

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO

FACULDADE DE MEDICINA

NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabela Souto Siqueira

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO EM EQUIPE PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES NA ÁREA ADSCRITA À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II VANDEIR JOSÉ BRANDÃO,
BONFINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Unai

2020

Isabela Souto Siqueira

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO EM EQUIPE PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES NA ÁREA ADSCRITA À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II VANDEIR JOSÉ BRANDÃO,
BONFINÓPOLIS, 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

Orientadora: Professora Adriana Flávia Braga
Marques

Unai

2020

Isabela Souto Siqueira

**PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO EM EQUIPE PARA
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES NA ÁREA ADSCRITA À UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II VANDEIR JOSÉ BRANDÃO,
BONFINÓPOLIS, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Professora Adriana Flávia Braga Marques, Mestre em Saúde Pública, UECe
Professora Isabel Aparecida Porcatti de Walsh, Doutora em Fisioterapia, UFSCar

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de setembro de 2020.

Dedico este trabalho ao meu noivo, Gustavo
Cunha Alves, grande colaborador e
incentivador.

Agradeço à minha Equipe de trabalho pela
contribuição na coleta de dados e atribuições do
projeto.

“O importante e bonito do mundo é isso: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas, mas que elas vão sempre mudando. Afinam e desafinam.” João Guimarães Rosa

RESUMO

Um dos maiores desafios da atenção básica atualmente é o combate às doenças crônicas. Em torno de 70% das mortes no mundo são causadas por doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes e respiratórias crônicas. A epidemia de doenças crônicas resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que são mais afetadas populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. A Atenção Básica, em sua importante atribuição de porta de entrada do Sistema de Saúde no Brasil, tem o papel de reconhecer o conjunto de necessidades da população, organizar os serviços de forma adequada e oportuna, impactando positivamente nas condições de saúde, contribuindo para melhoria da qualidade de vida dessa população. Nesse sentido o trabalho espera contribuir para a redução de vulnerabilidades em relação à Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus tipo 2, identificar motivos da má adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso implementando estratégias de coprodução e cogestão envolvendo equipe multiprofissional por meio da Educação em saúde e a comunicação entre os usuários hipertensos e diabéticos, as famílias e os profissionais de saúde levando em consideração os determinantes sociais em saúde. Para a construção do referencial teórico, utilizada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescan, referências bibliográficas e pesquisas na rede mundial de computadores. Aplicado o método do Planejamento Estratégico Situacional/ Estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações, de acordo com Planejamento e avaliação das ações em saúde. Bonfinópolis de Minas é uma cidade com população estimada de 5.493 habitantes. Há cerca de dezoito anos foi implantada a estratégia de saúde da família para reorganizar a atenção básica. Hoje, são duas equipes cobrindo zona urbana e rural. A área de abrangência em foco, é a da UBSFII Vandeir Brandão e a partir de reuniões com toda a equipe da UBSF em bimestres diferentes, sugerindo que elencassem os principais problemas existentes na comunidade, a partir da visão de cada um, foi criada e discutida lista com os cinco problemas que mais apareciam e produzida classificação de prioridade para os problemas identificados, além de levantamento de dados que demonstrou entre outros, predominância dos usuários na idade adulta e com idade acima de 60 anos. Os dados coletados evidenciaram as principais morbidades, hipertensão arterial e diabetes tipo 2, doenças crônicas fortemente ligadas ao sedentarismo e a dietas não saudáveis, identificando que a maioria dos usuários não fazem devido acompanhamento dessas comorbidades. Ao final, entre outros, construíram-se as propostas de ações para a motivação dos atores e plano operativo constituído por ações, resultados esperados, prazos e responsáveis. Com isso, espera-se um acompanhamento dinâmico, organizando os dados obtidos analisando e consolidando as informações para avaliação do projeto e contribuir com a redução das taxas de complicações decorrentes de mau controle das comorbidades à longo prazo, impactando sobre os indicadores de saúde da área adscrita.

Palavras-chave: Atenção básica. Doenças crônicas. Hipertensão arterial sistêmica. Diabetes Mellitus tipo 2. Determinantes sociais em saúde. Equipe multiprofissional. Educação em saúde. Hábitos saudáveis. Plano de Intervenção. Saúde coletiva. Saúde pública.

ABSTRACT

Nowadays one of the biggest challenges in primary health care is the fight against chronic diseases. Around 70% of deaths worldwide are caused by cardiovascular diseases, neoplasms, diabetes and chronic respiratory diseases. The epidemic of chronic diseases results in devastating consequences for individuals, families and communities, in addition to overloading health systems. Studies show that low-income populations are most affected, as they are more vulnerable, more exposed to risks and have less access to health services and health promotion and disease prevention practices. Primary Care, in its important role as the gateway to the Health System in Brazil, has the role of recognizing the population's set of needs, organizing services in an appropriate and timely manner, positively impacting health conditions, contributing to improvement the quality of life of this population. In this sense, this work hopes to contribute to the reduction of vulnerabilities in relation to systemic arterial hypertension and type 2 diabetes mellitus, to identify reasons for poor adherence to non-drug and drug treatment by implementing co-production and co-management strategies involving a multidisciplinary team through health education and communication between hypertensive and diabetic users, families and health professionals taking into account social determinants in health. For the construction of the theoretical framework, the Nescon Virtual Health Library, bibliographic references and research on the world wide web were used. The Situational Strategic Planning / Rapid Estimation method was applied to determine the priority problem, the critical nodes and the actions, according to Planning and evaluation of health actions. Bonfinópolis de Minas is a city with an estimated population of 5,493 inhabitants. About eighteen years ago, the family health strategy was implemented to reorganize primary care. Currently, there are two teams covering urban and rural areas. The coverage area in focus, is that of UBSFII Vandeir Brandão and from meetings with the entire UBSF team in different bimonths, suggesting that they list the main problems existing in the community, from the perspective of each one, was created and discussed list with the five problems that most appeared and produced priority classification for the identified problems, in addition to data collection that demonstrated, among others, the predominance of users in adulthood and over the age of 60 years. The collected data showed the main morbidities, arterial hypertension and type 2 diabetes, chronic diseases strongly linked to physical inactivity and unhealthy diets, identifying that most users do not monitor these comorbidities properly. In the end, among others, action proposals were built to motivate the actors and an operational plan consisting of actions, expected results, deadlines and those responsible. With this, dynamic monitoring is expected, organizing the data obtained by analyzing and consolidating the information for project evaluation and contributing to the reduction of complication rates resulting from long-term poor control of comorbidities, impacting on the area's health indicators attached.

Keywords: Primary care. Chronic diseases. Systemic arterial hypertension. Type 2 diabetes mellitus. Social determinants of health. Multiprofessional team. Health education. Healthy habits. Intervention Plan. Public health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AISs	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
COSECS	Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais/Agência de Políticas Públicas
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
HAS	Hipertensão Arterial Crônica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPI	Imposto sobre Produtos Industrializados
IPTR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
IPTU	Imposto sobre a propriedade Predial e Territorial Urbana
IPVA	Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRPF	Imposto de Renda Pessoa Física
ISS	Imposto sobre Serviços
ITBI	Imposto sobre Transmissão de Bens Inter Vivos
ITR	Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade Básica de Saúde da Família Vandeir José Brandão, município de Bonfinópolis, estado de Minas Gerais	24
Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Doenças Crônicas e método	28
Quadro 3 – Descritores do problema doenças Crônicas UBSFII 2018	38
Quadro 4 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Doenças Crônicas	39
Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos das Doenças Crônicas	41
Quadro 6 – Propostas de ações para a motivação dos atores – Controle dos Recursos Críticos	41
Quadro 7 – Plano Operativo- Modificar Estilo de Vida	42
Quadro 8 – Plano Operativo- Informar Mais	43
Quadro 9 – Plano Operativo- Aderir Mais	44

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos Gerais do Município	14
1.2 O sistema municipal da saúde	15
1.3 Aspectos da Comunidade	19
1.4 A Unidade Básica de Saúde Vandeir José Brandão	19
1.5 A Equipe de Saúde da Família Vandeir José Brandão	20
1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe Vandeir José Brandão	21
1.7 O dia a dia da equipe Vandeir José Brandão	21
1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da comunidade	22
1.9 Priorização dos Problemas	23
2 JUSTIFICATIVA	25
3 OBJETIVOS	26
3.1 Objetivo Geral	26
3.2 Objetivos Específicos	26
4 METODOLOGIA	27
5 REFERENCIAL TEÓRICO	30
5.1 Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica	30
5.2 A Estratégia Saúde da Família, uma proposta para mudança de planos	31
5.3 Política Nacional de Atenção Básica: por que e para que?	32
5.4 A Educação em Saúde que Considera os Determinantes Sociais de Saúde	32
5.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis	35
5.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica	36
5.5.2 <i>Diabetes Mellitus</i>	36
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	37
6.1 Descrição do Problema	37
6.2 Explicação do Problema	38
6.3 Seleção dos Nós Críticos	39
6.4 Desenhos das Operações	39
6.5 Sobre o Projeto	45
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49

1 INTRODUÇÃO

De um total de 57 milhões de mortes no mundo, cerca de 41 milhões delas no ano de 2016 (portanto, cerca de 71%), ocorreram devido a doenças não transmissíveis (DCNT). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Esses dados são confirmados por outras fontes: As doenças crônicas (cardiovasculares, respiratórias crônicas, cânceres e diabetes) são responsáveis por aproximadamente 70% de todas as mortes no mundo. (BRASIL, 2014). Evidências indicam aumento das doenças crônicas em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco, o tabaco, sedentarismo, abuso do álcool e dietas desequilibradas. O aumento das doenças crônicas resulta em diversas consequências para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde.

No funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), as DCNT além dos outros níveis de atenção à saúde, um dos maiores desafios atuais para a Atenção Básica é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas, estas são condições com grande predominância nos dias atuais, compostas por diversos fatores ligados a determinantes genéticos, biológicos, socioculturais e que necessitam de abordagem por equipe de saúde multifatorial, como também, participação do indivíduo, família e toda comunidade.

A Atenção Básica tem papel de extrema importância por ser a principal forma de ingresso ao Sistema de Saúde e desta maneira, por estar mais próxima do usuário, tem como função reconhecer, organizar, priorizar as necessidades da população, contribuindo para melhoria da qualidade de vida desta.

Nesse contexto, torna-se necessário que a Atenção Básica desenvolva metodologias e instrumentos de apoio, realizar um esforço para qualificar o cuidado integral, de forma que se amplie as estratégias de promoção e educação em saúde, além do reconhecimento dos diversos fatores de risco modificáveis e não modificáveis, tratamento, recuperação com ênfase no autocuidado.

Este Trabalho de Conclusão de Curso, partindo da realidade local de uma equipe de saúde da família localizada no município de Bonfinópolis de Minas, com os aprendizados proporcionados durante o curso de especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família, apoiou-se na pesquisa por referenciais teóricos e uma proposta de intervenção fundamentada em estimativa rápida e priorização de problemas.

Esse percurso é descrito no que vem a seguir, tratando sobre contextualização geográfica, econômica, política e social do Município, seu sistema de saúde, o funcionamento

da equipe de Saúde da Família II Vandeir Brandão (UBSFII), um diagnóstico local e a escolha de prioridades. A abordagem da Atenção Básica (aqui também usado o termo Atenção Primária), a localização da Estratégia Saúde da Família nesse nível de atenção, trazendo também conceitos entendidos necessários como, educação permanente em saúde, educação em saúde e o entendimento da importância de olhar para os determinantes sociais de saúde ao se propor educação em saúde em projetos na estratégia saúde da família. As doenças crônicas e a proporção de problemas que afetam as pessoas, a delimitação de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, pautada pela realidade local constatada na estimativa rápida e por fim, a proposta de intervenção e todos os pontos trabalhados pela equipe com a descrição dos passos percorridos: explicação do problema, a seleção dos nós críticos e os desenhos das operações.

1.1 Aspectos gerais do município

Bonfinópolis de Minas é uma cidade com população estimada de 5493 habitantes. (IBGE, 2017). De acordo com a Prefeitura Municipal de Bonfinópolis de Minas/MG (2013), Bonfinópolis está localizada na região sudeste do Brasil, a noroeste do estado de Minas Gerais, na região fisiográfica do vale do Urucuia e microrregião de Unaí. Ocupa uma área de 1.850,487 Km², densidade demográfica: 3,17 hab/km², apresentando uma topografia plana com algumas elevações, cuja vegetação predominante é o cerrado com pequenas áreas de campos e matas. Possui clima tropical (semiárido) e a temperatura varia de 14°C a 38°C. Limita-se ao norte com Riachinho-MG, a leste com Santa Fé de Minas, a oeste com Dom Bosco e Natalândia e ao sul, com Brasilândia de Minas. As principais vias de acesso ao município são a MG 181 que liga a cidade à capital do Estado a 560 Km, tendo João Pinheiro a 150 Km e Riachinho a 40 Km e a BR 251 que liga o município a capital federal a 325 Km e Unaí a 144 Km. A cidade teve um decréscimo populacional importante nas 4 últimas décadas em função da diminuição da extensão do município (municipalização de seus territórios) e também da constante migração de seus filhos para outras cidades. A cidade vive da Agricultura de soja, milho, feijão e café; Pecuária de corte e leite; De uma pequena Indústria; De Agricultura e pecuária de subsistência (familiar); De pequenos plantios de maracujás e Comércio locais. A atividade política partidária era polarizada entre dois grupos políticos, porém isso se transformou ao longo dos anos, novas lideranças, criação de novos partidos, tem mudado o cenário político da cidade. Bonfinópolis há uma grande tradição cultural: movimenta a região com carnaval, exposição, Cavalgadas, festas juninas, folias e suas festas religiosas. Na educação, de acordo com IBGE (BRASIL, 2019), a taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade é de 97,7%, ficando em 6º em

sua microrregião composta por nove cidades, demonstrando que a evasão escolar ainda existe no município. Na Saúde se destaca, tem sido referência aos municípios do entorno, apesar da necessidade constante de melhorias, segundo o IBGE (BRASIL, 2019), possui taxa de mortalidade infantil de 16,13 por mil nascidos vivos, que é o 4º menor em sua microrregião. Há cerca de dezoito anos o município adotou a estratégia de saúde da família para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 02 equipes cobrindo quase que 100% da população, zona urbana e rural.

1.2 O sistema municipal da saúde

Financiamento da saúde

Transferências:

As transferências são feitas pelo Fundo Municipal de Saúde por 2 Blocos de Financiamento:

Bloco de custeio

- Atenção Básica
 - PAB Fixo
 - PAB Variável = ESF + NASF + ESB + ACS + PMAQ
- Assistência Farmacêutica
 - Qualifar-sus
 - Programa de Ass. Farmacêutica
- Média e Alta Complexidade
 - Teto da MAC
 - Teto Rede de Saúde Mental
 - Rede Cegonha
- Vigilância em Saúde
 - Piso fixo de vigilância em saúde (pfvs) parcela
 - Agente de Combate às Endemias
 - Incentivos pontuais para ações de serviços de vigilância em saúde IPVS
- Gestão do SUS.

Bloco de investimento

- Atenção Básica
 - Estruturação da rede de serviços de atenção básica de saúde
 - Estruturação da atenção à saúde bucal

- Atenção Especializada
 - Estruturação de unidades de atenção especializada em saúde
- Vigilância em Saúde;
- Desenvolvimento de Tecnologias;
- Gestão do SUS.

Os recursos referentes ao Bloco de Investimento são utilizados para a aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para realização de ações e serviços públicos de saúde.

- Recursos próprios:
 - Receitas de Impostos
IPTU; ITBI; ISS; IRPF; ITR.
 - Receita de transferências constitucionais e legais
FPM; IPTR; ICMS; IPVA; IPI
- Gasto per capita/ano:

De acordo com SIOPS(2018)

- Gasto aproximadamente R\$ 1.300,00 (um mil e trezentos)
- Total de Gasto/ano R\$ 7.529.445,00 (sete milhões quinhentos e vinte nove mil quatrocentos e quarenta e cinco reais)

Rede de serviços

As **Redes de Atenção à Saúde (RAS)** são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A RAS, como rede que é, foi criada para funcionar em conexão e em torno da Atenção Básica (AB) e,

“(…)Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da AB como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. (BRASIL, 2017b)

Atenção Primária/ Atenção Básica

- Atenção à Saúde da Criança
- Atenção à Saúde do Adolescente
- Atenção à Saúde da Mulher
- Atenção à Saúde do Homem
- Atenção à Saúde do Idoso
- Atenção à Doenças Crônicas
- Atenção à Pessoa Tabagista
- Atenção à Saúde Bucal
- Atenção à Saúde Mental
- Promoção da Saúde
- Vigilância em Saúde
- Imunização
- Urgência e Emergência na Atenção Primária à Saúde
- Procedimentos realizados em Unidades Básicas de Saúde
- Assistência Farmacêutica na Atenção Primária
- Exames Diagnósticos na Atenção Primária
- Promoção da Equidade em Saúde

Atenção Especializada:

• A cidade não possui atendimento de especialidades todos os dias. Mensalmente há atendimento pelo SUS de cardiologia, psiquiatria, urologia. Não possuímos no município serviço de ginecologia e pediatria pelo SUS, essas e outras especialidades são atendidas em outras localidades como Paracatu, Unaí e João Pinheiro.

Atenção de Urgência e Emergência:

• Há uma Unidade Básica com funcionamento 24h que faz o primeiro atendimento às Urgências e Emergências e dependendo da gravidade são encaminhadas ao Pronto Atendimento do Hospital Municipal de Unaí ou de Paracatu (quando gestantes) ou referenciados para Patos de Minas caso necessite de UTI adulto, criança ou neonatal.

Atenção Hospitalar

- Realizada nas cidades maiores da região como Paracatu, Unaí e João Pinheiro.

Apoio Diagnóstico

• Conta com dois laboratórios de análises clínicas, um do município que atua pelo SUS , mas não realiza a maioria dos exames e não funciona 24h e nem aos finais de semana e

feriados, outro particular , de alto custo e também não funciona 24h e nem nos feriados e finais de semana.

- Na Unidade Básica do Centro há um aparelho para radiografias, porém é bastante antigo, com qualidade precária dos exames realizados.

- Eletrocardiogramas são realizados na Unidade Básica de Saúde Centro com apoio de Telemedicina para os laudos, porém não funciona 24h.

- Há uma clínica que realiza Ultrassonografia, mas não funciona todos os dias.

Assistência Farmacêutica

- Há uma farmácia do SUS que fornece medicações essenciais como anti-hipertensivos, hipoglicemiantes, antitérmicos, gratuitamente.

- Há outras 3 farmácias na cidade, apenas uma farmácia popular. As farmácias funcionam todos os dias da semana até às 22h e nos finais de semana apenas uma funciona em regime de plantão até as 20h.

Vigilância de Saúde

- Há o serviço de Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica

- Saúde do Trabalhador

Consórcio Saúde:

- CONVALES (CONSÓRCIO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO DOS VALES DO NOROESTE

Municípios Consorciados (COSECS-MG, 2020)

Arinos

Bonfinópolis de Minas

Brasilândia de Minas

Buritiz

Cabeceira Grande

Chapada Gaúcha

Dom Bosco

Formoso

Guarda Mor

João Pinheiro

Lagoa Grande

Natalândia

Paracatu

Riachinho
 Santa Fé de Minas
 Unaí
 Uruana de Minas
 Urucuia
 Vazante

Relação com outros Municípios

• A Referência direta é para o município de Unaí e as gestantes para o município de Paracatu.

Modelo de Atenção

- Modelo Assistencial Piramidal

1.3 Aspectos da comunidade

A comunidade abrangida pela UBSF II é composta por 9 microáreas que atendem 2972 usuários tanto da zona urbana (2073), quanto na zona rural (899). A urbana abrange 2 bairros, Centro e Arrozal. O bairro Centro compreende a maior concentração dos comércios da cidade, além de praças e igrejas, o bairro Arrozal contém mais domicílios e poucos prédios comerciais. A zona rural abrangida é composta por 4 comunidades, Saco da Roça, Riacho das Pedras, Imbé e Assa Peixe. A atividade predominante da cidade é a agricultura de soja e os produtos da agricultura familiar. Essas comunidades possuem cultura religiosa católica bem arraigada o que rege as principais tradições da cidade.

1.4 A unidade básica de saúde Vandeir José Brandão

A Unidade de Saúde da Equipe de Vandeir José Brandão, que abriga a Equipe 02, foi inaugurada há cerca de 13 anos e está situada no bairro Arrozal na rua São José que faz a ligação com o centro da cidade. É uma casa, adaptada para ser uma Unidade de Saúde. A casa é antiga, porém reformada. Sua área pode ser considerada inadequada considerando a demanda e a população atendida de aproximadamente 2972 pessoas, embora o espaço físico seja muito mal aproveitado.

A área destinada à recepção possui dimensão inadequada, razão pela qual, nos horários de atendimento, usa-se o salão de reuniões da Unidade. A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. Atualmente, está melhor equipada, mas não conta com os recursos básicos, como: glicosímetro, nebulizador, sala de curativos, sala de

medicações e observação. Há uma sala para atendimento médico, que nos dias de visita domiciliar ou que não há atendimento médico, é usada pela nutricionista ou fonoaudióloga, uma sala para atendimento da enfermeira, uma sala para atendimento do dentista. Um salão de reunião que é usado como sala de espera dos atendimentos, quando não está sendo utilizado, este ambiente também é utilizado pela fisioterapia nas terças e quintas à noite para realização de Pilates. O espaço conta também com uma pequena cozinha e uma sala para as agentes de saúde. A falta dos equipamentos e salas para procedimentos como curativos, medicações e observação clínica, espaço adequado, serviços básicos como por exemplo, coleta de exames laboratoriais, necessários em uma unidade, além de coordenação efetiva constitui uma tensão relevante entre a Equipe de Saúde, a coordenação da eSF, o gestor municipal de saúde e a população. Essa escassez de recursos físicos e humanos, assim como de gestão, geram tensões entre profissionais, gestão, população e o executivo municipal.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Vandeir José Brandão

As atividades na unidade iniciaram em 17 de junho de 2007. O território de abrangência são os bairros Centro e Arrozal na zona urbana, com 2073 usuários e as comunidades Saco da Roça, Riacho das Pedras, Imbé e Assa Peixe, na zona rural com 899 usuários.

A Equipe Vandeir José Brandão é formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Possui 9 Agentes comunitários de saúde, portanto são 9 microáreas que incluem zona urbana e rural:

- ACS da microárea 1 com 420 usuários do bairro centro na zona urbana.
- ACS microárea 2 com 194 usuários da comunidade Saco da Roça, na zona rural.
- ACS microárea 3 com 155 usuários da comunidade Riacho das Pedras, na zona rural.
- ACS microárea 4 com 185 usuários da comunidade Imbé, na zona rural.
- ACS microárea 5 com 470 usuários do bairro Centro na zona urbana.
- ACS microárea 6 com 543 usuários do bairro Arrozal na zona urbana.
- ACS microárea 7 com 640 usuários do bairro Arrozal na zona urbana.
- ACS microárea 8 com 187 usuários da comunidade Assa Peixe na zona rural.
- ACS microárea 9 com 174 usuários da comunidade Assa Peixe na zona rural.
- 1 Médica que atende de segunda a quinta na UBSF, das 7h às 11h e das 13h às 17h.
- 1 enfermeira, responsável técnica da unidade e atua de segunda à sexta de 7h às 11h e

13h às 17h.

- 1 Cirurgião-dentista, faz atendimentos de segunda à sexta das 7h às 11h e das 13h às 17h.
- 1 Técnica em higiene dental – THD, atende junto ao dentista, nos mesmos horários.
- 1 Fisioterapeuta dá aulas de Pilates no salão de reuniões da UBSF todas as terças feiras às 19h.
- 1 Fonoaudióloga, realiza o atendimento na unidade todas às sextas feiras de 7h às 11h.
- 1 Nutricionista, atende na unidade as quarta feiras das 7 às 11h da manhã.
- 1 Técnica de enfermagem, realiza a vacinação e contribui no acolhimento e triagem de segunda à quintas das 7h às 11h e das 13h às 17h.

1.6 O funcionamento da unidade de saúde da equipe Vandeir José Brandão

A Unidade de Saúde funciona das 7 h às 17 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo, sempre que o auxiliar de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade. Esse fato tem sido motivo de algumas discussões, principalmente entre o enfermeiro, as agentes da zona urbana e o secretário de saúde, que justifica a necessidade de se utilizar o trabalho dos ACS's nessas atividades, pela dificuldade de contratação de um recepcionista. As consultas do dentista, fonoaudióloga e nutricionista são agendadas. As consultas médicas são na sua maioria por livre demanda, devido uma dificuldade da população em aceitar e entender o agendamento de consultas médicas.

1.7 O dia a dia da equipe Vandeir José Brandão

O tempo da equipe da UBSF II, está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte), segunda, terça são atendidas 30 fichas pela manhã e tarde, na quarta feira são feitas visitas domiciliares pela manhã e à tarde é destinada ao pré-natal com consultas agendadas nos dois períodos. Nas quintas feiras são atendidas puericultura, realizadas por agendamento (3 fichas pela manhã e 3 fichas à tarde) e fichas de livre demanda. Todos os dias há atendimento do dentista, nas quartas pela manhã com a nutricionista e nas sextas pela manhã com a fonoaudióloga. Não há consulta de enfermagem devido o planejamento inicial inserido na unidade, o que dificulta o acolhimento e o andamento na unidade. Trabalhamos com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, planejamento familiar, puericultura, atendimento a hipertensos e diabéticos. A equipe

desenvolve ações de grupos operativos para hipertensos e diabéticos, um grupo contra o tabaco, curso de gestantes e estamos trabalhando em um projeto de horta comunitária com a participação de crianças e adolescentes. A população não tem perfil participativo das atividades na unidade, devido uma cultura de procurar o atendimento só quando já se está com sinais e sintomas. Há também negação das doenças crônicas e recusa de seguir orientações, levando a má adesão ao tratamento e desconhecimento sobre tais condições.

1.8 Estimativa Rápida: Problemas de Saúde do Território e da comunidade

Em reuniões de equipe da UBSF com a participação de todos funcionários, em que foram elencados os principais problemas que ocorriam em nossa comunidade.

Lista de Problemas de Saúde no Território:

- Aumento da violência;
- Aumento do consumo de drogas ilícitas
- Analfabetismo;
- Evasão Escolar;
- Rotatividade de profissionais;
- Falta de capacitação para profissionais área da saúde;
- Má coordenação dos serviços;
- Falta de interesse da população;
- Má organização da atenção primária (Ex.: maior número de consultas médicas de livre demanda do que agendamentos);
- Falta de especialidades médicas que atendam na localidade;
- Não possui Unidade completamente equipada para o serviço de Urgência e Emergência, sendo necessários muitos encaminhamentos;
- Não possui Hospital e maternidade na localidade;
- Não possui serviço de análise clínica eficiente e de funcionamento 24h;
- Não possui serviço de diagnóstico de imagem eficiente e de funcionamento regular;
- Não possui farmácia de funcionamento 24h;
- Grande gasto financeiro da saúde com transportes;
- Maior quantidade de consultas por demanda espontânea;
- Não há consulta de enfermagem;
- Falta recepcionista na UBSF;

- Não há atendimento de especialidades médicas como ginecologia e pediatria;
- Falta de materiais básicos como glicosímetro, nebulizador;
- A UBSF não possui sala de medicações e sala de curativos;
- Grande quantidade de usuários hipertensos e diabéticos com má adesão ao tratamento tanto não medicamentoso quanto medicamentoso;
- Falta de acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas, por baixa adesão;
- Muitos usuários na faixa para realizar acompanhamento de puericultura e não o fazem;
- Baixa presença de adolescentes frequentando a unidade.

1.9 Priorização dos problemas

Aconteceram três reuniões de equipe com todos os funcionários da UBSF em bimestres diferentes, nelas foi sugerido que elencassem os principais problemas que existiam na nossa comunidade, a partir da visão de cada funcionário, foi construída e discutida uma lista com os cinco problemas que mais apareciam.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde II, Unidade Básica de Saúde da Família Vandeir José Brandão, município de Bonfinópolis, estado de Minas Gerais 2019

Principais Problemas	Importância	Urgência *	Capacidade de enfrentamento	Seleção
1-Grande quantidade de usuários com doenças crônicas e má adesão a o tratamento	ALTA	8	Parcial	1

2-Falta de recursos básicos	ALTA	6	Parcial	2
3- Aumento da violência	ALTA	5	Parcial	5
4- Aumento Usuários de drogas	ALTA	5	Parcial	4
5- Quantidade de lixo e destino	ALTA	6	Parcial	3

*De um total de 30 pontos distribuídos

O levantamento de dados promovido para construir o diagnóstico situacional da UBSFII Vandeir José Brandão, demonstrou que a maioria dos usuários está na idade adulta e grande presença de usuários com idade acima de 60 anos. Os dados coletados evidenciaram também, que a principal condição de saúde encontrada nesta população é a hipertensão e diabetes tipo 2, duas importantes doenças crônicas fortemente ligadas ao sedentarismo e a dietas não saudáveis, dois nós críticos dessas condições, além de que, a maioria desses usuários não fazem o acompanhamento correto dessas comorbidades. Os indivíduos portadores de condições crônicas e seus familiares convivem com seus problemas diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informados sobre suas condições, motivados a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Nesta área de abrangência, são outros nós críticos, a falta de informações e a baixa adesão aos tratamentos. Assim, nossa equipe de saúde tem como objetivo a realização de ações com o intuito de compartilhar informações e conhecimentos entre ESF e comunidade a respeito da percepção da doença e, assim, otimizar a taxa de adesão ao plano terapêutico conjunto e consequentemente, reduzir as taxas de complicações decorrentes de mau controle das comorbidades à longo prazo.

2 JUSTIFICATIVA

“A epidemia de doenças crônicas resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde” (MALTA et al., 2017).

“Em 2016, cerca de 41 milhões de mortes ocorreram devido a doenças não transmissíveis (DCNT), representando 71% do total de 57 milhões de mortes. A maioria dessas mortes foram causadas pelas quatro principais DNTs, a saber: doenças cardiovasculares (17,9 milhões de mortes; responsável por 44% de todas as mortes por DNT); câncer (9,0 milhões de mortes; 22%); doença respiratória crônica (3,8 milhões de mortes; 9%); e diabetes (1,6 milhão de mortes; 4%). (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

No mesmo documento, que foi produzido pela OMS com estatísticas mundiais de saúde em 2018, recente portanto, no ano de 2016 a mortalidade masculina antes dos setenta anos era maior (22%) sendo ele portador de uma das quatro principais doenças não transmissíveis do que uma mulher de 30 anos (15%) e a comparação entre adultos de países com baixa e alta renda os riscos eram quase o dobro nos de baixa renda. Entre 30 e 70 anos houve uma redução de mortalidade por essas causas, de 22% para 18% no período de 2000 a 2016 e a meta para 2030 é a redução da mortalidade prematura Inclui “ações para reduzir os principais fatores de risco uso de tabaco, poluição do ar, dieta não saudável, atividade física inatividade e uso nocivo de álcool, bem como melhorias detecção e tratamento de doenças”.

Os custos socioeconômicos associados têm repercussão na economia dos países, sendo estimados em US\$ 7 trilhões, durante 2011-2025, em países de baixa e média renda. Assim, a redução global das doenças crônicas é uma condição necessária para o desenvolvimento do século 21. (OMS, 2012).

Olhando para o Brasil, e mais especificamente para Minas Gerais,

“Considerando as internações hospitalares no SUS, verifica-se (...) que, entre os anos 2010 a 2017, e excluindo as internações por gravidez, parto e puerpério, dentre as sete principais causas de internações (capítulo da Classificação Internacional de Doenças 10ª edição – CID 10) no estado de Minas Gerais estão as doenças crônicas não transmissíveis: Doença do Aparelho Circulatório (12,7%), Doença do Aparelho Respiratório (11,3%), Doenças do Aparelho Digestivo (9,5%), Doenças do Aparelho Geniturinário (7,3%) e Neoplasias (6,6%). (...) Dentre as principais causas de óbitos no estado de Minas Gerais (...) as cinco maiores Doenças que acometeram a população, estão as Doenças do Aparelho Circulatório(41%), Neoplasias (tumores) (25%), Doença do Aparelho Respiratório (18%), Doenças do endócrinas, nutricionais e metabólicas (9%) e as Doenças do Aparelho Digestivo (8%) “ (MINAS GERAIS, 2018).

As pessoas com condições crônicas e seus familiares convivem com problemas decorrentes dessas condições diariamente por longo tempo, ou toda a vida. É fundamental que estejam muito bem informadas sobre suas condições, motivadas a lidar com elas e adequadamente capacitadas para cumprirem com o seu plano de tratamento. Precisam compreender sua enfermidade, reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações e saber como e onde recorrer para responder a isso. Os resultados alcançados com isso são menos sintomas, menos complicações, menos incapacidades.

As equipes de Atenção Primária em Saúde devem estimular e empregar procedimentos de colaboração entre elas e as pessoas, já que entendemos o autocuidado apoiado como uma relação de diálogo entre os saberes de cuidar de si e os saberes de cuidar do outro. Além de incluir estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável e prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado, de acordo com o Caderno de Atenção Básica número 35 (BRASIL, 2014).

“Uma das maneiras de organizar o processo de atenção é pensar e planejar intervenções nos chamados grupos de risco, onde a atenção se volta para grupos populacionais, gerando ações mais efetivas. Mapear grupos prioritários para atuação é algo muito útil na abordagem das DCNT(...) operar sobre grupos específicos tem de constituir uma das muitas estratégias de cuidado a ser ofertada, e, ainda mais importante, considerar a singularidade e autonomia dos sujeitos na definição das opções terapêuticas adequadas ao seu contexto de vida”(MALTA; MEHRY, 2010)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Contribuir para a redução de vulnerabilidades em relação à Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes *mellitus* tipo 2, implementando estratégias de coprodução e cogestão do trabalho em equipe.

3.2 Objetivos específicos

Implantar grupos de conversas com equipe multidisciplinar enfocando Educação em saúde e a comunicação entre as famílias com doenças crônicas e os profissionais de saúde, enfatizando a importância da participação da família no controle de tais comorbidades, além de compartilhar e otimizar os conhecimentos e informações da comunidade em relação à HAS e DM2.

Identificar motivos da má adesão ao tratamento não medicamentoso e medicamentoso.

Realizar aferições das medidas de pressão arterial, glicemia, circunferência abdominal, peso e índice de massa corporal, comparando e acompanhando tais medidas durante o período de realização desses grupos de conversa.

Contribuir para melhoria dos hábitos de vida dessa comunidade, com enfoque na perda de peso, dieta equilibrada e exercícios físicos regulares.

Sensibilizar a equipe multidisciplinar para a importância do acompanhamento contínuo dos pacientes com tais comorbidades.

Organizar os dados obtidos analisando-os e consolidando as informações para avaliação do projeto ao final do semestre.

4 METODOLOGIA

Para elaboração desse trabalho foi aplicado o método do Planejamento Estratégico Situacional/ Estimativa rápida, para determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações, de acordo com Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017). Para o embasamento teórico conceitual foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, documentos de órgãos públicos (Ministério da Saúde, Secretarias de saúde, por exemplo), referências bibliográficas e a rede mundial de computadores. Foram observadas, as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

Quadro 2 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Doenças Crônicas e método

Nós Críticos	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Método /Recursos
SEDENTARISMO E DIETAS NÃO SAUDÁVEIS	Modificar estilo de vida	Aumento de 20%: Prática de atividades físicas regulares, pelos usuários, aderência a dietas balanceadas e alcance de pesos corporais adequados em 1 ano	Orientações nutricionais e incentivo à prática de atividades físicas por meio de reuniões semanais com a comunidade	Será utilizado o espaço físico da UBSF para reuniões mensais, onde serão realizadas medidas do peso, cálculo do IMC, aferição da pressão arterial, glicemia e essas medidas serão tabeladas e acompanhadas pela equipe. Recursos humanos, para análise técnica e analítica . Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador, materiais papelaria, balança, esfigmomanômetro , estetoscópio, glicosímetro e fitas e calculadora
DESCONHECIMENTO SOBRE AS DOENÇAS E SUAS COMPLICAÇÕES	Informar mais	Aumentar taxa de adesão em 20% em grupos operacionais e cuidado continuado em consultas e atividades na unidade em 1 ano	Esclarecimento quanto as doenças e diversas complicações, em prol de aumentar a adesão às medidas comportamentais e medicamentosas , desonerar o sistema de saúde, aumentar a qualidade de	Utilizaremos o espaço físico para reuniões mensais, esclarecendo sobre as doenças crônicas, suas complicações e a importância do bom controle e acompanhamento. Tabelaremos o número de consultas desses usuários e o acompanhamento na UBSF;

			vida e reduzir as incapacidades Maior adesão aos grupos operativos e atividades na unidade	Recursos humanos, técnicos, intelectuais, Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador, materiais papelaria, exames laboratoriais.
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	Aderir mais	Aumento de 20% nas consultas agendadas para cuidado continuado e participação nos grupos.	Adesão às prescrições médicas, com uso regular e com adequada periodicidade, evitando automedicação e uso da medicação apenas quando julgar necessário	Utilizaremos o espaço físico para reuniões mensais, enfatizando a importância da adesão ao tratamento, do bom controle e acompanhamento. Tabelaaremos o número de consultas desses usuários e o acompanhamento na UBSF; Recursos humanos, técnicos, intelectuais, Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador , materiais papelaria Exames laboratoriais

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica

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

Para contextualizar como surgiu a Atenção Primária à Saúde, a colaboração de Mendes (2012) é relevante porque o autor sistematiza a história da APS em ciclos, iniciando com a segunda década do século XX com a criação de Centros de Saúde na USP e já contavam com população adscrita, no segundo ciclo aponta a criação do SESP (hoje Fundação Nacional de Saúde) na década de 40 e que por isso houve influência da guerra, já com ações preventivas e curativas; década de 60 terceiro ciclo, voltado para a assistência materno infantil e doenças infecciosas como Tuberculose e Hanseníase; quarto ciclo na década de 70 cuja marca foi a interiorização da Saúde e por isso a expansão da APS no Brasil; quinto e sexto ciclo caracterizados como períodos das AIs e a cultura da atenção médica do INAMPS, a substituição dessas Ações pelo SUDS, a criação do SUS pela Constituição de 1988 (sexto ciclo) e todas as transformações decorrentes de propostas voltadas para a comunidade e projetos de universidades em diferentes estados do país que culminam no sétimo ciclo com a criação do PSF, inspirado no médico de família em Niterói em 1992, que por sua vez sofreu forte influência do modelo cubano.

“O PSF sofreu influências internas dos modelos brasileiros de APS referidos e externas das diferentes propostas de APS, em especial dos modelos canadense, cubano e inglês. Contudo, suas origens mais significativas estão no Programa de Agentes de Saúde, instituído pela Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, em 1987, no primeiro governo de Tasso Jereissati, como parte de um programa de emergência para o combate à seca. Esse programa teve larga repercussão política pelos seus resultados positivos, especialmente na diminuição da mortalidade infantil no estado, razão pela qual foi estendido a todo o País, pelo Ministério da Saúde, em 1991, com a denominação de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).” (MENDES, 2012).

É importante ressaltar o Programa Agentes de Saúde no Ceará antes do PSF porque tanto influenciou depois no PACS como o autor menciona acima, quanto no próprio PSF. Marques (2001) sintetiza a história dos Agentes de Saúde no Ceará com a contribuição de autores que estudaram esse fenômeno e como uma escolha de política pública feita naquela época conseguiu impactar ao longo da série histórica a mortalidade infantil no Ceará e no país.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017a)

5.2 A Estratégia Saúde da Família, uma proposta para mudança de planos

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) iniciou com o Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994. Desde então é definido como estratégia prioritária para a organização e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no País. Por meio dessa estratégia, a atenção à saúde é feita por uma equipe composta por profissionais de diferentes categorias (multidisciplinar) trabalhando de forma articulada (interdisciplinar) que considera as pessoas como um todo, levando em conta suas condições de trabalho, de moradia, suas relações com a família e com a comunidade (BRASIL, 2009)

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017a).

A Estratégia Saúde da Família tem como objetivo promover a qualidade de vida da população brasileira e intervir nos fatores que deixam a saúde vulnerável, como a inatividade física, dietas desequilibradas, o uso de tabaco e abuso do álcool. Com atenção integral, equânime e contínua, a ESF se fortalece como uma porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2013b)

5.3 Política Nacional de Atenção Básica: por que e para que?

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é um apanhado de experiências de diversos atores para adequação e desenvolvimento do SUS, como a população no geral, trabalhadores, movimentos sociais, minorias e até mesmo gestores municipais, estaduais e federais.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica nos territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017a)

No Brasil, a Atenção Básica é executada com o maior grau de descentralização, para que ocorra maior proximidade com a vida das pessoas. Ela deve ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e fazer as devidas ligações com o restante de Rede de Atenção à Saúde. Daí a necessidade de que ela se norteie pelos princípios da acessibilidade, universalidade, do cuidado continuado e programado, de uma atenção plural, multiprofissional e integral, do autocuidado e responsabilização, além de integridade e participação popular.

A PNAB é criada para ordenar essas ações e garantir que sejam cumpridas, apoiar serviços primordiais e básicos dos usuários, famílias e comunidades, em um território definido e com controle social, assim a atuação fica sob responsabilidade de uma equipe de saúde. A equipe de saúde da UBSF Vandeir José Brandão é composta por uma enfermeira, uma técnica, uma nutricionista, um dentista, um fonoaudiólogo, nove agentes comunitários de saúde e uma recepcionista, todos esses se empenham para realizar o melhor acolhimento dos usuários.

5.4 A Educação em Saúde que considera os Determinantes Sociais de Saúde

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), estabelecida em 2006, os DSS são: “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Ainda, de acordo com esses autores, para relacionar Determinantes sociais e saúde, é necessário entender que são diferentes e diversos, “os fatores que afetam a situação de saúde de grupos e de pessoas”

Diversos modelos foram sugeridos para estudar os determinantes sociais - e não cabe aqui esse aprofundamento, mas para se ter uma ideia de como precisa ser mais amplo o olhar

para os usuários do SUS ao assisti-los e a rede de relações entre os diversos fatores estudados através desses diversos enfoques. Um adotado pela CNDSS é o modelo de Dahlgren e Whitehead que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macro determinantes. Os indivíduos estão na base do modelo, com suas características individuais de idade, sexo e fatores genéticos. Na camada imediatamente externa aparecem o comportamento e os estilos de vida individuais. A camada seguinte destaca a influência das redes comunitárias e de apoio. No próximo nível estão representados os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Finalmente, no último nível estão situados os macro determinantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais camadas. (BRASIL, 1986).

Levar em consideração os determinantes sociais em Saúde, “significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades injustas e evitáveis” (Brasil, 2017b) e no mesmo documento, que é uma portaria, acredita-se que isso acontecerá como propõe esse TCC: “por meio do diálogo entre os saberes técnicos e populares”.

Para produzir mudanças no processo de trabalho das equipes, nas práticas de gestão, de atenção e de controle social, é fundamental dialogar com as práticas e concepções vigentes no SUS de forma a problematizá-las não em abstrato, mas no concreto do trabalho de cada equipe e nos espaços de interação entre elas, a comunidade e a gestão, construindo novos pactos de organização do sistema, a partir da convivência e de estratégias e de ações que aproximem o SUS que temos dos princípios da reforma sanitária (BRASIL, 2005b).

A educação permanente em saúde faz parte das políticas de saúde e mais especificamente, das políticas de organização do SUS, como consta no Capítulo III, Art.8º. II da Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 201, que trata da consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Na mesma portaria se prevê:

“(...)apoio à formação e à educação permanente em promoção da saúde para ampliar o compromisso e a capacidade crítica e reflexiva dos gestores e trabalhadores de saúde, bem como o incentivo ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas, para fortalecer o desenvolvimento humano sustentável (BRASIL, 2017b)

A Educação Permanente em Saúde (EPS) parte do pressuposto da aprendizagem significativa e problematizadora, propondo estratégias que possibilitam a construção coletiva,

além de nortear caminhos para uma relação dialógica e horizontal, em que cada protagonista do SUS (trabalhadores, usuários e gestores) possa compartilhar, ensinar e aprender, construir e desconstruir concepções, ideias e conceitos acerca da saúde, de sua produção e operação e de seus papéis. Além disso, pela educação permanente é também possível sensibilizar a equipe multidisciplinar para a importância do acompanhamento contínuo dos pacientes.

Por coerência, a educação em saúde decorre da educação permanente em saúde, à medida que os profissionais passam por processos de aprendizagem, renovação e troca de conhecimentos para seu aperfeiçoamento, mas também como preparo ao processo de educação em saúde, que se dará aí em outra relação: profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde. “A participação dos trabalhadores como sujeitos do processo é essencial e vital, abrindo espaços de escuta, participação, definição conjunta de espaços decisórios, adesão ao projeto de melhoria” (MALTA; MEHRY, 2010).

A educação em saúde entra como parte do cuidado às pessoas com doenças crônicas e no caso desse trabalho, particularmente com Diabetes e Hipertensão por meio da proposta do projeto de intervenção na atenção básica e os mesmos autores resumem o que se busca:

“O que se busca é potencializar o trabalho cuidador, no qual o profissional, ao se relacionar com o usuário, no momento da assistência, ou “no espaço intercessor”, que é o espaço do encontro entre o usuário e o profissional de saúde, libere “trabalho vivo”, em ato, neste momento singular e “cuidador”” (MALTA; MEHRY, 2010).

Os mesmos autores, em outra publicação, chamam a atenção para algo que não deve acontecer nesse encontro, entre profissionais de saúde e a população e sugerem um outro tipo de relação que se completa entre um e outro:

“A potencialidade desse encontro pode ser “amordaçada” em função do modelo de assistência praticado e dos seus pressupostos. Poderíamos afirmar que os “espaços intercessores” podem ser preenchidos pela “voz” do profissional de saúde e pela “mudez” do usuário. Essa relação em saúde deveria ser não “objetal”, comandada pelo autoritarismo do profissional, mas do tipo “interseção-partilhada”, na qual acontecessem trocas, compartilhamentos, pela disponibilidade do profissional em liberar saberes e atos cuidadores, e pelo desejo do usuário em restabelecer sua autonomia (MALTA et al., 2004).

Na Política Nacional de atenção Básica está previsto para as equipes de saúde da família, “Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público” (BRASIL, 2017b)

5.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A Hipertensão Arterial, o Diabetes, Cânceres e as Doenças Respiratórias Crônicas representam as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis. Consideradas silenciosas, por se desenvolver ao longo da vida, e responsáveis por 72% óbitos no Brasil (BRASIL, 2011).

As DCNT representam, especificamente a partir da segunda metade do século passado, uma importante causa de mortalidade e incapacidade em vários países do mundo, inclusive no Brasil. Previsões indicam o aumento e agravamento dessas enfermidades nas próximas décadas, particularmente, nos países em desenvolvimento onde parcelas da população ainda vivem em estado de pobreza, persistindo grande desigualdade entre classes sociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). O crescimento previsto é de tal ordem que, no ano 2020, estima-se que 80% das mortes por DCNT ocorrerão nesses países motivadas pelas grandes mudanças no estilo de vida decorrentes dos processos de industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico, crescente globalização no mercado de alimentos e, ainda, de alterações demográficas com consequente envelhecimento populacional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2003).

Por serem doenças, em geral, de longa duração, as DCNT estão entre as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Não existem publicados estudos integrais sobre os custos das DCNT na América Latina e no Caribe. Nos Estados Unidos, sabe-se que os custos com as enfermidades cardiovasculares são na ordem de 2% do Produto Interno Bruto (PIB). Já no Canadá, 21% de todos os custos com saúde são atribuídos à assistência para as enfermidades cardiovasculares (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2002). No Brasil, estimativa de gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com DCNT em 2002 revela que o total de gastos com esse grupo de doenças, incluindo aqueles com os procedimentos ambulatoriais e com as internações, corresponde a 69% (BRASIL, 2005a).

Na UBSFII Vandeir José Brandão após análise de registros da equipe e baseado no atendimento diário na unidade foi evidenciado a importância das DCNT, sendo condições muito presentes entre os usuários, principalmente HAS e DM2, daí a relevância da abordagem dessas condições com nossa comunidade.

5.5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

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

condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos maiores que 140/90. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco, como sedentarismo, dislipidemia, tabagismo, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes melito 1,2 Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca, doença arterial periférica e doença renal crônica, fatal e não fatal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2016)

Dados norte-americanos de 2015 revelaram que Hipertensão Arterial estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de Infarto Agudo do Miocárdio, 77% dos Acidentes Vasculares Cerebrais, 75% com insuficiência cardíaca e 60% com doença arterial periférica. A Hipertensão é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de Acidentes vasculares encefálicos (LIM et al.,2013)

Diante disso é possível notar a importância da abordagem e educação em saúde sobre a hipertensão, na tentativa de melhora da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como estímulo a melhora da alimentação e da prática de exercícios físicos.

5.5.2 Diabetes Mellitus

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

Diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Em 2015, a Federação Internacional de Diabetes (International Diabetes Federation, IDF) estimou que 8,8% (intervalo de confiança [IC] de 95%: 7,2 a 11,4) da população mundial com 20 a 79 anos de idade (415 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Se as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 642 milhões em 2040. Cerca de 75% dos casos são de países em desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

Além de representar uma importante carga financeira para indivíduos portadores e suas famílias, em razão dos gastos com insulina, antidiabéticos orais e outros medicamentos essenciais, o diabetes também tem um relevante impacto econômico nos países e nos sistemas

de saúde. Isso decorre de maior utilização dos serviços de saúde, perda de produtividade e cuidados prolongados requeridos para tratar suas complicações crônicas, como insuficiência renal, cegueira, problemas cardíacos e pé diabético. A maioria dos países despende em casos de diabetes entre 5 e 20% do seu gasto total com saúde. Com esse custo elevado, o diabetes é um importante desafio para os sistemas de saúde e um obstáculo para o desenvolvimento econômico sustentável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado, **“Grande quantidade de usuários com doenças crônicas e má adesão a o tratamento”**.

6.1 Descrição do Problema

A Hipertensão Arterial, o Diabetes, Cânceres e as Doenças Respiratórias Crônicas representam as principais Doenças Crônicas não Transmissíveis. Consideradas silenciosas, por se desenvolver ao longo da vida, e responsáveis por 72% óbitos no Brasil (BRASIL, 2011). Segundo Ministério da Saúde aproximadamente 57,4 milhões de pessoas possui pelo menos uma doença crônica não transmissível no país. Existem alguns fatores que favorecem o seu desenvolvimento no organismo: fatores genéticos, sexo e idade, além de hábitos e comportamentos de risco com inatividade física, alimentação inadequada, obesidade, tabagismo e o abuso de bebidas alcoólicas.

Segundo os dados levantados na área de abrangência da UBSF Vandeir José Brandão, há uma grande quantidade de pessoas na faixa etária da idade adulta e acima de 60 anos, e as principais condições de saúde encontradas são a Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes tipo 2.

Hipertensão Arterial e Diabetes tipo 2 são doenças crônicas não transmissíveis, estão em constante associação devido à frequência em que ocorrem e por serem considerados problemas de saúde pública no Brasil e no Mundo. Estas doenças apresentam aspectos em comum como origem, fatores de risco, complicações e formas de tratamento.

Quadro 3 – Descritores do problema doenças Crônicas UBSFII 2018

Descritores	Valores	Fontes
Hipertensos Confirmados	750	Registro Equipe

Hipertensos Acompanhados	569	Registro Equipe
Diabéticos Confirmados	171	Registro Equipe
Diabéticos Acompanhados	89	Registro Equipe
Hipertensos e Diabéticos	74	Registro Equipe
Hipertensos Bairro Arrozal	194	Registro Equipe
Diabéticos Bairro Arrozal	19	Registro Equipe
Hipertensos e Diabéticos do Bairro Arrozal	15	Registro Equipe
Total de Usuários UBSF	2972	Registro Equipe

6.2 Explicação do Problema

O modelo de desenvolvimento econômico e social, o ambiente político, cultural, socioeconômico, histórico e geográfico, influenciam nos hábitos e estilos de vida da população. O sedentarismo, hábitos alimentares desregrados, tabagismo, alcoolismo, aliados a idade adulta e o envelhecimento da população, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas. Na área de abrangência da UBSF Vandeir José Brandão, a parcela de população adulta e acima dos 60 anos é majoritária e há duas condições de saúde muito presentes nessa população que são HAS e DM, doenças crônicas que podem ser evitadas e controladas quando se conhecem estas doenças, controlam seus fatores de risco e se tem uma boa adesão ao tratamento e acompanhamento. No Bairro Arrozal são abrangidas duas microáreas com índices socioeconômicos menores e menor participação nas atividades realizadas na Unidade, de acordo com os registros da própria UBSF.

6.3 Seleção dos Nós Críticos

Após discutir com a equipe da UBSF Vandeir José Brandão, foram evidenciados os seguintes “nós críticos”, os hábitos e estilos de vida da população como sedentarismo e dietas não saudáveis, a falta de informações sobre as doenças (HAS e DM) e a má adesão ao tratamento e acompanhamento. Foram selecionados o grupo composto por 15 pacientes que

possuem as duas comorbidades, hipertensão e diabetes concomitantemente no bairro Arrozal que apresenta microáreas com menores índices socioeconômicos.

6.4 Desenhos das Operações

Quadro 4 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema Doenças Crônicas

Nós Críticos	Operação	Resultados Esperados	Produtos	Recursos Necessários
SEDENTARISMO E DIETAS NÃO SAUDÁVEIS	Modificar estilo de vida	Aumento de 20%: Prática de atividades físicas regulares, pelos usuários, aderência a dietas balanceadas e alcance de pesos corporais adequados em 1 ano	Orientações nutricionais e incentivo à prática de atividades físicas por meio de reuniões semanais com a comunidade	Espaço físico Recursos humanos, técnicos, intelectuais, Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador, materiais papeleria
DESCONHECIMENTO SOBRE AS DOENÇAS E SUAS COMPLICAÇÕES	Informar mais	Aumentar taxa de adesão em 20% em grupos operacionais e cuidado continuado em consultas e atividades na unidade em 1 ano	Esclarecimento quanto as doenças e diversas complicações, em prol de aumentar a adesão às medidas comportamentais e medicamentosas, desonerar o sistema de saúde, aumentar a qualidade de vida e reduzir as incapacidades Maior adesão aos grupos operativos e	Espaço físico Recursos humanos, técnicos, intelectuais, Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador, materiais papeleria

			atividades na unidade	
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	Aderir mais	Aumento de 20% nas consultas agendadas para cuidado continuado e participação nos grupos.	Adesão às prescrições médicas, com uso regular e com adequada periodicidade, evitando automedicação e uso da medicação apenas quando julgar necessário	Espaço físico Recursos humanos, técnicos (conhecimento técnico e analítico) Folhetos, recursos artísticos, televisão, computador, materiais papelaria Exames laboratoriais

Quadro 5 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos das Doenças Crônicas

Operação	Projeto
Modificar estilo de Vida	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico

	Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de saúde para folhetos, melhora do espaço físico, compra de glicosímetro para acompanhar diabéticos
Informar mais	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de saúde para folhetos, recursos artísticos, melhora do espaço físico
Aderir mais	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de saúde, aumento na disponibilização de exames laboratoriais para acompanhamento e cuidado continuado de hipertensos e diabéticos

Quadro 6 – Propostas de ações para a motivação dos atores – Controle dos Recursos Críticos

Operações/ Projeto	Recursos Críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégia
Modificar estilo de Vida	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de saúde para folhetos, melhora do espaço físico, compra de glicosímetro para acompanhar diabéticos	Equipe de saúde Prefeitura e secretaria de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto Motivar Equipe, com divisões de tarefas e participação valorizada de todos
Informar mais	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de saúde para folhetos, recursos artísticos, melhora do espaço físico	Equipe de saúde Prefeitura e secretaria de saúde	Favorável Favorável	Apresentar projeto Motivar equipe
Aderir mais	Recursos humanos, técnicos e intelectuais da equipe de saúde Espaço Físico Recursos financeiros: Prefeitura e secretaria de	Equipe de saúde	Favorável	Apresentar projeto Motivar equipe

	saúde, aumento na disponibilização de exames laboratoriais para acompanhamento e cuidado continuado de hipertensos e diabéticos	Prefeitura e secretaria de saúde	Indiferente	
--	---	----------------------------------	-------------	--

Quadro 7 – Plano Operativo- Modificar Estilo de Vida

MODIFICAR ESTILO DE VIDA			
AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Orientações Nutricionais e incentivo à prática de atividades físicas por meio de reuniões semanais com a comunidade	Prática de atividades físicas regulares, pelos usuários, aderência a dietas balanceadas e alcance de pesos corporais adequados	Pesagens, cálculo IMC e pressão arterial mensalmente e análise a cada 6 meses, para intervenção 2 anos subdivididos em avaliações semestrais (coleta de dados da população adulta maior de 40 anos)	Nutricionista e Enfermeira e técnica de enfermagem: orientações sobre práticas saudáveis de alimentação, conhecendo a intimidade os hábitos alimentares da população e utilizar o que é possível para eles, também introduzir o que não conhecem mas que pode ser viável para adquirirem. Educador: orientações sobre exercícios diversos, técnicas e acompanhamento da população nas áreas de lazer do bairro, quando possível Médica: orientações sobre benefícios da mudança do estilo de vida sobre a saúde física e mental Psicólogo: diagnóstico de distúrbios alimentares, terapêutica de ansiedade e compulsões, além do incentivo ao

			seguimento das orientações
--	--	--	----------------------------

Intervenção: se aumento em 50% ou mais do número de obesos e sedentários em um semestre, reorganizar o calendário, com atividades em praças públicas ou outros ambientes, no sentido de realizar atividades físicas e orientações sobre práticas saudáveis de alimentação, workshops sobre cultivo orgânico de hortaliças em casa, dentre outros.

Quadro 8 – Plano Operativo- Informar Mais

INFORMAR MAIS			
AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Roda de orientações sobre DM2 e HAS e suas diversas complicações à população do bairro por meio de reuniões mensais.	Esclarecimento quanto as doenças e diversas complicações, em prol de aumentar a adesão às medidas comportamentais e medicamentosas, desonerar o sistema de saúde, aumentar a qualidade de vida e reduzir as incapacidades	Grupos mensais e avaliação em consultas de 3 em 3 meses e avaliação para intervenção em 6 meses. 2 anos subdivididos em avaliações semestrais (coleta de dados da população etária maior de 50 anos, analisando as taxas de doenças descompensadas e complicações advindas na população afetada)	Enfermeira: medidas de pressão arterial, curativos, visitas domiciliares, orientações gerais Médica: orientações sobre as doenças e complicações, bem como prescrição de medicamentos e outras terapias ACs: coleta de dados e visitas domiciliares, busca ativa e participação nas rodas de conversa.

Intervenção: se detecção de aumento em 25% ou mais nos casos complicações e/ou incapacidades; realizar visitas domiciliares quinzenais com equipe multiprofissional (Médico, Psicólogo, Assistente Social e Nutricionista) para investigação do quadro até melhora do tratamento e suporte às incapacidades e complicações.

Quadro 9 – Plano Operativo- Aderir Mais

ADERIR MAIS

AÇÕES	RESULTADOS ESPERADOS	PRAZOS	RESPONSÁVEIS
Rodas de orientações sobre importância da adesão às prescrições, informes sobre efeitos colaterais esperados e uso correto de medicamentos, por meio de reuniões mensais com doentes da comunidade	Aumento da adesão às prescrições médicas, com uso regular e com adequada periodicidade, evitando automedicação e uso da medicação apenas quando julgar necessário	Grupos mensais, com consultas a cada 3 meses e verificação do acompanhamento em 6 meses. 2 anos subdivididos em avaliações semestrais (coleta de dados da população cadastrada de diabéticos e hipertensos do bairro, analisando registros de controle pressóricos e glicêmicos	Enfermeiro e técnica de enfermagem orientações sobre uso adequado de medicações, administração correta e doses e prevenção de confusões entre as drogas Médica: orientações sobre importância da adesão ao tratamento, orientações sobre os fármacos; incentivo e esclarecimento de dúvidas Psicólogo: diagnóstico de distúrbios e/ou transtornos que prejudiquem a adesão medicamentosa ACS: coleta de dados e visitas domiciliares, busca ativa

Intervenção: se detecção de aumento em 20% ou mais nos casos de HAS e/ou DM2 descompensados, como por consultas em PAs por emergências hipertensivas, episódios de hipo/hiperglicemias, se intoxicação medicamentosa, realizar visitas domiciliares quinzenais com equipe multiprofissional (Médico, Psicólogo e Assistente Social) para investigação do quadro, identificando o (s) motivo (s) de não adesão medicamentosa e buscar alternativas para solução.

6.5 Sobre o Projeto

Um projeto de abordagem às Doenças Crônicas que será desenvolvido na área de abrangência da UBSFII Vandeir José Brandão objetivando suprir a crescente demanda por orientações, atendimento e acolhimento de portadores de doenças crônicas, sobretudo Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melitos tipo 2 (DM2), em função do elevado número de idosos dentre a população do bairro, o que acompanha a transição epidemiológica pela qual o país passa. O projeto será realizado tendo como preceito as diretrizes e recomendações do Ministério da Saúde, objetivando a difusão do conhecimento, o desenvolvimento do pensamento crítico e a participação dos indivíduos como corresponsáveis pela promoção e prevenção em saúde. Esses serão os enfoques do projeto, cuja realização se dará por meio de grupos comunitários e interação multiprofissional, com 15 pacientes que possuem DM2 e HAS no Bairro Arrozal e equipe da UBSF Vandeir José Brandão.

Os grupos de discussões serão realizados mensalmente na própria unidade, sendo previamente agendados e comunicados às famílias por meio de convites, entregues durante as consultas de Atenção Básica, bem como em visitas domiciliares e salas de espera. Os grupos ocorrerão com temáticas pré-definidas, com intuito de esclarecer dúvidas e realizar as principais orientações, com participação da equipe de saúde da unidade, bem como de nutricionistas e educadores físicos. Além de promover e levar informações, a realização dos grupos objetiva o envolvimento da rede de suporte social de cada usuário, incluindo familiares, amigos e vizinhos, e a construção conjunta do conhecimento, sempre iniciando o espaço ouvindo os participantes, trocando experiências e sanando dúvidas. Ademais, haverá espaço para nova avaliação de riscos e vulnerabilidades, uma redefinição das linhas de intervenção terapêutica, redefinindo tarefas e encargos dos vários profissionais envolvidos no cuidado. Com frequência, serão utilizados instrumentos ou mecanismos disparadores para incentivar a discussão a respeito do tema, como recursos estéticos, para incentivar a participação e promover a interação entre os participantes, permitindo melhor interação geral de todos.

Ao final de cada grupo, serão distribuídos instrumentos de avaliação para que possamos entender e conhecer as demandas desta população, conhecer as deficiências, os méritos e potencialidades daquela discussão e conhecer melhor os anseios dos participantes.

Mostra-se fundamental que toda a equipe da unidade compartilhe as informações e os planos estabelecidos. O desenvolvimento do projeto ocorrerá com três enfoques principais: combate ao sedentarismo e às dietas inadequadas (Modificar Estilo de Vida), esclarecimentos sobre as doenças e suas complicações (Informar Mais), além de

investigar e combater a não adesão aos tratamentos medicamentosos (Aderir Mais). Pretende-se alternar essas temáticas, de forma que cada reunião mensal discuta a respeito de um desses temas. Promovendo assim, educação em saúde na atenção básica com participação efetiva da população.

Por fim, a avaliação do projeto ocorrerá de forma semestral, objetivando delinear os resultados alcançados, bem com a satisfação da população com tal projeto, por meio de instrumentos de avaliação ao final de cada grupo.

Enfatizando o cuidado centrado na pessoa, de acordo com Brasil (2017a) isso aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. Como proposto no projeto a ser desenvolvido na UBSF Vandeir José Brandão.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o projeto, espera-se melhorar o nível de informação da população sobre doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitos tipo 2, gerando a promoção à saúde, prevenção de agravos e impactando de modo direto no estilo de vida e no processo saúde-doença desses indivíduos, da área de abrangência da UBSF Vandeir José Brandão.

Como foi visto durante o trabalho é de suma importância para o tratamento que o hipertenso e diabético tenham conhecimento a respeito do processo de saúde-doença para aumentar a sua adesão à tratamentos e consequentemente melhorar o controle dessas condições. Desta maneira, a equipe multidisciplinar da atenção primária deve utilizar de táticas de educação em saúde para que os portadores de tais comorbidades exerçam o autocuidado. Não deixando de levar em consideração os determinantes sociais em saúde, identificando as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução das desigualdades, considerando ambiente socioeconômico e cultural de cada um e de cada comunidade.

Além da difusão de conhecimento, a realização dos grupos tem como objetivo o envolvimento da rede de suporte social de cada usuário, incluindo família, amigos e vizinhos. Para a melhoria da assistência a esses pacientes é necessário a criação de laços de saberes entre a família e os profissionais da equipe de saúde. O envolvimento da rede de suporte social é fundamental, pois as mudanças no estilo de vida na maioria das vezes exigem a transformação dos hábitos de toda a família. O suporte social do indivíduo é a motivação para a mudança dos hábitos de vida.

Durante a criação e estruturação do grupo de apoio aos pacientes portadores de doenças crônicas, incluiremos e incentivaremos a participação de toda a equipe de saúde visando a continuidade do projeto mesmo após a ausência dos idealizadores. Estabelecendo uma relação de confiança entre o usuário e os profissionais de saúde, visando a melhor adesão e desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção de saúde fortalecendo a atenção básica. Tendo em vista esses fatores e diante do panorama apresentado pela área de abrangência da UBSFII Vandeir Brandão, com uma grande quantidade de moradores apresentando doenças crônicas, principalmente Diabetes e hipertensão arterial sistêmica, a abordagem dessa população torna-se de grande valia, sendo necessária a intervenção em educação em saúde por meio de rodas de conversa mensais, de modo expositivo integrado e multiprofissional, sustentando a Integralidade, Equidade, Universalidade, e a Participação Social, pilares do

Sistema Único de Saúde. Por meio de ações dirigidas no âmbito de melhoria da adesão aos tratamentos implementados, orientações sobre alimentação saudável e a prática de atividades físicas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Distritos Sanitários: concepção e organização o conceito de saúde e do processo saúde-doença.** Brasília, p. 11-13, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro.** Brasília, DF, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** Rio de Janeiro, RJ, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. p. 88.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus.** Caderno de Atenção Básica, n. 36, Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2013b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia>> Acesso em : 29 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** Cadernos de Atenção Básica. Brasília, v. 35, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017a. p. 68.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 2017b.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE / Cidades@ / Minas Gerais / Bonfinópolis de Minas / Panorama. 2019. Disponível em: <<https://>

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bonfinopolis-de-minas/panorama/>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93, 2007.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFGM. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2017. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_da_s_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 21 jun. 2019.

CORRÊA, E. J. ; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFGM, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

COSECS-MG. **Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais/Agência de Políticas Públicas**. Disponível em: <<https://www.cosecsmg.org.br/consorcio/convaes/45>>. Acesso em: 01 mai. 2020.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas**. 7. ed. Bruxelas, 2015. Disponível em: < www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 12 maio 2020.

LIM, S. S. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **The Lancet**, v. 380, n. 9859, p. 2224-2260, 2012. Errata em: **The Lancet**, v. 381, n. 9867, p. 628, 2013.

MALTA, D. C. et al. **Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais**. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. *Interface (Botucatu)*, v. 14, n. 34, p. 593-606, 2010.

MALTA, D. C. et al. **Doenças crônicas não transmissíveis e a utilização de serviços de saúde: análise da Pesquisa Nacional de Saúde no Brasil**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, supl. 1, 4s, 2017.

MARQUES, A. F. B. **Teias de renda. Sutilezas e evidências que se imbricam na capacitação dos agentes comunitários de Saúde – estudo de caso em Icapuí,CE**. 2001. Dissertação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2001.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: <

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf>. Acesso em: 14 maio 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. **Boletim de vigilância das doenças crônicas não transmissíveis**. 2018. Disponível em: <<http://vigilancia.saude.mg.gov.br/index.php/download/boletim-de-vigilancia-das-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-2018/#>>. Acesso em: 14 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial**. Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília, 2003.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La respuesta de salud pública a las enfermedades crónicas**. Washington, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BONFINÓPOLIS DE MINAS. Aspectos Gerais do Município de Bonfinópolis de Minas/MG. Bonfinópolis de Minas, 2013. Disponível em: <[https:// bonfinopolis.mg.gov.br/aspectos-gerais/](https://bonfinopolis.mg.gov.br/aspectos-gerais/)>. Acesso em: 21 jun. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, p. 1, set. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo, p. 15, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: World Health Organization, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals**. Geneva: World Health Organization, 2018.