desenho das Operações para enfrentamento do “nó crítico 3” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Primavera, Prata - Minas Gerais, 2015.

<b>Nó crítico 3</b>	Hábitos e estilos de vida inadequados.
<b>Operação</b>	Informar e conscientizar a população sobre a importância de hábitos saudáveis.
<b>Projeto</b>	“ <b>Viver Melhor</b> ”
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar a qualidade de vida dos participantes do grupo HIPERDIA.
<b>Produtos esperados</b>	Participação no programa de caminhada orientada.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Agentes Comunitários de saúde. Professor de educação física.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> Organizar a caminhada e convidar um profissional de educação física para colaborar com o projeto. <b>Político:</b> Conseguir local apropriado para caminhada e mobilização da população.
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Conseguir espaço local e mobilização social. <b>Organizacionais:</b> Organizar as caminhadas.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Equipe da Saúde da Família. Motivação: Favorável.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Apresentar projeto para secretário de saúde
<b>Responsáveis:</b>	Coordenadora do PSF: Enf. Ludimila da Silva.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início das atividades em julho 2015 com uma frequência de 3 dias por semana em horário de 7.30am a 8.30am.
<b>Gestão, acompanhamento</b>	O médico juntamente com os profissionais da equipe ao final da atividade conversaram com os participantes para terem

e avaliação.	uma noção do que esta atividade gerou neles.
--------------	--

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família contribuiu a melhorar a qualidade da assistência medica dada a os pacientes com Hipertensão Arterial e Diabéticos pela equipe do PSF Primavera do município Prata, principalmente através de uma visão de reorganização do processo de trabalho. Possibilitando que a equipe refletisse como estava acompanhando as demandas e como as atividades estavam sendo realizadas de forma superficial e automática, esquecendo-se da importância da estratégia da saúde da família.

Ao elaborar o plano de ação para a baixa adesão ao acompanhamento de hipertensos e diabéticos, a equipe percebeu a importância de se fazer um diagnóstico situacional para conhecer os problemas da área de abrangência e identificar quais são passíveis de resolução, e qual a prioridade de cada problema no cotidiano. A utilização do Planejamento Estratégico Situacional para elaboração do projeto de intervenção permitiu a equipe formular propostas baseadas em evidências e com grande probabilidade de serem resolutivas.

## REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CNES. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 02 maio 2015

FARIA, H.P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG- Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística** – cidades, informações sobre os municípios . 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 12 jun 2015.

MINAS GERAIS. **Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Crônica Renal**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2013

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C.; FLISCH, T.M.P. **Saúde do Adulto**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. 183p.

ROSA, WAG; LABATE, RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enferm**. V.13, n.6, p.1027-34.2005

SALA DE SITUAÇÃO DE SAUDE. **Sala de informações de apoio à gestão estratégica no SUS**. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em : 12 jun 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB). Secretaria de Saúde de Pratinha/MG. **Relatório Consolidado da Equipe**. 2015 (impresso).

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão /Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Rio de Janeiro: Arq Bras Cardiol, v. 95, n. 1, supl.1, p. 1-51, 2010. Disponível em:

<[http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz\\_hipertensao\\_associados.pdf](http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf)> Acesso em: 17 de Abril, 2015.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/** p. 1-19, Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>>. Acesso: 22 de Abr, 2015.