

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MURILLO CRUZ MOURÃO

**INCENTIVO À MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA 75 DE CONTAGEM -
MINAS GERAIS.**

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015**

MURILLO CRUZ MOURÃO

**INCENTIVO À MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA 75 DE CONTAGEM -
MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015**

MURILLO CRUZ MOURÃO

**INCENTIVO À MUDANÇA DE ESTILO DE VIDA NA POPULAÇÃO
ADSCRITA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA 75 DE CONTAGEM -
MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte em:29/01/2015

Agradeço principalmente às equipes do Jardim Eldorado I e II, pelo apoio diário e ajuda mútua nas dificuldades nesse primeiro ano de trabalho.

RESUMO

O Programa de Saúde da Família, implantado no Brasil desde 1994, propõe uma nova forma de organização do sistema de saúde pública baseada na atenção básica como porta de entrada prioritária. Com isso, é de interesse da atenção básica não apenas ações curativas, mas também prevenção de agravos, promoção de saúde e reabilitação de seus usuários. As ações coletivas de educação em saúde são instrumentos que se complementam as consultas individuais, de forma que se pode trabalhar a promoção de saúde em vários aspectos, aplicar ações preventivas e identificar situações de risco. A respeito da Equipe de Saúde da Família 75, localizada no Jardim Eldorado em Contagem, há uma necessidade de serem implantadas ações coletivas com intuito de melhorar o acompanhamento ambulatorial de doenças crônicas, reduzindo a demanda por atendimentos individuais nesses casos e com isso reduzir o fluxo de usuários para a Unidade, que costuma trazer dificuldades ao atendimento médico de qualidade nas causas agudas. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de Intervenção com a finalidade de aumentar a aderência da população adscrita às mudanças de estilo de vida propostas como tratamento inicial para as suas doenças de base. Propõe-se a implantação do Grupo de Educação em Saúde, visando ao melhor acompanhamento dos pacientes com doenças crônicas como diabetes e hipertensão e, fundamentalmente o incentivo às mudanças de estilo de vida. A organização do grupo fará a aferição correta da medida da pressão arterial, avaliação do peso, altura e IMC, além de observar os escores de risco cardiovascular, fornecendo dados para as ações coletivas e individuais de acompanhamento ambulatorial. Além disso, será um espaço para compartilharmos experiências em prol da promoção da saúde e serão trabalhados temas corriqueiros, porém de extrema importância, como hidratação, higiene, alimentação saudável, adesão ao tratamento medicamentoso e atividade física.

Descritores: Adesão à medicação. Hipertensão. Diabetes *mellitus*. Estilo de vida. Comportamento alimentar. Exercício físico.

ABSTRACT

The Family Health Program, implemented in Brazil since 1994, proposes a new way of organizing the public health system, based on primary care as the priority way in. Thus, it is of interest not only basic care curative actions, but also disease prevention, health promotion and rehabilitation of its users. The collective actions of health education are tools that complement to individual queries, so that you can work to promote health in many ways, implement preventive actions and identify risk situations. As to the 75 Family Health Group, located in Jardim Eldorado district, city of Contagem, collective actions should be considered implemented, with the aim of improving outpatient treatment of chronic diseases. It could help by reducing the demand for individual assistance in these cases and thereby reducing the flow users going to the unit, which usually brings difficulties to better medical care in acute causes. The aim of this work is to develop an Intervention project in order to increase the adherence of the defined population to life style changes proposed as initial treatment for their underlying diseases. It is proposed the implementation of the Education Group Health, aimed at better monitoring of patients with chronic diseases such as diabetes and hypertension, and fundamentally the encouraging lifestyle changes. The group will make the correct measurement of blood pressure measurement, weight measures, height and BMI, in addition to observing the cardiovascular risk scores, providing data for the collective and individual actions of outpatient treatment. It will also be a place to share experiences for the benefit of health promotion and will be worked trivial subjects, but extremely important, as hydration, hygiene, healthy diet, adherence to drug therapy and physical activity.

Descriptors: Diabetes Mellitus. Feeding Behavior. Food Habits. Hypertension. Life style. Medication Adherence.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

Contagem está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte, fazendo limites com os municípios de Belo Horizonte, Esmeraldas, Betim, Ribeirão das Neves e Ibirité. Tem localização privilegiada na região central do estado de Minas Gerais, motivo pelo qual se transformou num importante centro urbano polarizador de atividades industriais, comércio e serviços. Situa-se a 16 km da capital do estado, 483km de São Paulo, 445km do Rio de Janeiro e 743 km de Brasília. Os aeroportos da Pampulha e Internacional de Confins situam-se a 10 e 35 km, respectivamente. A Ferrovia Centro Atlântica atravessa o município integrando o transporte de cargas entre o Nordeste, Centro Oeste e Sudeste do país até os principais terminais marítimos.

1.2 Histórico de criação do município

A história de Contagem se divide em três grandes momentos. O marco inicial foi à instalação de um posto de fiscalização no Sítio das Abóboras, no início do século 18. Em 1897, a capital foi transferida para Belo Horizonte e estimulou o crescimento de Contagem. Em 1941 a instalação da Cidade Industrial moldou as feições que o município assumiu nos anos seguintes.

No período do Brasil Colônia, a vida em Minas decorreu sob o signo da mineração. Para manter o controle sobre a atividade econômica, a Coroa Portuguesa instalava postos de fiscalização e arrecadação chamados postos de registros. Um desses postos foi instalado na região conhecida como Abóboras. Em torno desse posto, surgiu um pequeno povoado e a população ergueu uma capela para abrigar o santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante. Foi assim que surgiu o arraial de São Gonçalo da Contagem das Abóboras, uma homenagem ao Santo e uma referência à contagem das cabeças de gado, de escravos e mercadorias para serem taxadas.

Contagem foi transformada em município em 30 de agosto de 1911, pela Lei nº 556. Antes disso pertenceu à Comarca do Rio das Velhas, distrito do município de Sabará e, em 1901 foi vinculada à Santa Quitéria, atual Esmeraldas. Por contingências políticas, Contagem perdeu sua autonomia administrativa em 1938, tornando-se distrito de Betim. A Lei nº 336, de 27 de dezembro de 1948, restaurou a autonomia administrativa da cidade (CONTAGEM, 2009).

1.3 Descrição do município

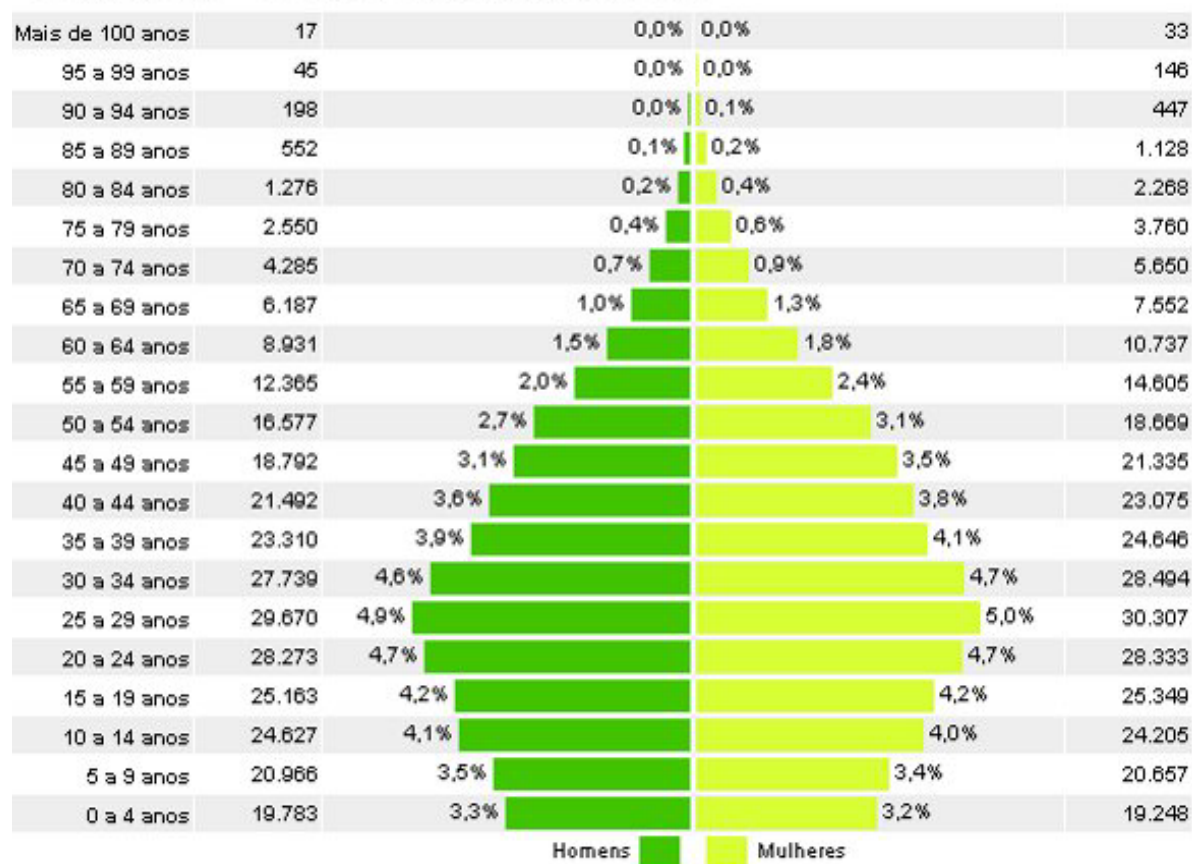
Contagem é a terceira mais rica cidade, terceira mais populosa e a segunda na geração de empregos em Minas Gerais. Apresenta-se em conurbação com Belo Horizonte, situada a cerca de 16 km de distância. Seu sistema viário, planejado para comportar um fluxo intenso de veículos e de carga, é feito através das principais rodovias do país, a BR-381 (Fernão Dias - acesso a São Paulo), BR-262 (acesso a Vitória e Triângulo Mineiro) e a BR-040 (acesso a Brasília e Rio de Janeiro).

A população do município é de 603.048 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2010, e ocupam uma área de 195,27 km², com uma densidade populacional de 3.093 hab/km² e taxa de crescimento anual de 1,15% no período 2000-2010 (BRASIL, 2011).

Quanto aos aspectos socioeconômicos, a cidade apresenta taxa de mortalidade infantil de 0,64%. A população que não sabe ler e escrever corresponde a 3,4%. O último Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade teve um bom valor, de 0,756. A renda média familiar *per capita* é de R\$ 793,96.

A porcentagem de população abastecida com água tratada é de 99,4% e 83,5% tem recolhimento de esgoto por rede pública. Com taxa de urbanização de 99%, a cidade tem como principais atividades econômicas o comércio (30%) e a indústria (25%).

Figura 1 - Pirâmide etária por sexo, segundo os grupo de idade do município de Contagem, de acordo com o Censo Demográfico de 2010.



. Fonte: IBGE, 2010.

No que diz respeito aos aspectos demográficos, a cidade apresenta um predomínio da população adulta jovem e economicamente ativa.

O PIB *per capita* do município é de R\$ 24.070,88. Possui 2% dos moradores abaixo da linha da pobreza e cerca de 80% de sua população é usuária do Sistema Único de Saúde (SUS).

1.4 Área de abrangência da Unidade Básica de Saúde que agrega a equipe de Saúde da família 75

A área de abrangência da ESF 75 constitui-se de 1002 famílias cadastradas, cerca de 3.310 usuários, com taxa de emprego de cerca de 80%. Os principais empregos da população assistida são: auxiliar de produção em indústrias, auxiliar de serviços gerais, vendedores autônomos e diaristas. As causas de morte, atualmente, são em sua maioria por doenças cardiovasculares. Causas externas por acidentes de trânsito e homicídio também acontecem com considerável número, apesar de terem diminuído nos últimos anos.

A comunidade está localizada numa área de boa disponibilidade de comércio, clínicas particulares e saúde em geral ao entorno. Há, inserida na comunidade, uma creche municipal. Nas proximidades há: Unidade de Pronto Atendimento Geraldo Pinto Vieira (UPA GPV), Hospital Municipal de Contagem, Centro de Consultas Especializadas Iria Diniz, laboratório de exames municipal.

Unidade Básica de Saúde(UBS) agrega duas equipes de saúde da família: Jardim Eldorado I e II, constituídas pelas equipes 74 e 75, respectivamente. Construído em área pública, em estrutura do município, em 1992 para já funcionar como um posto de saúde. Possui fácil acesso à comunidade em geral. Atualmente em reforma, o que causa considerável transtorno tanto para usuários quanto para os trabalhadores que a frequentam, devido a diminuição do espaço físico disponível para os usuários e equipamentos sem o seu devido lugar, como a autoclave. Recentemente teve sua sala de reuniões reaberta depois da reforma, a qual tem capacidade para cerca de 30 pessoas e onde é realizado o Grupo de Idosos e reuniões de equipe e dos profissionais que formam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A unidade tem o funcionamento de 8:00 às 17:00 horas, de segunda à sexta feira, sem pausa para almoço. Conta com um total de 26 funcionários, sendo eles: 10 agentes comunitários de saúde, duas enfermeiras, cinco técnicas em enfermagem, dois médicos (um participante do PROVAB e outro do Programa Mais Médicos para o Brasil, um cirurgião-dentista, uma secretária da odontologia, uma técnica em saúde bucal (TSB), um porteiro e uma gerente da unidade). Todos têm carga horária

de 40 horas semanais, à exceção dos médicos: 32 horas e da TBS, com 30 horas semanais. Há apoio realizado pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que conta com um médico psiquiatra, uma médica ginecologista, uma médica pediatra que realizam visitas mensais à UBS, assim como, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma fonoaudióloga.

A área de abrangência da ESF 75 conta ainda com ainda altos índices de violência e baixa renda, apesar de situar-se em uma região bastante importante economicamente para a cidade – o bairro Eldorado. Tal fato nos exemplifica a desigualdade social existente na cidade e sua heterogeneidade de nível social e acesso à saúde.

A cidade recebeu 26 profissionais médicos do PROVAB neste ano que reforçaram a Atenção Básica, porém ainda peca por falta de médicos especialistas principalmente nas urgências como pediatria e ortopedia, gerando grande demanda onde há o atendimento especializado e refletindo também no aumento da demanda espontânea nas unidades básicas de saúde por essas causas nas equipes.

A partir da rotina de atendimentos médicos, visitas domiciliares e entrevista com agentes comunitários de saúde que estão na unidade há mais tempo, foi possível levantar a lista dos principais problemas que acometem a população do Jardim Eldorado II. A partir da apresentação de cada um deles para o restante da equipe, foram discutidos: a prevalência, impacto à saúde e possibilidade de mudança do quadro de cada um deles. A partir de então, foi criada uma ordem de prioridade desses problemas levantados, a seguir:

- 1) Má adesão às mudanças de estilo de vida propostas;
- 2) Má adesão ao tratamento medicamentoso;
- 3) Dependência de psicotrópicos;
- 4) Tabagismo;
- 5) Etilismo;
- 6) Uso de outros tipos de drogas;
- 7) Violência e tráfico de drogas;
- 8) Coleta de lixo adequada

Dentre esses, o que mais chamou a atenção da ESF foi o de **“Má adesão às mudanças de estilo de vida propostas”**, visto que é uma medida relativamente simples de ser tratada, com pouquíssimo gasto financeiro e é a base para o tratamento inicial de duas doenças muito prevalentes na área: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes *mellitus* tipo II.

A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão destaca que

[...] mudanças de estilo de vida reduzem a PA, bem como a mortalidade cardiovascular. Hábitos saudáveis de vida devem ser adotados desde a infância e a adolescência, respeitando-se as características regionais, culturais, sociais e econômicas dos indivíduos. As principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HAS são: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e de álcool, ingestão de potássio e combate ao sedentarismo e ao tabagismo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010, p. 9).

Ainda como consequência a esse problema escolhido, temos a grande medicamentação dos usuários, que passaram a delegar a responsabilidade do des controle das suas doenças de base nos “medicamentos que não fazem efeito” e se acostumarem com altos níveis pressóricos e/ou glicêmicos. O autocuidado e a divisão da responsabilidade sobre o bem estar do paciente entre ele próprio e a equipe de saúde é bastante falho na região. Além disso, o surgimento de outras doenças como: alterações do sono e depressão, são porta de entrada para o uso abusivo de psicotrópicos pela população, uma vez que não enxergam a importância das mudanças de estilo de vida também nesses casos.

Para identificar os “nós críticos” do problema, foram destacados: o processo de trabalho da equipe; a ausência de profissional médico de longa permanência no local; alto número de consultas por demanda espontânea, diminuindo o tempo de cada consulta com ações meramente curativas e a baixa escolaridade da população.

Para o enfretamento do problema em questão, foram definidos os “nós críticos”, que serão os alvos das operações que visam melhorar a adesão da população às

mudanças de estilo de vida. O processo de trabalho em equipe precisa passar por mudanças de otimização principalmente do acolhimento, seleção de casos agudos x crônicos com critérios bem definidos e firmes, para que a população se adapte a essa nova realidade, diminuindo a demanda espontânea por quadros crônicos e melhorando o atendimento em quadro agudos que realmente necessitam de atendimento médico com agilidade.

A questão da ausência de profissional médico de longa permanência no local foge à capacidade de enfrentamento da ESF, principalmente pela atual proposta do PROVAB, que tem rotatividade de profissionais anualmente.

A baixa escolaridade da população será contornada com a criação de grupos de educação coletiva em saúde, inicialmente de hipertensos e diabéticos. Nesses grupos, programados quinzenalmente, haverá espaço para conversa aberta da população com os profissionais da equipe, para informação em relação às doenças crônicas, hábitos de vida saudáveis e estímulo à atividade física regular.

Os grupos de educação em saúde ocorrerão em sala de reuniões já estabelecida na unidade de saúde e a sua divulgação ocorrerá pela associação com o Grupo de Idosos, já bem estabelecido na comunidade, com a fabricação de pôsteres a serem afixados na unidade e arredores e principalmente pela ação das agentes comunitárias de saúde. Recursos financeiros serão mínimos, arrecadados inicialmente com ajuda coletiva e posteriormente com a ajuda de um vereador local.

2 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência de doenças crônicas na população adscrita, que não se beneficia de hábitos de vida saudáveis, é um problema contra o qual a equipe de saúde tem condições de iniciar um trabalho na comunidade. Principalmente em relação à Diabetes *mellitus* tipo 2 (DM-2) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), bastante prevalentes na região, considera-se que antes do início da abordagem medicamentosa recomendam-se alterações do estilo de vida, de modo a reduzir os níveis glicêmicos e pressóricos, pelo fato de que, muitas vezes somente a medicação não é suficiente para se fazer o controle adequado dessas doenças.

Particularmente na área de abrangência da UBS, temos uma população bastante resistente às propostas da equipe de saúde como um todo, apesar do bom acesso. Em relação à prática de atividade física regular, há pista de caminhada plana ao ar livre e bem estruturada, com também academia ao ar livre, que se localiza às margens da comunidade; como alternativa para os usuários portadores de doenças que contraindicam atividades com impacto sobre articulações, há as academias com aulas de hidroginástica, oferecida a preços populares com incentivo da secretaria de saúde.

Em relação aos hábitos alimentares saudáveis, a ESF conta com um grande auxílio do NASF nesse âmbito, sendo realizadas avaliações individualizadas para casos necessários e, para os mais simples, atendimento em grupo com profissional da área da nutrição. Com todos esses equipamentos sociais disponíveis na comunidade, a adesão as mudanças são ainda resistentes.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de Intervenção com a finalidade de aumentar a aderência da população adscrita às mudanças de estilo de vida propostas como tratamento inicial para as suas doenças de base.

4 METODOLOGIA

Para a realização da proposta de intervenção foram realizadas as seguintes atividades:

- Utilização dos dados obtidos do diagnóstico situacional onde a partir do levantamento dos problemas, houve a priorização do mais relevante e factível e atuação pela equipe.
- Utilização dos cadastros dos Agentes Comunitários de Saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes, por micro área.
- Revisão da literatura, utilizando-se de sites de saúde baseada em evidência como *UpToDate* e *BMJ Learning*; publicações do Ministério da Saúde e sites de busca de artigos como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

A busca foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Adesão à medicação.

Hipertensão.

Diabetes mellitus.

Estilo de vida.

Comportamento alimentar.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A criação de espaços de educação em grupos favorece não somente a dinâmica do atendimento, como provê um espaço riquíssimo em experiência acerca da relação saúde-doença dentro da comunidade.

O processo grupal, desde que bem pensado em sua finalidade, estrutura e manejo, permite uma poderosa e rica troca de experiências e transformações subjetivas que não seria alcançável em um atendimento de tipo individualizado. Isto se deve exatamente à pluralidade de seus integrantes, à diversidade de trocas de conhecimentos e possíveis identificações que apenas um grupo torna possível (BRASIL, 2013, p. 121).

Definir o diagnóstico de cada paciente, a sua conduta e acompanhá-lo principalmente no manejo de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus, dislipidemia, entre outras, são papéis da equipe de saúde como um todo. Dividir o cuidado com o paciente a respeito de sua doença e informar medidas para que seja alcançada uma melhor qualidade de vida também é importante.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p. 9) comenta que

[...] é preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao *paciente* hipertenso.

Em estudo de revisão realizado por Vagetti *et al.* (2014) no período de 2000-2012 para analisar as informações sobre a associação da atividade física (AF) com qualidade de vida (QdV) em idosos, foi mostrado em geral uma associação positiva entre AF e QdV. No entanto, é esperado uma variabilidade alta de consistência dessas amostras em vista dos problemas de aleatorização das amostras, pontuação de QdV por meio de escores e outros fatores de confusão devido ao tipo de estudo realizado.

Em resumo, esse estudo indica que a AF está consistentemente associada com os seguintes “domínios” de QdV: capacidade funcional; QdV geral; autonomia; Passado, atividades no presente, passado e futuro; morte; intimidade; saúde mental; vitalidade; e psicológica. Estas associações sugerem que a AF pode promover a independência física, bem como aspectos mentais essenciais da qualidade de vida.

As evidências sobre o impacto tanto da frequência quanto da intensidade de AF em “domínios” de QdV é ainda limitada. Estudos longitudinais e de intervenção são necessários para entender melhor a relação dose-resposta entre AF e QdV. A associação entre AF e QdV é claramente mais complexa do que é geralmente indicado na literatura, e parece envolver algumas outras variáveis, como a capacidade individual de realizar AF e afeto.

A respeito da prática regular de exercício físico, que é um dos principais pilares das “mudanças de estilo de vida” a serem trabalhadas na ESF Jardim Eldorado II, é sabido que pacientes diabéticos tem como benefício, em diversos estudos: melhores níveis de controle glicêmico, redução dos fatores de risco cardiovascular.

Segundo a American Diabetes Association (2014, p. 31)

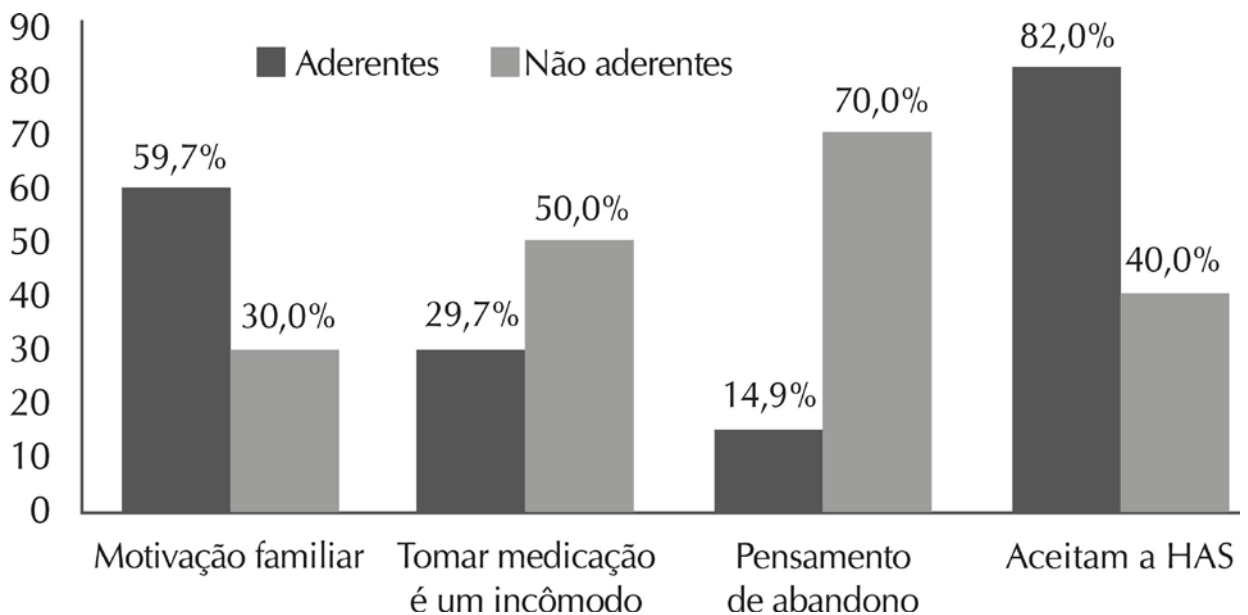
Intervenções baseadas em sessões estruturadas de exercício de pelo menos 8 semanas de duração demonstraram diminuir os níveis de hemoglobina glicosilada de diabéticos tipo 2 em 0,66% em média, mesmo sem mudança significativa no IMC.

A Associação Americana de Diabetes (ADA) tem a recomendação de que pessoas com diabetes devem ser aconselhadas a praticar pelo menos 150 minutos por semana de atividade física aeróbica de moderada intensidade (entre 50 e 70% da frequência cardíaca máxima). Na ausência de contraindicação, as pessoas com diabetes tipo 2 devem ser encorajadas a realizar treinamento de resistência 3 vezes por semana (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

A adesão ao tratamento medicamentoso e mudanças de estilo de vida tem relação direta com o meio em que o paciente vive e no grau de informação dele sobre a doença em questão. Em estudo corte transversal realizado pela Universidade

Federal de São Paulo e Escola Paulista de Enfermagem a fim de se graduar a adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso, temos que o principal fator que leva à adesão trata-se da própria aceitação da doença. Pela figura 1 pode-se observar como os pacientes se manifestaram sobre este assunto.

Figura 1 - Distribuição percentual da amostra de hipertensos, segundo fatores relativos à adesão. São Paulo - SP, 2009.



A literatura consultada confirma a nossa preocupação com a adesão a medicação no controle da HAS e a melhoria da qualidade de vida.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Como a situação vivenciada trata-se de um problema o qual há baixa governabilidade como um todo pela equipe de saúde da família, foi escolhido, portanto, o método de Planejamento Estratégico Situacional para trabalhar o problema selecionado.

Para a elaboração do plano de intervenção foram utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação enumerados na disciplina de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010), a saber:

Primeiro passo: definição dos problemas:

Os problemas enfrentados na região da Vila Marimbondo tem como causa primordial o baixo nível de escolaridade e acesso à informação por parte da população. Todos eles interligam-se através desse mesmo denominador.

Segundo passo: priorização dos problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Má adesão às mudanças de estilo de vida propostas	Alta	8	Parcial/total	1
Má adesão ao tratamento medicamentoso	Alta	7	Parcial/total	2
Dependência de psicotrópicos	Média	6	Parcial	3
Tabagismo e etilismo	Alta	5	Parcial	4
Violência e tráfico de drogas	Alta	6	Baixa	5
Coleta de lixo inadequada	Média	7	Baixa	6

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Durante os atendimentos em geral, sejam na forma de demanda espontânea, agendamentos e visitas domiciliares, foi notado um grande déficit de informação da população a respeito de suas doenças de base, bem como a grande prevalência de doenças crônicas descontroladas entre os usuários. Tal fator é de grande prioridade pois é motivo de boa parte dos usuários que comparecem ao acolhimento e demanda espontânea, além de tornar-se grande fator de risco para eventos cardiovasculares, uso indiscriminado de benzodiazepínicos e drogas em geral. As mudanças de estilo de vida propostas pela equipe de saúde da família mostraram-se na maioria das vezes ausentes do cotidiano dos pacientes.

Quarto passo: explicação do problema

Devido possivelmente a ausência de médico de saúde da família que permaneça na equipe por período maior que um semestre já há algum tempo, não tem sido possível estabelecer um bom vínculo com a população de forma que essa aja como cooperador e corresponsável pela manutenção de sua saúde. A informação passada durante consultas individuais muitas vezes é curta, rápida e fora do interesse do paciente, que muitas vezes comparece ao acolhimento com apreensão de que tem ali a sua única consulta com aquele médico antes que ele deixe a unidade. A falta de um espaço na agenda bem definido para que haja uma troca de informações entre pacientes e equipe de saúde a respeito de dúvidas frequentes e hábitos de vida saudáveis faz com que se desenvolva na unidade uma medicina basicamente curativa e não preventiva.

Dessa forma, pacientes passam a não aderir às mudanças de estilo de vida propostas, muitas vezes tornando a “medicamentação” a única medida para a melhora de sua qualidade de vida. Hábitos de vida saudáveis não são instituídos, a informação não é partilhada e acaba também contribuindo para o surgimento de vários dos problemas que se seguem na lista priorizada acima.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Para abordagem e tentativa de resolução foram selecionados pontos chaves para realização de intervenções e mudança do panorama. Os chamados “nós críticos” escolhidos foram:

- Processo de trabalho da equipe;
- Ausência de profissional médico e enfermeiro de longa permanência no local;
- Baixo nível de informação pela população

Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).

Quadro 1 – Operações sobre o processo de trabalho da equipe relacionado ao problema da má adesão às mudanças de estilo de vida, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim Eldorado II, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe
Operação	Realizar reuniões explicando a importância do tema, os conflitos gerados e a responsabilidade de cada um.
Projeto	Unidos
Resultados esperados	União da equipe em prol de um ideal de trabalho pela melhoria da assistência prestada.
Produtos esperados	Maior corresponsabilidade e divisão de tarefas/cuidados com os pacientes, com discurso único em relação ao processo de trabalho desenvolvido.
Atores sociais	Médico, técnicos de enfermagem, enfermeira/gerente, Agentes Comunitários de Saúde.
Recursos necessários	Apoio da gerência da unidade ao Projeto. Disponibilidade de tempo e espaço físico para a realização das reuniões.
Recursos críticos	Tempo, espaço e motivação favorável.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Gerência Motivação: Melhoria do processo de trabalho e redução dos conflitos na unidade
Ação estratégica de motivação	Realização de reuniões de equipe mensais sobre o tema com avaliação continuada do impacto sobre a qualidade da assistência.
Responsáveis:	Toda a Equipe de Saúde
Cronograma / Prazo	Programa permanente com avaliações mensais dos resultados
Gestão e acompanhamento	Avaliação mensal dos número de usuários no acolhimento com demanda que poderia ser agendada ou participante do grupo de educação em saúde.

Quadro 2 – Operações sobre a maior permanência de profissionais da saúde relacionada à má adesão às mudanças de estilo de vida, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim Eldorado II, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Ausência de profissional médico e enfermeiro de longa permanência no local
Operação	Valorizar a maior permanência dos profissionais que se identificam com a população e vice-versa, com incentivos a cada tempo de permanência.
Projeto	Família
Resultados esperados	Permanência de profissionais durante longos períodos como membros da equipe de saúde 75.
Produtos esperados	Melhor cuidado com a população, menor tempo gasto para leitura de prontuários e adaptação com/dos usuários.
Atores sociais	Médico, técnicos de enfermagem, enfermeira/gerente, Agentes Comunitários de Saúde, políticos
Recursos necessários	Apoio político, populacional, recurso financeiro
Recursos críticos	Motivação favorável.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Política: vereadores, prefeito Motivação: Melhoria do cuidado com a população, menor demanda espontânea, diminuição de casos nas Unidades de Pronto Atendimento
Ação estratégica de motivação	Informação da população a respeito dos benefícios.
Responsáveis:	Toda a Equipe de Saúde
Cronograma / Prazo	Programa permanente.
Gestão e acompanhamento	Gerência, médicos e enfermeiros.

Quadro 3 – Operações sobre o baixo nível de informação pela população relacionada à má adesão às mudanças de estilo de vida, na população da Equipe de Saúde da Família Jardim Eldorado II, em Contagem, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Baixo nível de informação pela população
Operação	Criação do Grupo de Educação em Saúde
Projeto	Grupo de Educação em Saúde
Resultados esperados	Esclarecimento de dúvidas da população, crenças, etc. Informação sobre as doenças mais prevalentes e benefícios de estilos de vida saudáveis.
Produtos esperados	Coparticipação da população, trazendo vizinhos para o grupo e compartilhando a informação passada nos grupos.
Atores sociais	Médico, técnicos de enfermagem, enfermeira, gerente, Agentes Comunitários de Saúde, NASF
Recursos necessários	Espaço físico na unidade, agenda reservada para tais encontros, recurso financeiro
Recursos críticos	Motivação pouco favorável.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Médico e enfermeira Motivação: Diminuição da demanda espontânea, diminuição de casos agudos de descompensamento de diabetes mellitus e HAS.
Ação estratégica de motivação	Motivação dos Agentes Comunitários de Saúde em disseminar a ideia.
Responsáveis:	Toda a Equipe de Saúde
Cronograma/ Prazo	Programa permanente com reuniões entre os organizadores para definição de temas, <i>feedback</i> da população e programação.
Gestão e acompanhamento	Médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem.

6.1 Plano de Ação

Será elaborada uma ficha individual que funcionará como prontuário do grupo e servirá como norteadora das nossas intervenções. Nas eventuais medidas de pressão arterial ou glicemia capilar fora dos parâmetros predeterminados, os usuários receberão um “cartão de acompanhamento” no qual será novamente feita a aferição desses dados em outros quatro dias programados. Mantendo-se os níveis alterados, será agendada uma consulta individual com médico ou enfermeira.

Os grupos serão realizados às sextas-feiras, de acordo com cronograma específico. Serão realizadas reuniões de equipe com frequência bem definida e com tempo destinado na agenda de todos os funcionários da equipe para: discussão de temas para o Grupo de Educação em Saúde, processo de trabalho atual da equipe e agendamento de visitas domiciliares.

Com o apoio do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), desenvolveremos as seguintes atividades, com a atuação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem, de um ou dois profissionais do NASF (dependendo da disponibilidade) e da ACS da microárea:

Quadro 4 – Divisão de responsabilidades na organização do Grupo de Educação em Saúde.

Atividades/ Dias	Médico	Enfermeira	Técnicas em Enfermagem	Agentes Comunitárias de Saúde	NASF / Convidados
Cadastramento dos usuários			x	x	
Pesagem			x	x	
Antropometria			x	x	
Aferição PA	x	x	x		
Teste Glicemia capilar	x	x	x		
Solicitação de exames oportunos	x	x			x
Discussão de Temas Predefinidos	x	x			x

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O incentivo às mudanças de estilo de vida preconizadas visa não somente controlar níveis pressóricos e glicêmicos. No processo em que se institui uma maior qualidade de vida à população por meio principalmente de atividade física regular, alimentação saudável e adesão medicamentosa, atingimos também os demais problemas enfrentados na atenção básica: uso de drogas, violência, abuso de benzodiazepínicos e até mesmo violência.

Tal incentivo consegue ser mais efetivo e abrangente quando realizado por meio do atendimento em grupo da população, pois é nele em que há a troca de informações entre os usuários num mesmo patamar que a equipe de saúde da família, fugindo às consultas individuais curativas, que ficam reservadas para casos agudos.

A ESF Jardim Eldorado II encontra-se em processo de implantação do grupo de Educação em Saúde, o que pode ser infelizmente afetado pela troca de médico da equipe instituída pelo PROVAB.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2014. **Diabetes Care**. 2014.

Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full. Acesso em: 3 jan. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Caderno de Atenção Básica n. 16).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Censo de 2010. Brasília, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br>. Acesso: em 3 de jan de 2015

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 14 jan.2014

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 174 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativa populacional para 2013**. Brasília: IBGE, 2011.

BEZERRA, A. S. M. *et al.* Adesão de pacientes hipertensos ao tratamento medicamentoso. **Rev Bras Enferm**. v. 67, n. 4, p.550-5, Jul-Ago, 2014..

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CONTAGEM. Secretaria Municipal de Educação e Saúde. **Atlas Escolar, histórico, geográfico e cultural**. Belo Horizonte, 2009. 73p. Disponível em: <http://www.contagem.mg.gov.br/arquivos/comunicacao/atlascontagem.pdf>. Acesso em: 23 jul.. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras Cardiol**. V.95, 1 supl.1, p. 1-51, 2010.

VAGETTI, G. C. *et al.* Association between physical activity and quality of life in the elderly: a systematic review, 2000-2012 . **Rev Bras Psiquiatria**. v.36, n. 1, p. 76-88, Jan-mar., 2014.