

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Daniela Kare Castro Amorim

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA DIABETE MELITUS
E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
DISTRITO DE SANTA LUZIA EM SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO
MINAS GERAIS**

São Sebastião do Maranhão –Minas Gerais

2020

Daniela Kare Castro Amorim

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA DIABETE MELITUS
E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
DISTRITO DE SANTA LUZIA EM SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO
MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Professor Dr. Juliano Teixeira Moraes

São Sebastião do Maranhão–Minas Gerais

2020

Daniela Kare Castro Amorim

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA DIABETE MELITUS
E DA HIPERTENSÃO ARTERIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, NO
DISTRITO DE SANTA LUZIA EM SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO
MINAS GERAIS**

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

Orientador:

Banca examinadora

Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes (orientador) - Universidade Federal de Minas
Gerais

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – Universidade Federal de Minas Gerais

Aprovado em Belo Horizonte, em 17 de julho de 2020

Dedico esse trabalho a todos os profissionais de saúde e gestores que diariamente depositam esforços na qualidade dos serviços de saúde.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço aos profissionais de equipe que proporcionaram que esse trabalho pudesse ser realizado, e a constante sede ao conhecimento para especialização.

Aos servidores que atuam na equipe de saúde da família de santa Luzia que realiza um trabalho com qualidade a comunidade e cresce cada vez mais para um atendimento que seja eficiente.

Aos meus familiares, que sempre me apoiaram no constante serviço com a saúde, com palavras bondosas e auxílios momentos de que mais foi preciso. Por fim, agradeço a Deus por sempre me auxiliar no processo acadêmico.

“A persistência é o caminho do êxito”.
Charles Chaplin

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família se apresenta na Atenção Primária à Saúde como ampliação da intervenção no cuidado à saúde de uma comunidade. As doenças crônicas como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica são duas afecções com possibilidade de intervenção na Estratégia Saúde da Família, com ações pautadas na promoção e prevenção. A Diabetes Mellitus caracteriza-se por uma condição crônica que representa alta taxa de morbimortalidade, que influencia na qualidade de vida, sobrevivência e produtividades dos indivíduos. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a doença vascular mais prevalente no mundo, uma doença crônica não-transmissível. O objetivo desse estudo é desenvolver um projeto de intervenção com ações voltadas para o enfrentamento da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica na atenção à saúde da família, no Distrito Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG. A metodologia utilizada teve como instrumento a técnica de estimativa rápida em função da identificação dos problemas, soluções e assistência de saúde da comunidade de Santa Luzia. Para a sustentação teórica se organizou com as buscas bibliográficas. Após levantamento e seleção do problema, foi elaborado um plano de ação para soluções na assistência de saúde da comunidade de Santa Luzia. Como resultado espera-se que essa proposta possa minimizar os problemas advindos da Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica descontroladas e trazer qualidade de vida para as pessoas com esses problemas. Por fim, concluímos que esse trabalho serve de apoio a outros gestores e equipes de saúde no desenvolvimento da promoção da saúde à comunidade.

Palavras chaves: Diabetes Mellitus. Hipertensão. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The Family Health Strategy is presented in Primary Health Care as an extension of a community health care intervention. Chronic diseases such as Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension are two conditions that are amenable to intervention in the Family Health Strategy, with actions based on promotion and prevention. Diabetes Mellitus is characterized by a chronic condition that represents a high rate of morbidity and mortality, which influences the quality of life, survival and productivity of individuals. Systemic Arterial Hypertension is the most prevalent vascular disease in the world, a chronic non-communicable disease. The objective of this study is to develop an intervention project with actions aimed at coping with Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension in family health care, in the Santa Luzia District of São Sebastião do Maranhão-MG. The methodology used had as a tool the technique of rapid estimation in function of the identification of problems, solutions and health care of the community of Santa Luzia. For theoretical support, it was organized with bibliographic searches. After a survey and selection of the problem, an action plan for solutions in health care in the community of Santa Luzia was elaborated. As a result, it is expected that this proposal can minimize the problems arising from uncontrolled Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension and bring quality of life to people with these problems. Finally, we conclude that this work supports other health managers and teams in the development of health promotion to the community.

Keywords: Diabetes Mellitus. Hypertension. Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Santa Luzia, Unidade Básica de Saúde, município São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.....	23
Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Diabetes” e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.....	36
Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais	37
Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.....	39
Quadro 5. Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Aspectos demográficos do PSF, Santa Luzia, Minas Gerais, 2019.....	17
Tabela 2. Aspectos epidemiológicos do PSF, Santa Luzia, Minas Gerais, 2019.	18
Tabela 3. Mapa de agenda de equipe da unidade	20
Tabela 4. Colar da descrição do problema selecionado e os fatores de risco.	32
Tabela 5 - Seleção Dos “Nós Críticos”	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos Gerais do Município São Sebastião do Maranhão.	14
1.2 O sistema municipal de saúde	15
1.3 Aspectos Gerais da Comunidade de Santa Luzia / MG	16
1.3.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos	16
1.4 Unidade Básica de Saúde.....	18
1.5. A equipe de saúde da família de Santa Luzia.....	19
1.6 Funcionamento da Unidade de Saúde.....	19
1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família de Santa Luzia	20
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	21
1.9 Priorização dos problemas –seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	23
2. JUSTIFICATIVA.....	24
3. OBJETIVO	26
3.1 Objetivo Geral.....	26
3.2 Objetivos específicos	26
4. METODOLOGIA	27
5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA.....	28
5.1 Diabetes Mellitus.....	28
5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica.....	29
5.3 Estratégia Saúde Da Família	30
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	32
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	32
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo).....	33
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	34
6.4 Desenho das operações (sexto passo).....	36
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERENCIAS.....	43

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária a Saúde (APS) devem estar orientados para a comunidade, conhecendo suas necessidades de saúde (BOUSQUAT *et al.*, 2017). A Estratégia Saúde da Família (ESF) centraliza-se em avaliar o território e corresponder as necessidades de saúde que são requisitadas de uma maneira que a família esteja como centro. Além disso, outras questões como a competência cultural para se comunicar com a comunidade e o reconhecimento das diferentes necessidades dos grupos populacionais existentes no território (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). A APS como função central do sistema nacional de saúde e como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico das comunidades, o que envolve a cooperação com outros setores de modo a promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde mais amplos de caráter socioeconômico.

De acordo com a PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) a Atenção Básica a Saúde (ABS) é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016). Ela deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

No período anterior à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde representava um marco referencial para a organização dos serviços numa lógica que tinha como proposta ser uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial (GIOVANELLA *et al.*, 2018). A APS é uma capilaridade do serviço de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e faz parte do processo do desenvolvimento dos cuidados sociais e econômico em relação às comunidades. Dessa maneira, corresponde na cooperação entre serviços para a promoção de saúde e o enfrentamento dos determinantes de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

De acordo com a PNAB a atenção básica se desenvolve com a descentralização dos processos, e na colocação de serviços de saúde que possam

ser auxílio na identificação e resolução de problemas da comunidade (BOUSQUAT *et al.*, 2017). A ESF se organiza como a porta de entrada dos usuários, se orientando nos princípios do SUS. como: universalidade, acessibilidade, vínculo com a comunidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção à saúde, da humanização, e da participação social. O Programa Saúde da Família (PSF) que posteriormente em 2014, o Ministério da Saúde (MS) substituiu a nomenclatura para Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se intensificando na organização dos sistemas locais dentro da perspectiva da Atenção Primária(CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016).

1.1 Aspectos Gerais do Município São Sebastião do Maranhão.

São Sebastião do Maranhão é um município com 10.064 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2019), localizada no norte de Minas Gerais, e distante 360 km da capital do Estado. O município teve um crescimento populacional importante nas duas últimas décadas em função do êxodo rural ocorrido na região.

Como em várias cidades brasileiras, esse crescimento não foi acompanhado do correspondente crescimento econômico, de infraestrutura, e, muito menos, de um desenvolvimento social. O município vive basicamente da agropecuária, de uma incipiente indústria, de uma agricultura e pecuária de subsistência em franco declínio, e do plantio de banana, milho, mandioca e cana de açúcar, cuja produção, em sua quase totalidade, é encaminhada ao mercado do produtor rural no centro da cidade e também abastecimento da merenda escolar(NUEVA, 2016).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazer um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista (IBGE, 2019).

O município sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentava a região com o seu festival de música, cavalgadas e tradicional vaquejadas e ainda preserva suas festas religiosas. Na área de saúde, a cidade é sede da microrregião, sendo referência para consultas e exames e encaminhamentos às especialidades. Há cerca de oito anos o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 1 equipe na zona urbana e 2

equipes na zona rural e uma UBS cobrindo 100% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF, em que pese uma remuneração superior à média do mercado (ATLAS, 2013).

1.2 O sistema municipal de saúde

O processo do cuidado integralizado à saúde como ação da APS por meio da ESF tem o envolvimento em relação a cinco pontos bases que são: promoção da saúde, a redução de risco, a detecção precoce e o rastreamento de doenças e o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2013a). A atenção primária realizada no município de São Sebastião do Maranhão está voltada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na atenção secundária. São realizadas nos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar. Na atenção terciária os pacientes são encaminhados para o município de Governador Valadares, Belo Horizonte ou do município de Santa Maria do Suaçuí onde são feitas as internações mais graves, cirurgias de urgência e eletivas. Os exames realizados no município para diagnóstico são exames laboratoriais. Diante disso, a maioria dos tratamentos é realizada fora do domicílio.

O município possui uma farmácia pública vinculada ao programa Farmácia de Minas que distribui medicamentos e insumos para a população. Na Unidade Básica podemos contar com transporte sanitário para pacientes de hemodiálise, consultas e exames eletivos fora do município e ambulância para urgência e emergência. A regulação é feita na secretaria de saúde no TFD Municipal onde são agendadas consultas e exames eletivos. Porém, ainda não foi instalado o prontuário eletrônico na unidade e se usa o prontuário manual, e os pacientes são identificados através do antigo prontuário.

Nessa perspectiva, a UBS deste estudo, possui algumas organizações que estão voltadas para o sistema municipal de saúde, como o município não tem hospital, trabalhamos com as referências de urgência e emergências do município de Governador Valadares, Belo Horizonte e Santa Maria do Suaçuí. O hospital de referência de Santa Maria do Suaçuí recebe os pacientes do município de São Sebastião do Maranhão em relação à internação hospitalar e os casos mais agravantes. Na referência de Governador Valadares e Belo Horizonte com urgências e emergências, hemodiálise, cirurgias, eletivas. Além disso, Belo Horizonte é o

suporte de todas as cidades sobre as emergências, casos especializados, gravidez de altos riscos, grandes queimados, traumatologia. Porém, os casos complexos que o hospital de Governador Valadares não consegue solucionar são realizadas transferências especializadas.

1.3 Aspectos Gerais da Comunidade de Santa Luzia

A comunidade de Santa Luzia possui cerca de 2.500 habitantes, localizada na zona rural de São Sebastião do Maranhão, que se formou, principalmente, a partir do êxodo rural, devido ao avanço do plantio de banana, cana de açúcar e mandioca. Que se formaliza com a economia da agropecuária e agricultura. A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, (devido elevado número de esquistossomose) principalmente no que se refere ao esgotamento sanitário (ATLAS, 2013).

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 40 anos. Nas últimas administrações, a comunidade tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, asilo etc.) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa (ATLAS, 2013). A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as cavalgadas e as vaquejadas (ATLAS, 2013).

1.3.1 Aspectos Demográficos e Epidemiológicos

Os aspectos demográficos estão relacionados às dinâmicas e processos populacionais. Diante disso, são focados os seguintes aspectos relacionados com a dinâmica demográfica sendo eles: a natalidade, mortalidade, a esperança de vida ao nascer, a mortalidade infantil, as taxas de fecundidade total. A densidade demográfica de Santa Luzia está em 862,38 habitantes por Km² de acordo com último censo do IBGE 2010 (IBGE, 2019). A população de Santa Luzia cresceu a uma taxa média anual de 0,94% entre 2010 a 2019. Podemos analisar que o município Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG. Em relação à taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 9.90 para 1.000 nascidos vivos (ATLAS, 2019).

Tabela 1. Aspectos demográficos do PSF, Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG

FAIXA ETÁRIA/ANO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
< 1	8	10	18
1- 4	17	23	40
5 -14	79	101	180
15-19	120	139	259
20-29	64	68	132
30-39	88	109	197
40-49	110	148	258
50-59	108	252	360
60-69	108	172	280
70-79	40	80	120
≥ 80	32	40	72
TOTAL	774	1142	1916

Elaborado pelo Autor, 2020.

Na UBS em questão, se recebe em torno de 1916 pacientes da comunidade, como aborda a tabela 1. Além disso, os aspectos demográficos da ESF de Santa Luzia possuem 774 pacientes do sexo masculino e 1142 do sexo feminino. Esses dados representam a população que a UBS atende e, dessa maneira permite que medidas possam se relacionar para oferecer o serviço de saúde integral a comunidade (ATLAS, 2013).

Os aspectos epidemiológicos estão voltados a dados que estão relacionados às doenças da população. As informações epidemiológicas são fundamentais para elaboração de estratégias de combate de doenças que cometem a população. Além disso, esses dados permitem que existam medidas de prevenção, levando a estratégia de serviços de saúde para promoção e prevenção (BRASIL, 2013a)

Tabela 2. Aspectos epidemiológicos do PSF, Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG

CONDIÇÃO DE SAÚDE	QUANTITATIVO (Nº)
Gestantes	9
Hipertensos	348
Diabéticos	68
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	38
Pessoas que tiveram AVC	12
Pessoas que tiveram infarto	01
Pessoas com doença cardíaca	58
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	4
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Pessoas com câncer	2
Pessoas com sofrimento mental	62
Acamados	4
Fumantes	814
Pessoas que fazem uso de álcool	1200
Usuários de drogas	23

Elaboração própria, 2020.

1.4 Unidade Básica de Saúde

A UBS - Unidade Básica de Saúde da Equipe de Santa Luzia, foi inaugurada há cerca de oito anos e está situada na rua principal da comunidade de Santa Luzia, faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa construída pela prefeitura por doação de um terreno de uma habitante do local, construído para ser uma Unidade de Saúde. Sua área pode ser considerada adequada considerando a demanda e a população atendida (2.500 pessoas), embora o espaço físico seja muito bem aproveitado. A área destinada à recepção é moderada, razão pela qual, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade.

Pela parte da manhã, devido ao atendimento de quatro especialistas, com eles, uma fisioterapeuta, uma nutricionista, uma psicóloga e a enfermeira. As reuniões com a comunidade (os grupos operativos, por exemplo) são realizadas na sala de reunião, que fica à frente do consultório médico. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. Atualmente, a unidade está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, contamos com mesas ginecologista, para exames de preventivos e para

outros mais necessários, nebulizador, material de sutura e curativos, uma bala de oxigênio, glicosímetro e otoscópio.

1.5. A equipe de saúde da família de Santa Luzia

A ESF da equipe de Santa Luzia é composta por equipe multiprofissional que com base em atenção de forma integralizada a comunidade e permitir a realização de visitas domiciliares. A equipe é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde.

A base está voltada nos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade. A equipe é composta por um médico generalista, dois enfermeiros generalistas, um técnico em enfermagem, dois Agente Comunitário de Saúde (ACS) e um Assistente social. As atividades que a equipe possui estão em torno à promoção e prevenção, realizamos palestras para a comunidade e atendemos de maneira direta a comunidade. Além disso, a equipe realiza visita domiciliares com o auxílio do ACS para atuar diretamente na observação dos pacientes da comunidade com a população.

1.6 Funcionamento da Unidade de Saúde

A Unidade de Saúde funciona das 07h30 da manhã até as 17 horas da tarde. Para o apoio das visitas domiciliares se pode contar com dois ACS que se revezam durante a semana, segundo uma escala. Além disso, para o funcionamento da unidade de saúde as atividades relacionadas são divididas por uma escala. Sendo que, para à assistência, como recepção e arquivo, o técnico de enfermagem ou o enfermeiro sempre deve estar presente. É realizada uma reunião mensal para levantar as necessidades e os pacientes que precisam de visitas e de ações mais específicas.

Na unidade, estão registrados pacientes idosos que vivem sem cuidador (filhos, ou família), semianalfabetos e analfabetos no qual a equipe possui dificuldades a integrar medicações e cuidados a esses pacientes. A equipe apóia esses pacientes para adaptação com as a medicações, realizando atividades em

relação a um plano de cuidado, contando com vizinhos e pessoas de confiança para ajudar no horário da medicação. Como a equipe recebe pacientes que possuem muitas dificuldades ao acesso ao centro de saúde devido a dificuldades de ambular, então é realizado visitas periódicas domiciliares para os cuidados em relação a esses pacientes.

1.7 O dia a dia da equipe de saúde da família de Santa Luzia

O tempo da Equipe de Saúde está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças desnutridas. É realizado, na semana, atendimento comunitário, onde realizamos consultas, distribuições de medicações e agendamentos de exames, puericultura e pré-natal para comunidade que não tem acesso ao centro de saúde, também realizamos visitas domiciliares a paciente acamados e debilitados a demanda livre do posto de saúde. Não possuímos dentistas na UBS por isso temos a referencias de outros municípios para encaminhar pacientes que estejam precisando. São realizadas palestras e prevenções para diabéticos, sobre o câncer de útero, para pacientes hipertensos e pacientes fumantes.

Tabela 3. Mapa de agenda de equipe da unidade de Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
07h30		Agendamentos de exames	Palestras	Visitas domiciliares	Agendamentos de exames	Agendamento de exames
09h00		Atendimento	Pré natal	Atendimento	Atendimento	Visitas domiciliares
11h30		Atendimento	Pré natal	Atendimento	Pré natal	Atendimento
13h00		Distribuição de medicações	Atendimento	Atendimento	Distribuição de medicações	Atendimento
14h30		Agendamento de exames	Atendimento	Atendimento	Palestras	Atendimento
17h00		Atendimento	Atendimento	Atendimento	Atendimento	Atendimento

Elaborado pelo autor, 2020.

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

O Método de estimativa rápida é uma técnica, um método usado mundialmente para podermos identificar em comunidades que estão iniciando com assistência saúde, problemas e soluções a ser encaminhadas (KLEBA; ROMANINI; CIGOGNINI, 2015). Para que sejam alcançados os objetivos, a estratégia se faz essencial na solução de problemas, pois o planejamento fomenta as chances do mesmo ser bem-sucedido. O Método recolhe as informações necessárias para que o diagnóstico seja feito com mais clareza, assim também as chances de se observar as dificuldades de modo completo, pois se tem a dimensão geral do diagnóstico. A importância de transformar dados em informações se torna essência no processo, ponto fundamental para reunir informações (KLEBA; ROMANINI; CIGOGNINI, 2015).

Conforme autor Kleba (2016), o Método de Estimativa rápida é uma ferramenta de apoio, e possui três princípios, sendo:

- Coletar somente os dados pertinentes e necessários
- Obter informações que possam refletir as condições e as especificidades locais
- Envolver a população na realização da Estimativa Rápida

Para a identificação de problemas, o primeiro passo é poder conhecer a abrangência, ou seja, o conhecimento do ambiente da comunidade e a identificação dos fatores de riscos existentes. A abrangência ou integralidade se interliga no reconhecimento da equipe das necessidades de saúde, sobre os fatores de âmbito social, psíquico, orgânico, e com os limites de atuação poder identificar os problemas e viabilizar dentro da atenção de saúde a viabilidade do plano. As informações acerca dos problemas da comunidade se organizam com observação da população e a determinação sobre os dados da determinada comunidade, como o número total de pessoas com condições crônicas, o fluxo dos usuários dentro do sistema, indicadores de saúde (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Entende-se que o processo deve incluir a participação de várias pessoas que vivem na comunidade, estes em prol da obtenção de importantes informações. As entrevistas devem ser maximizadas para extrair o potencial dos dados e transformá-los em informações, dados reais e coletados, assim podem ser geridos de melhor forma de acordo com categorias. Outro ponto necessário é ter uma equipe

informada sobre método e suas características para obter o máximo de proveito, qualquer intervenção em território desconhecido se torna essencial a informação e preparação e estudo de conteúdo sobre análise de problemas (BOUSQUAT *et al.*, 2017).

Portanto o método “Método da Estimativa Rápida” tem como base o diagnóstico geral da situação, conhecimento do problema através de dados que gerem informações valiosas, equipe bem informada e preparada para que o plano de ação seja maximizado na resolução do problema. Os problemas da comunidade em relação à estimativa rápida se interligam na identificação e viabilização dos problemas. Após um diagnóstico situacional da ESF de Santa Luzia foi possível identificar problemas que podemos atuar na intervenção. Esses diagnósticos são realizados por uma análise dos dados epidemiológicos da comunidade. Em relação a isso, observamos a existência de pacientes com Diabetes Mellitus (DM) com cerca de 348 pacientes, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) com 68 pacientes, pessoas que fazem o uso de álcool com 1200, esquistossomose com cerca de 3 casos e fumantes com 814 casos. Esses problemas foram selecionados para análise da viabilização de poder atuar na comunidade dentro desses fatores de riscos.

Após análise dos problemas identificamos os seguintes como prioritários:

- Diabetes
- Hipertensão
- Esquistossomose
- Alcoolismo
- Fumantes

Chegamos essa conclusão por selecionar os fatores de risco que já estão presentes na comunidade e que podem se tornar ainda mais complexos se não tiver estratégias para o enfrentamento da diabetes e hipertensão. Compreendemos que, esses problemas se destacam pelos altos índices e a ausência de atividades de promoção a saúde e podem se agravar se não priorizarmos com intervenções. Posteriormente, o controle da esquistossomose com o conjunto de situações que fazem o desenvolvimento da doença se amplificar e se espalhar na comunidade.

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

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Santa Luzia, Unidade Básica de Saúde, município São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Hipertensão	Alta	30	Total	1
Diabetes Mellitus	Alta	30	Total	2
Esquistossomose	Baixa	10	Parcial	5
Alcoolismo	Média	20	Parcial	3
Fumantes	Média	20	Parcial	4

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Distribuição de 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenação

Elaborado pelo autor

Após, uma reunião de equipe com o conjunto de informações sobre os problemas existentes, foi identificado que dentre os cinco problemas prioritários em relação à importância, urgência, capacidade de enfrentamento e priorização foi decidido que a intervenção no momento seria a DM e HAS. A seleção do problema se caracterizou na perspectiva de priorização em relação a esses problemas existentes na comunidade, e que seria possível a capacidade de enfrentar tendo em vista os recursos da equipe de Santa Luzia.

2. JUSTIFICATIVA

As práticas de intervenção dentro das atividades de ações da UBS facilitam a efetividade do modelo de atenção em comparação com unidades básicas de saúde tradicionais evidenciam que os modelos na cobertura populacional de ações são mais adequados (PINTO *et al.*, 2011). Nessa visão a justificativa é porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população e se caracteriza na perspectiva da promoção a saúde com menores custos e colocação de ênfase na prevenção das doenças com tecnologias de segurança para os usuários.

Dentro dessa análise, as intervenções realizadas no âmbito na atenção primária e voltadas para a saúde da família são mais resolutivas, sendo que observa a promoção a saúde (FIGUEIREDO, 2011). As ações de promoção e prevenção a saúde estão incluídas nos planos de ações da ESF, por isso quando pensamos que tratar antes que possa surgir à doença é uma maneira muito mais eficaz. Quando, tratamos a doença e simplesmente não observamos as situações que estão fazendo essa doença se manifestar ou estão colaborando para que possa surgir, sempre a ação estará com um ciclo que não será resolvido.

A escolha do problema selecionado na comunidade que possui cerca de 348 pacientes com a DM e HAS com 68 pacientes. Desde a última década existe o aumento de doenças cardiovasculares como causas mais comum de morbidade e mortalidade e entre os fatores de risco estão DM e a HAS. A HAS e DM são doenças crônicas não transmissíveis que atualmente representam fatores de risco para outras doenças e estão entre as principais causas de óbitos no Brasil (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Diante dessa situação, as organizações internacionais utilizam de estratégias para a prevenção da DM e HAS nessa perspectiva as equipes de Saúde da Família possui um papel essencial no levantamento epidemiológico e no processo de propor medidas preventivas, e em relação ao tratamento e controle (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011). O controle metabólico rigoroso, em conjunto com medidas de prevenção são processos simples, mas que podem prevenir ou retardar as complicações crônicas e isso resulta em melhor qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2012). O manejo do DM e HAS deve ser ter intervenção prioritária justamente porque estão associadas com uma mortalidade e morbidade e estão associadas ao sedentarismo, a alimentação inadequada e ao tabagismo. A idéia é que a equipe

saúde da família esteja desenvolvendo ações que possam deter a carga de doenças para que não possa progredir de forma exponencial, já que se constituem em graves problemas de saúde pública (SILVA *et al.*, 2012).

3. OBJETIVO

Desenvolver uma proposta de ação voltada para o enfrentamento da DM e HAS na Atenção à Saúde da Família, no Distrito Santa Luzia de São Sebastião do Maranhão-MG.

3.1 Objetivos específicos

- Informar a comunidade sobre os aspectos da nutrição que são capazes de melhorar no desenvolvimento da DM e HAS.
- Desenvolver conscientização dos pacientes com DM e HAS sobre os malefícios do alcoolismo
- Incentivar a atividade física na melhora no bem-estar dos pacientes com DM e HAS da comunidade.

4. METODOLOGIA

Para a realização desse trabalho foi utilizada em função da identificação dos problemas, soluções e assistência de saúde da comunidade de Santa Luzia a técnica da estimativa rápida. Em conjunto a essa ferramenta foi realizado o planejamento estratégico situacional elaborada pelo autor Carlos Matus, um método que recolhe as informações necessárias para que o diagnóstico seja feito com mais clareza com base nas etapas: programação, desenvolvimento, controle e avaliação.

Para a sustentação teórica foi realizado uma revisão bibliográfica. Os documentos foram consultados através da Biblioteca Virtual em Saúde e por meio da disponibilização dos documentos do Ministério da saúde e secretária de saúde. A metodologia utilizada para elaboração do plano de intervenção foi de acordo com Campos, Faria e Santos (2018) em relação às ações de planejamento, avaliação e programação em saúde. Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, para a definição das palavras-chaves e *keywords* foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde.

Na continuidade do diagnóstico situacional teve como auxílio reuniões de equipe, em que pudesse organizar as informações sobre a comunidade e o número de pessoas existentes em relação a cada problema de saúde e pactuar as informações. Os problemas foram categorizados com a quantidade da procura no serviço da equipe para a resolução. Após essa organização com o auxílio do programa Excel na confecção de tabelas e gráficos, foi realizado uma pesquisa bibliográfica no site do DATASUS sobre a epidemiologia e morbidade do Município de São Sebastião do Maranhão.

Os dados foram transcritos para as planilhas e tabelas do Programa Excel e apresentadas nas reuniões de equipe. Os problemas identificados para o plano de ação foram colocados com classificação de prioridade, considerando o número de procura e a urgência. A tomada de decisão da equipe identificou a prioridade das pessoas com DM e HAS para a organização do plano de ação voltado a esses problemas.

5. REVISÃO BIBLIOGRAFICA

5.1 Diabetes Mellitus

O problema de Saúde Pública DM se caracteriza por uma condição crônica que representa alta taxa de morbimortalidade, que influenciam na qualidade de vida, sobrevida e produtividades dos indivíduos. De maneira geral, a evolução dos pacientes com diabetes que não são tratados adequadamente vai levando a complicações (CORTEZ *et al.*, 2015). No Brasil, estima-se que até 2025 aproximadamente 11 milhões de pessoas estarão convivendo com a DM, o que caracteriza que os serviços de saúde possam traçar medidas que vise minimizaras complicações e nortear o cuidado e programas educativos para que outras pessoas não venham adquirir essa condição (WINKELMANN; FONTELA, 2013).

De acordo com o MS, a ESF deve ser a estratégia preferencial para atuação no controle da DM no Brasil, por isso, a ESF se destaca por permitir atuar no enfrentamento da condição e buscar tratamentos que possam orientar a comunidade, fortalecer o tratamento e o monitoramento das condições clínicas dos usuários permitindo o exercício da universalidade e da integralidade nas ações de saúde (BRASIL, 2013c). A prevalência de DM na população brasileira corresponde a maioria de pessoas entre os 30 e 70 anos. De acordo com Moreschi (2018) cerca de metade dos indivíduos que possuem DM desconhecem seu diagnóstico e apenas 25% dos pacientes com DM não realizam o tratamento adequado para a promoção e diminuição de agravamento de complicações. Nesse contexto, os profissionais da ESF devem conhecer os pacientes e podem colocar em ação mudanças que possam beneficiar os pacientes com DM.

Sendo que, o tratamento da DM tem por base medidas preventivas que possam retardar ou diminuir que agravos da doença possam trazer complicações na vida do paciente. Os principais que são positivos quando aplicados em planos de intervenções para os pacientes com DM se destacam: tratamento farmacológico, modificações no estilo de vida, mudança em hábitos alimentares inadequados e prática de exercícios físicos. O diagnóstico de DM vai se conectar com o contexto familiar refletindo diretamente sobre o apoio com qualidade por meio da ESF com ações de promoção da educação em saúde. (MORESCHI *et al.*, 2018).

Dentro dos âmbitos, DM nos pacientes e para a ESF estão como observação o olhar no âmbito micro e macro. No que destina ao micro, os instrumentos devem estar voltados para a compreensão dos problemas internos que os pacientes possuem. Então, na forma de visitas domiciliares ou até mesmo nas consultas realizadas abrir a comunicação para compreender como os hábitos da vida do paciente com DM. Nessa perspectiva, quando se compreende os aspectos micro existentes na vida do paciente é possível abrir para a observação do âmbito macro. O âmbito macro corresponde a implementação de ações que possam intervir na situação daquele paciente com DM, seja com ações na ESF, programas de educação em saúde ou até políticas públicas (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017).

5.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

A HAS é a doença vascular mais prevalente no mundo, uma doença crônica não-transmissível, cujo diagnóstico e controle são prioritários para que não surjam doenças como insuficiência cardíaca, infarto agudo do miocárdio e outras condições (RABETTI; FREITAS, 2011). Diante disso essa condição clínica é multifatorial e representa um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. A condição clínica multifatorial está associada a um conjunto de distúrbios metabólicos como: obesidade, sedentarismo, resistência a insulina entre outros (BRASIL, 2013b). A presença desses fatores de risco e lesões em órgãos-alvo, quando presentes, é importante e deve ser considerada na estratificação do risco individual, com vistas ao prognóstico e decisão terapêutica (NOBRE *et al.*, 2013).

Essa doença se refere com alterações funcionais dos órgãos-alvo e a alterações metabólicas, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (INES, 2010). A UBS em relação ao controle e diagnóstico da hipertensão tem sido uma das atribuições da saúde da família e, portanto, se caracteriza como ação prioritária. Os serviços que estão relacionados à HAS representam uma importante ferramenta de gestão e planejamento (MENDES; MORAES; GOMES, 2014). O MS tem desenvolvido estratégias para o combate e a intervenção de controle da hipertensão arterial e conseqüentemente possa reduzir a morbidade e mortalidade cardiovascular e o surgimento de outras condições clínicas. O desenvolvimento de modernas tecnologias em relação aos medicamentos pouco tem contribuído para melhorar as taxas de controle da doença (LOBO *et al.*, 2017).

A prevalência de HAS na população brasileira representa uma situação de saúde bastante problemática, justamente porque as pesquisas constataam que cerca de 2/3 das pessoas conhecem o diagnóstico e começam o tratamento, mas cerca de 1/3 tem sua pressão controlada (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010). Esses dados levantados representam que é preciso que ações sejam elaboradas para que possam contribuir com a saúde e hábitos de vidas desses pacientes. Quando existe uma ação estruturada que busca a intervenção para a diminuição de agravos de pacientes com HAS e principalmente em relação aos hábitos de vida que influenciam para o aumento de complicações (HELENA; NEMES; ELUF-NETO, 2010).

Essas intervenções podem ser realizadas pela ESF com o auxílio de instrumentos como: medicamentos, diálogos entre profissional e paciente, promoção a saúde e educação em saúde. O Ministério da Saúde apóia que atividades de intervenção sejam conduzidas por meio de atividades com base em: prevenção, promoção, tratamento e diagnóstico da HAS. Nesse contexto, a equipe responsável pela comunidade deve observar sobre os pacientes com HAS e conduzir ações de saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HAS (RABETTI; FREITAS, 2011).

5.3 Estratégia Saúde da Família

As questões sobre os serviços de saúde tiveram sua inserção na agenda dos anos de 1980, com a discussão das políticas voltadas a saúde o que levou o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, era aprovada e regulamentada a Lei Orgânica da Saúde 8080 e posteriormente a de 8142(BOUSQUAT *et al.*, 2017). Apartir desse contexto foi que surgiram os pensamentos em torno de tornar que os serviços de saúde se aproximassem da comunidade, sendo resolutivo (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Nesse cenário, surgiu o PSF como ponto estratégico no olhar da atenção à saúde e os modelos(GARUZI *et al.*, 2014). Esse momento foi da reconstrução prática da APS refletindo no processo de reordenamento da política e práticas, coordenando em conjunto com uma vigilância à saúde, e princípios no direcionamento do planejamento na APS (ALVES; AERTS, 2011). E na busca por ações de maneira intersetorial que a interação entre com o planejar, executar e

monitorar os serviços de saúde e as possíveis intervenções no enfrentamento dos problemas complexos da comunidade. Essa visão amplifica sobre a intervenção nas necessidades dos usuários que se torna essencial a compreensão do plano de ação na atuação dos determinantes sociais, a promoção a saúde e o processo saúde e doença (GARUZI *et al.*, 2014).

Por isso, quando a ESF pensa na comunidade e coloca o plano de ação voltado a compreender as situações que estão influenciando nos processos saúde e doença, a intervenção será bem-sucedida se as atividades de ações puderem contemplar a promoção a saúde. Dessa maneira, a perspectiva de desenvolvimento de intervenção que esteja voltada aos nós críticos em relação ao problema permeia uma eficácia com mais qualidade. Sendo assim, a ação proposta pode influenciar na diminuição do número de pessoas que enfrentam esse problema, de uma maneira que promove a saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2018).

Esses resultados de intervenção implicam diretamente na resolução e efetivação do setor saúde. Na perspectiva da APS os princípios e atributos do serviço de APS como porta de entrada e de ação comunitária no território são colocados em prática no momento do planejamento dos planos de ações (GIOVANELLA *et al.*, 2018). A ESF desenvolve ações que possam organizar e influenciar na resposta às necessidades da comunidade. Na busca da articulação com os setores envolvidos na promoção da saúde, para que os resultados estejam nas dimensões das análises dos problemas e implantação de intervenções que se volte para a resolução, promoção e prevenção dos problemas na comunidade (GARUZI, 2014).

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta de intervenção tem como atividades, a descrição do problema priorizado da DM e HAS, com explicação e a seleção dos nós críticos envolvidos com o problema priorizado em questão. Esses dados vão de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Tabela 4. Colar da descrição do problema selecionado e os fatores de risco.

DESCRIÇÃO	QUANTITATIVO	FONTES
Diabéticos confirmados	68	Registro da equipe
Hipertensos confirmados	348	Registro da equipe
Fumantes	814	Registro da equipe
Sedentários	5	Registro da equipe
Sobrepeso e obesidade	17	Registro da equipe
Pessoas que fazem uso de álcool	1200	Registro da equipe
Pessoas com doença cardíaca	58	DATASUS
Óbitos por causas cardiovasculares	4	Registro da equipe

Elaborado pelo autor

Essas informações foram levantadas para descrição do número de pessoas para cada problema, para a identificação e organização de atividades relacionadas na intervenção é necessário saber a quantidade de cada para o desenvolvimento do plano de ação. O número de pessoas com o problema priorizado são de cerca de 68 para DM e HAS com 348 pacientes. O problema selecionado aos fatores de risco

que são: tabagistas, sedentários, problemas com alcoolismo que podem vir a adquirir essas doenças, atualmente existe cerca de 814 fumantes, 1200 que fazem uso de álcool e cerca de 17 pacientes com sobrepeso e obesidade. Com os registros da equipe temos cerca de 4 óbitos por doenças cardiovasculares, 58 pessoas com doença cardíaca. A ação da equipe se limita as consultas e visitas domiciliares, porém a estratégia de intervenção com base na promoção de saúde ainda está sem cobertura, por isso o controle dos pacientes com DM e HAS deve ter ações voltadas para a prevenção e continuidade no tratamento.

As doenças relacionadas ao coração e os vasos sanguíneos constituem as 5 primeiras causas de morte no Brasil, que estão em relação a infarto agudo do miocárdio, acidente vascular, insuficiência renal. Dentre esse problema a DM e HAS estão como fatores de risco o que deposita um alto grau de controle dessa condição, no que se refere à atenção a ser uma questão de saúde pública. Quando, a DM e HAS estão associadas ao processo de envelhecimento são ainda mais impactadas pelo processo de tratamento focalizado e acompanhamento na perspectiva de promoção a saúde. Além, de organizar o uso de medicamento é essencial que se observe os hábitos de vida, as mudanças no humor, as necessidades que estão impactando na qualidade de vida. A detecção de DM e HAS em pacientes mais idosos depositam que esses problemas devem ser priorizados.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

A DM é caracterizada por uma hiperglicemia crônica decorrente dos efeitos de defeito na insulina que controla o nível de glicose no sangue, que regula a produção e de glicose e armazenamento. A HAS ocorre com o aumento anormal da pressão do sangue nas artérias. Além disso, existe dos fatores de risco como: tabagismo, sobrepeso, obesidade, sedentarismo, alcoolismo e doença pulmonar obstrutiva crônica. Diante disso, outros fatores foram indicados como contribuintes ao desenvolver a doença, como problemas que estão interligados a vida de um idoso que está voltado em cuidar somente com os aspectos relacionados à doença e o tratamento do que for aparecendo, e não a perspectiva de qualidade de vida acerca do desenvolvimento de habilidades pessoais, os ambientes saudáveis de atividades físicas.

Os hábitos de vida dos pacientes com DM e HAS foram analisados através de conversa nas consultas sendo detectados que a doença é agravada por outros fatores que levam o desenvolvimento das mesmas como: stress falta de ocupação, vícios, alimentação e sedentarismo. Os conjuntos desses hábitos colaboram como aumento do risco da promoção da saúde que é necessária no controle e tratamento de DM e HAS. Com isso, os serviços de saúde que não estão interligados com a saúde da família vão sempre ficar tratando de um problema que vai retornar, por justamente não ter o olhar da atenção básica de saúde da família que tende a observar a comunidade e começar o processo de atuação, para que tenha a promoção e prevenção. A promoção a saúde é ponto chave no desenvolvimento humano de atuação no processo de qualidade de vida por não se restringir a ações para a doença, mas a observação de ações que incluem a alimentação, o meio ambiente, a educação, o saneamento básico que possam promover o bem-estar.

Com esses pontos se chega a uma promoção da saúde na intersetorialidade que se faz em conjunto dos serviços de saúde, para que a determinada população possa ter acesso de acordo com o foco direcionado para a pessoa (qualidade de vida) para que a doença não chegue a acontecer. Com isso, temos apoio de quatro perspectivas da promoção de saúde que se caracterizam em: criar ambientes que sejam saudáveis, implementação de políticas públicas que estejam voltadas a promoção de saúde, capacitar a comunidade e desenvolvimento de habilidades coletivas e individuais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dentro do espaço de governabilidade da equipe, foi identificado os “nós críticos” que estão relacionados para o enfrentamento dos problemas sobre as possibilidades de viabilizar e que possuem impacto na resolução do problema. Compreendendo o problema da DM e HAS como toda a análise sobre os impactos que estão implícitos na vida do paciente, mas que colaboram para que o problema leve a esses pacientes a agravarem seu estado. Esses impactos são causados por questões de hábitos de vida e principalmente em relação à promoção a saúde que não existe para esses pacientes.

Tabela 5 - Seleção Dos “Nós Críticos

“Nós críticos” do problema
Hábitos de alimentação
Stress
Alcoolismo
Sedentarismo

Fonte: Elaborado pelo autor

Essa seleção foi identificada como nós críticos influenciadores no processo de saúde dos pacientes com DM e HAS que estão relacionados às complicações na idade. Os pacientes também relataram sobre alguns pontos nas consultas que são analisadas em conjunto com esses nós críticos. As observações das falas dos pacientes em relação aos hábitos de vida e dos determinantes sociais levaram a influenciar a escolha dos nós críticos.

Esses nós críticos foram levantados como os que mais são causadores de impactos na vida dos pacientes que possuem DM e HAS e que estão em idades avançadas. Os problemas relatados se voltam para os nós críticos escolhidos com a perspectiva da análise da equipe em conjunto com as falas dos próprios usuários em relação aos hábitos que possuem. Os hábitos de vida são influenciadores no processo saúde e doença, quando os nós críticos se relacionam nessa perspectiva o plano de ação se volta a uma promoção a saúde com mais base na resolução desses nós críticos.

A seleção dos nós críticos utilizou como análise os três pontos bases para a intervenção: governabilidade, viabilidade e baixo custo. Em conjunto a esse contexto, os principais pontos para a organização da priorização e seleção dos nós críticos foram colocados como discussão para aqueles que poderiam trazer uma qualidade de vida ao idoso com o problema identificado. A melhoria da proposta de intervenção sobre a seleção de influenciadores na vida do idoso com Diabetes e Hipertensão compreende o olhar holístico sobre a promoção de qualidade na saúde.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Para maior facilidade na observação do plano de intervenção para cada “nós críticos” foi realizado pela equipe um modelo de planilha. O desenho foi organizado de acordo com os passos do plano de ação, sendo:

Quadro 2. Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema "Diabetes" e "Hipertensão" na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos Alimentares inadequados
Operação (operações)	Informatizar sobre aspectos da nutrição que são capazes de melhorar no desenvolvimento da diabetes e hipertensão e desenvolvimento de habilidades pessoais e de grupo para a autonomia frente às escolhas saudáveis
Projeto	Bate papo saudável.
Resultados esperados	Diminuir o número de novas pessoas com diabetes e hipertensão, e manter o controle alimentar saudável das pessoas com diabetes e hipertensão já existentes.
Produtos esperados	Lanches comunitários com explicações da nutricionista. Oficinas de elaboração de uma receita saudável. Grupos de bate papo para trocas de experiências sobre as questões da alimentação do dia a dia.
Recursos necessários	Estrutural: Profissionais para realização das oficinas e grupos de bate papo Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação Financeiro: aquisição de recursos materiais Político: Parcerias com empresas alimentícias ou de distribuição de alimentos saudáveis
Recursos críticos	Estrutural: o espaço da estrutura física e equipamentos para as atividades, Cognitivo: comunicação sobre a questão nutricional de maneira facilitada Político: adesão as parcerias com empresas de distribuição de alimentos Financeiro: aquisição de recursos materiais como: talheres, mesas, potes na atividade de elaboração de receita saudáveis
Controle dos recursos críticos	Empresas de distribuição de alimentos (motivação favorável). Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Gestor da UBS (motivação favorável)
Ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola, associação comunitária). Palestras mensais sobre a evolução das atividades

Prazo	Dois meses para o início das atividades. Três meses para as reuniões das oficinas e grupos de bate papo.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Medica. Enfermeira e Assistente social.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Para que cada atividade proposta possa ocorrer será realizada semanalmente uma reunião de equipe para a avaliação de cada etapa. Além disso, mensalmente vai ser separado um dia de conversa da equipe com a comunidade para a avaliação de satisfação. Como instrumento do desenvolvimento será separado nas seguintes etapas: Escolha dos profissionais capacitados; Definição do dia e horário para cada atividade relacionada; Produção pelos profissionais respectivos aos dias; Comunicação da localidade da realização da atividade; Processo de cada atividade; Avaliação de satisfação mensalmente com a comunidade.

Elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 3. Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Stress
Operação (operações)	Desenvolvimento de atividades que possam melhorar as habilidades individuais para desfocar o stress da vida pessoal e focalizar em uma atividade que possa trazer o bem-estar
Projeto	Oficina artística
Resultados esperados	Melhorar a satisfação da comunidade em cerca de 50% no período de um ano e meio.
Produtos esperados	Elaboração de oficinas para o desenvolvimento de quadros de pintura, elaboração de oficina de reaproveitamento de materiais recicláveis para a confecção de peças, sarau poético para apresentar músicas e decifrar poesias. Oficina de Yoga.
Recursos necessários	Estrutural: profissionais para a realização da oficina e o espaço da estrutura físico Cognitivo: informação sobre o tema possíveis estratégias para uma comunicação facilitada

	<p>Financeiro: busca de profissionais para o ensino de yoga, confecção dos quadros e da oficina de reaproveitamento de materiais, aquisição de recursos materiais como: quadros, materiais recicláveis.</p> <p>Político: parcerias com empresas de comunicação para divulgação do sarau poético.</p>
Recursos críticos	<p>Estrutural: Espaço adequado para a realização das atividades</p> <p>Cognitivo: Comunicação adequada sobre o bem-estar focando na idade</p> <p>Político: Empresas de comunicação</p> <p>Financeiro: recursos materiais para as oficinas</p>
Controle dos recursos críticos	Empresas de comunicação (motivação favorável). Gestor da UBS (motivação favorável). Profissionais da NASF (motivação favorável)
Ações estratégicas	Empresas de comunicação (motivação favorável). Gestor da UBS (motivação favorável). Profissionais da NASF (motivação favorável)
Prazo	Dois meses para oficina de pintura. Dois meses para oficina de yoga.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica, Psicóloga, e assistente social.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Para o modelo de organização do plano de ação dessa atividade é necessário a divulgação para acolhimento das pessoas que estão com diabetes e hipertensão e que estejam com stress e se disponibilizam a participar de atividades que possam melhorar essa situação. O monitoramento da atividade será acompanhado com o número de pessoas participantes e o nível de satisfação de cada. Para as atividades demanda instrumentos de capacitação e desenvolvimento do bem-estar pessoal, então o instrumento se interliga com que particularmente a pessoa se sente bem em participar.

Elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 4. Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Alcoolismo
Operação (operações)	Desenvolvimento de um grupo de ajuda.
Projeto	Oficina da União.
Resultados esperados	Melhorar em cerca de 30% o número de pacientes com diabetes e hipertensão que fazem o uso descontrolado de álcool.
Produtos esperados	Criação de oficinas de apoio que possam aumentar a consciência e ajuda dos pacientes com problema de alcoolismo.
Recursos necessários	Estrutural: Um espaço na estrutura física Cognitivo: profissionais que possam fazer a interface do alcoolismo e os temas de conscientização do controle do álcool Financeiro: Recursos materiais para a oficina que levem a compreensão facilitada dos pacientes Político: Mobilização social
Recursos críticos	Estrutural: Espaço que possa caber todos que querem participar Cognitivo: profissionais que estejam aptos para realizar a oficina Político: mobilização social Financeiro: recursos materiais de qualidade que possam apoiar a oficina
Controle dos recursos críticos	Secretário municipal de saúde (motivação favorável). Adesão do gestor da UBS (motivação favorável)
Ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, associação comunitária). Palestras mensais sobre a evolução das atividades
Prazo	Um mês para o começo das atividades. 12 meses para as oficinas.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Psicólogo, assistente social, enfermeira e coordenador da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Essa é uma atividade que precisa de uma constante avaliação, porque depende dos instrumentos de desenvolvimento que possam impactar diretamente na vida pessoal do paciente. A comunicação é um dos instrumentos essenciais para o desenvolvimento eficiente dessa atividade e por isso se organiza na definição de acompanhamento do plano se está

	sendo efetivo, pelos responsáveis de cada ação.
--	---

Elaborado pelo autor, 2020.

Quadro 5. Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema ‘Diabetes’ e “Hipertensão” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família. Distrito de Santa Luzia, cidade São Sebastião do Maranhão, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Sedentarismo
Operação (operações)	Incentivo a atividade física para a melhora no bem-estar das pessoas com diabetes e hipertensão da comunidade.
Projeto	Bem+.
Resultados esperados	Melhorar em cerca de 50% do número de hipertensos e diabéticos que participam de atividades físicas.
Produtos esperados	Aulas de dança. Caminhada comunitária. Aulas de atividade física
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico para a realização das atividades de dança e reunião para a caminhada comunitária. Cognitivo: Informação sobre o tema. Financeiro: educadores físicos que possam ensinar dança esporte e sobre o condicionamento físico. Político: Mobilização social.
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico e profissionais adequados para a realização do projeto Cognitivo: processo de continuação das atividades Político: Mobilização social Financeiro: Recursos para impressão de folder para adesão dos pacientes
Controle dos recursos críticos	Adesão dos profissionais de dança (motivação favorável). Profissionais da NASF (motivação favorável). Gestor da UBS (motivação favorável)
Ações estratégicas	Reuniões intersetoriais (dirigentes, equipe de saúde, diretora da escola, associação comunitária).
Prazo	Um mês para a adesão da comunidade. Cinco meses para a realização das atividades.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Assistente social, Médico, psicólogo, enfermeira.

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Esse plano de ação está interligado com a qualidade de vida do idoso e por isso se capilariza com profissionais que possam ampliar o gosto da população escolhida para a realização de atividades físicas. A avaliação deve ser feita semanalmente em relação ao peso e disposição de cada pessoa, e para isso o profissional de saúde vai poder avaliar o desempenho pessoal. Escolha do profissional capacitado; Organização dos locais de realização da atividade, bem como o horário e dia da semana; escolha das atividades para cada momento físico; Avaliação de satisfação mensalmente da comunidade atuante.
--	---

Elaborado pelo autor, 2020.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas encontrados nesse trabalho podem levantar questões acerca da qualidade de saúde nos serviços de saúde e a promoção de atividades que estejam relacionadas ao bem-estar social. Quando o foco não está relacionado à doença, outras atividades podem ser realizadas para que não venha a amplificar os problemas de saúde e até mesmo diminuir algumas situações que são problemas na comunidade.

A atenção primária a saúde voltada para a família deve ser descentralizada para ter várias possibilidades para a oferta de saúde. A saúde também é interligada a fatores de promoção a saúde como vimos nesse trabalho em relação à hipertensão e diabetes que são influenciadas pelo stress, pela má alimentação, por questões de sedentarismo e até mesmo pelo desemprego.

Quando se observa os pontos de nós críticos em relação ao problema, a efetividade da ação com mais qualidade, do que na perspectiva de intervenção apenas quando surgir à doença. Os processos da comunidade em relação às ações que influenciam no surgimento do problema, devem ser relevantes para o planejamento de ações voltadas na promoção à saúde. Como identificado o processo de envelhecimento surge com diversas questões que estão relacionadas com a qualidade de vida, quando o olhar dos profissionais de saúde está voltado aos hábitos que são influenciadores, a intervenção está integrada nos princípios do SUS.

Por fim, concluímos que esse trabalho serve de apoio a outros gestores e equipes de saúde no desenvolvimento da promoção a saúde nos serviços de saúde, principalmente na atenção básica que tem objetivos voltados a ser porta de entrada, de ser longitudinal, ter abrangência voltada à comunidade. Essas questões quando observadas conectam a saúde a qualidade de vida e por isso são extremamente importantes para o desenvolvimento de um acesso no serviço de saúde que tenha promoção e prevenção em saúde.

REFERENCIAS

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319–325, 2011.

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016.

BOUSQUAT, Aylene *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141–1154, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção primária - rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: 17 de julho de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: http://bvs.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_crônica.pdf. Acesso em: 17 de julho de 2020.

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: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 17 de julho de 2020.

CAMPOS, Gastão Wagner; PEREIRA JÚNIOR, Nilton. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.

CORTEZ, Daniel Nogueira *et al.* Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. *Acta Paul Enfermagem*, v. 28, n. 3, p. 250–255, 2015.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. Brasília: Unasus, 2011. Disponível em:

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 17.07.2020

GARUZI, Miriane *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista panamericana de salud pública**, v. 35, n. 2, p. 144–149, 2014.

GIOVANELLA, L *et al.* **Atenção Primária à Saúde: conceitos , práticas e pesquisa**. *saúde debate*, v. 42, n. 1, p. 452–456, 2018.

HELENA, Ernani Tiaraju de Santa; NEMES, Maria Ines Battistella; ELUF-NETO, José. Avaliação da assistência a pessoas com hipertensão arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 614-626, 2010.

INES, Lessa. Hipertensão arterial sistêmica no Brasil: tendência temporal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 2010, 2010.

KLEBA, Maria Elisabeth; ROMANINI, Aline; CIGOGNINI, Denise Cazarotto. Estimativa rápida participativa como ferramenta de diagnóstico na estratégia saúde da família. **Griffos**, v.24, n.38/39, p. 234-246 2015.

LOBO, Larissa Aline Carneiro *et al.* Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 6, p. 240–260, 2017.

MALFATTI, Carlos Ricardo Maneck; ASSUNÇÃO, Ari Nunes. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1383–1388, 2011.

MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 9, n. 32, p. 273–278, 2014.

NOBRE, Fernando *et al.* Hipertensão arterial primária. *Fmrp*, v. 46, n. 3, p. 72–256, 2013.

MORESCHI, Claudete *et al.* Estratégias Saúde da Família: perfil/qualidade de vida de pessoas com diabetes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, n. 6, p. 2899-2906, 2018.

NUEVA, Lumey Yaima Tamayo. **Prevenção e controle da hipertensão arterial, em São Sebastião do Maranhão**. *Minas Gerais*: UFMG , 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/handle/1843/30299> Acesso em: 12.06.2020

PINTO, Antonio Germane Alves *et al.* Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para

resolubilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 653–660, 2011.

RABETTI, Aparecida de Cássia; FREITAS, Sérgio Fernando Torres De. Avaliação das ações em hipertensão arterial sistêmica na atenção básica. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 2, p. 68–258, 2011.

SALCI, Maria Aparecida; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 25, 2017.

SILVA, Daniele Braz Da *et al.* Associação entre Hipertensão Arterial e Diabetes em centro de saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 16–23, 2012.

WINKELMANN, Eliane Roseli; FONTELA, Paula Caitano. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 23, n. 4, p. 665–674, 2013.