

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

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES ATENDIDOS
POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFREDO
VASCONCELOS – MG**

JUIZ DE FORA / MG

2017

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES ATENDIDOS
POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFREDO
VASCONCELOS – MG**

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

Orientadora: Professora Ana Angélica Lima Dias

JUIZ DE FORA / MG

2017

JANAÍNE COELHO GUIMARÃES

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA O CONTROLE DA HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES ATENDIDOS
POR UMA EQUIPE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ALFREDO
VASCONCELOS – MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Ana Angélica Lima Dias – Universidade Federal de São João Del-Rei.

Examinador 2 – Professora Zilda Cristina dos Santos.

Aprovado em Belo Horizonte, em XX de XXXXXXXX de 2017.

DEDICATÓRIA

Aos pacientes e companheiros de trabalho do Centro de Saúde “Dr. Lunard Tadeu Bianchetti”, em Alfredo Vasconcelos-MG, pessoas com quem convivi ao longo desse ano. A experiência de uma produção compartilhada na comunhão com amigos nesse espaço foi uma importante experiência na minha formação médica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço também ao meu esposo, Thiago, que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades.

Quero agradecer também à enfermeira da Equipe Estratégia de Saúde da Família “Prevenção: o melhor remédio”, Marília, que me acolheu e iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

E não deixando de agradecer de forma grata e grandiosa à minha mãe, Maria Aparecida, a quem eu rogo todas as noites pela minha existência.

“Em algum momento de nossas vidas somos alunos e professores. O importante é nunca deixarmos de aprender e ensinar algo.”

Renato Collyer

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as doenças crônicas mais prevalentes na população brasileira, o que leva a uma abordagem nas discussões relativas à problemas de saúde pública. Essas doenças apresentam aspectos em comum, como origem, fatores de risco, complicações e formas de tratamento. Uma avaliação periódica e otimizada dos pacientes portadores dessas doenças pode melhorar a qualidade de vida dos mesmos e reduzir os gastos públicos na área da saúde. O objetivo deste trabalho é organizar o processo de trabalho da equipe com foco no cuidado continuado aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, através da elaboração de um projeto de intervenção que pretende usar utilizar a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos com a escala de risco de Framingham e a estratificação de acordo com o controle metabólico para os pacientes diabéticos. Trata-se de uma proposta de intervenção, que utilizará o Planejamento Estratégico Situacional. As ações serão baseadas nos seguintes nós-críticos; falta de Acompanhamento continuado dos Portadores de HAS E DM, pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente e equipe desmotivada. Almeja-se com essas ações que os pacientes realizem o autocuidado controlando os fatores de risco, tendo mais conhecimento sobre sua doença e mais frequentes na unidade; que a equipe esteja motivada a trabalhar em equipe e que busque se aperfeiçoar no cuidado voltado a esses pacientes. Também se espera que em um ano os pacientes alvos dessas ações apresentem quadro de saúde estável e que adotem hábitos de vida saudáveis a fim de que tenham sua saúde preservada.

Palavras-chave: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Autocuidado; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus are the most prevalent chronic diseases in the Brazilian population, which leads to an approach in discussions regarding public health problems. These diseases present common aspects, such as origin, risk factors, complications and forms of treatment. Periodic and optimized evaluation of patients with these diseases can improve their quality of life and reduce public spending in health. The objective of this work is to organize the work process of the team with a focus on the continued care of patients with chronic noncommunicable diseases, through the elaboration of an intervention project that intends to use the stratification of cardiovascular risk of hypertensives with the risk scale of Framingham and stratification according to metabolic control for diabetic patients. It is an intervention proposal that will use the Strategic Situational Planning. The actions will be based on the following critical nodes; Lack of continuous follow-up of patients with HAS and DM, patients with hypertension and clinically decompensated DM and unmotivated staff. It is hoped by these actions that patients perform self-care controlling the risk factors, having more knowledge about their illness and more frequent in the unit; A team is expected to work as a team and that it seeks to improve the care given to these patients. It is also expected that in one year the patients targeted for these actions will present stable health and adopt healthy life habits in order to have their health preserved.

Key words: Hypertension; Diabetes Mellitus; Self-care; Family Health Strategy; Primary Health Care; Quality of life.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIT	Acidente Isquêmico Transitório
APS	Atenção Primária à Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
CISALV	Consórcio Intermunicipal do Alto das Vertentes
DAC	Doença Arterial Coronariana
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ERF	Escore de Risco de Framingham
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HVE	Hipertrofia Ventricular Esquerda
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
LOA	Lesão de Órgão Alvo
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Assistência à Saúde
RCV	Risco Cardiovascular
SCIELO	Scientific Eletronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde

LISTA DE QUADRO, TABELAS E GRÁFICOS

Tabela 1 – Distribuição dos usuários adstritos na ESF “Prevenção: O Melhor Remédio”, em Alfredo Vasconcelos.	14
Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF “Prevenção: O Melhor Remédio”, Centro de Saúde “Dr. Lunard Tadeu Bianchetti”, Alfredo Vasconcelos-MG.	16
Quadro 2 – Escore de Risco de Framingham.	24
Quadro 3 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo o gênero e idade.	25
Quadro 4 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (homens), níveis de colesterol total e idade.	25
Quadro 5 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (mulheres), níveis de colesterol total e idade.	25
Quadro 6 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (homens), tabagismo e idade.	26
Quadro 7 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (mulheres), tabagismo e idade.	26
Quadro 8 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero, HDL colesterol e idade.	26
Quadro 9 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero, PA sistólica e idade.	26
Quadro 10 – Tabela para determinação de RCV em 10 anos de DAC.	27
Quadro 11 – Classificação de RCV pelo ERF.	27
Quadro 12 – Metas a serem alcançadas.	28
Quadro 13 - Operações sobre o nó crítico “Falta de Acompanhamento continuado dos portadores de HAS e DM”, relacionado ao problema “Falta de adesão ao tratamento” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.	29
Quadro 14 - Operações sobre o nó crítico “Pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente”, relacionado ao problema “Falta de autocuidado” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.	30
Quadro 15 - Operações sobre o nó crítico “Equipe Desmotivada”, relacionado ao problema “Alto atendimento de demanda espontânea e Comunicação Precária” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.	31
Árvore Explicativa do Problema Selecionado	32
Tabela 2 – Usuários hipertensos e diabéticos cadastrados pela Equipe de ESF “Prevenção: O Melhor Remédio” de Alfredo Vasconcelos/MG, 2016.....	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O município de Alfredo Vasconcelos.....	11
1.2 O sistema municipal de saúde.....	12
1.3 A Equipe da ESF “Prevenção: o melhor remédio”, seu território e sua população	13
1.4 Estimativa Rápida: problemas organizacionais e de saúde do território e da comunidade	14
1.5 Priorização dos problemas	15
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral:.....	18
3.2 Objetivos específicos:	18
4 METODOLOGIA.....	19
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
5.1 Atenção Primária à Saúde	20
5.2 Estratégia de Saúde da Família - ESF.....	21
5.3 Doenças Crônicas	22
5.4 Estratificação de risco cardiovascular.....	23
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	29
6.1 Descrição do problema selecionado	29
6.2 Explicação do problema selecionado.....	29
6.3 Seleção dos nós críticos	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 O município de Alfredo Vasconcelos

Alfredo Vasconcelos, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2015 é uma cidade com 6.639 habitantes. Está localizado na Zona Campos das Vertentes, pertencendo à Microrregião da Mantiqueira, às margens da Rodovia BR040 (Rodovia JK Rio/Brasília), a qual atravessa o município de norte a sul, apresentando no Km 690 o acesso (trevo) principal à Sede Municipal. Distante oito quilômetros de Barbacena, 110 quilômetros de Juiz de Fora e 160 quilômetros de Belo Horizonte. A área territorial corresponde a 130,8 Km², perfazendo a seguinte constituição territorial: 9,78% de área urbana e 90,22% de área rural (IBGE, 2010). O município é composto pelas seguintes localidades rurais: Pouso Alegre, Potreiro, Tanque, Cará, Açude, Américo e Valério.

A principal atividade econômica do município é a produção de rosas, flores e morangos, a renda per capita é de R\$ 300,00 na área rural e R\$ 377,50 na área urbana. O índice de desenvolvimento urbano é de 0,675 (IBGE, 2010).

A cidade de Alfredo Vasconcelos possui Gestão Plena da Atenção Básica. Para garantir o atendimento em saúde aos seus usuários, utiliza-se da rede de assistência à saúde regional (MALACHIAS, 2010). Dentro da perspectiva da regionalização, o município pertence à região ampliada de saúde centro-sul composta por 51 municípios, atendendo uma população de 780.011 habitantes e à região de saúde de Barbacena composta por 15 municípios totalizando uma população de 253.393 habitantes (SES/MG – PDR, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Para atendimento aos usuários na Atenção Básica (AB) a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) disponibiliza um Centro de Saúde que abriga três Equipes de Saúde da Família (ESF), cada uma delas compostas por um médico generalista, um enfermeiro generalista, um técnico em enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde (ACS). A primeira equipe foi implantada no ano de 2001, a segunda em 2013, e, mais recentemente, a terceira equipe implantada em 2016 (DATASUS, 2017a).

A organização do serviço de saúde municipal tem a AB como porta de entrada aos serviços e é articulada a uma central de marcação de consultas especializadas, que funciona como facilitador do uso dos serviços pelos usuários.

Toda a demanda de consultas e procedimentos de Média e Alta Complexidade ambulatorial é referenciada para outros municípios através da Programação Pactuada Integrada (PPI) Assistencial. No que tange à pactuação de consultas médicas em atenção especializada e procedimentos de média complexidade na rede de assistência à saúde foi feita a pactuação com os municípios de Barbacena, Antônio Carlos, Ibertioga, Belo Horizonte e Juiz de Fora (PPI Assistencial). No entanto, a oferta é insuficiente para atender os usuários com base no princípio da integralidade. Sendo assim, para complementar e suprir a necessidade das ações de média complexidade, o município faz uso do Consórcio Intermunicipal do Alto das Vertentes (CISALV).

O presente trabalho foi realizado na ESF da Unidade Básica de Saúde (UBS) Doutor Lunarde Tadeu Bianchetti, localizada na Praça Nossa Senhora do Rosário, no centro do município de Alfredo Vasconcelos. Essa unidade conta com 10 médicos ao todo, sendo dois ginecologistas, dois pediatras, três clínicos gerais, dois do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e um do Programa Saúde da Família (PSF), contratado pela prefeitura. Além disso, conta com três enfermeiras e sete técnicas em enfermagem, 12 agentes comunitários da saúde, um dentista, uma técnica em higiene bucal e uma nutricionista. A unidade funciona de segunda a sexta das 8 às 17 horas.

1.3 A Equipe da ESF “Prevenção: o melhor remédio”, seu território e sua população

A Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” possui um território de atuação que define a adstrição dos usuários residentes na área urbana do município. O ponto de referência para estes usuários é o Centro de Saúde Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti, o qual é porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o atendimento ao usuário se dá pela demanda espontânea, que ocorre de forma significativa, com alto fluxo.

O local onde a UBS está inserida é basicamente urbano, com predomínio de grande atividade comercial, como lojas, supermercados, açougues, além de uma igreja Matriz. Conta com serviço de coleta seletiva diária, saneamento e rede de esgoto. É um local bastante estruturado, com calçamento, iluminação, serviço de transporte coletivo e privado. Por ser a região central do município, recebe grande número de pessoas diariamente em busca de diversos serviços, como por exemplo, o serviço de saúde da UBS Dr. Lunarde Tadeu Bianchetti.

A unidade conta com uma estrutura completa, com quatro consultórios médicos e um odontológico, uma sala de vacinação, uma sala de medicação/observação, uma sala de coleta de sangue, uma sala de reuniões, uma sala da enfermagem e uma copa. Conta ainda com quatro ambulâncias e dois motoristas que revezam em escala.

Essa unidade é um centro de referência em saúde da região, bastante estruturada, a qual atende grande número de pessoas diariamente, tanto para demanda espontânea quanto para demanda agendada. Por esse motivo o serviço é muitas vezes sobrecarregado pelo fluxo intenso de usuário. De forma geral, dá-se prioridade ao atendimento de emergência e de quadros agudos para todas as faixas etárias. A equipe de saúde dessa unidade oferece um atendimento humanizado e amplo aos usuários, mesmo frente às limitações do serviço no sentido de tempo disponível. Prioriza-se a atuação multiprofissional em saúde.

Para cadastro dos usuários o município utiliza do Sistema de Informação G-Saúde desenvolvido pela Courat Informática. Trata-se de um sistema de informação que compila os dados e faz a interface com o e-sus. São 6.483 usuários cadastrados no município, sendo 2.483 usuários moradores no território de atuação da Equipe conforme a tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos usuários adstritos na ESF “Prevenção: O Melhor Remédio”, em Alfredo Vasconcelos.

FAIXA ETÁRIA	MICRO AREA 1	MICRO AREA 2	MICRO AREA 3	MICRO AREA 4
0-1 ANO	4	3	5	6
1-4 ANOS	24	30	28	27
5-14 ANOS	79	80	82	90
15-19 ANOS	50	62	51	48
20-29 ANOS	102	98	106	117
30-39 ANOS	90	98	93	102
40-49 ANOS	91	99	90	100
50-59 ANOS	74	68	71	69
60-69 ANOS	39	44	46	52
70-79 ANOS	24	30	27	22
80 ANOS E MAIS	12	18	15	17
TOTAL	589	630	614	650

Fonte: G-Saúde, 2016.

1.4 Estimativa Rápida: problemas organizacionais e de saúde do território e da comunidade

Através da realização do diagnóstico situacional foi possível observar como principais dificuldades enfrentadas pela equipe:

- Falta de acompanhamento continuado dos portadores de doença crônica não transmissível (DNCT), especificamente dos usuários em tratamento para Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM);
- Pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente;
- Alto número de atendimento à demanda espontânea e planejamento inadequado das atividades realizadas pela equipe, além da falta de motivação profissional.

1.5 Priorização dos problemas

Um grande problema visível nessa unidade é o fato de pacientes crônicos, com HAS e DM não realizarem acompanhamento adequado nem adotarem hábitos de vidas saudáveis. Eles ficam condicionados à manutenção das receitas e não se preocupam com o autocuidado para prevenção de complicações. Assim, ficam expostos a maiores riscos por não buscarem nem receberem acompanhamento ideal para sua saúde.

Aliado a isso, as atividades da equipe estão prejudicadas devido ao grande número de usuários que procuram o serviço na demanda espontânea, ocupando quase exclusivamente o tempo da equipe. Como a demanda espontânea é intensa, o atendimento agendado e as visitas domiciliares ficam comprometidos, sendo que nos horários destinados a esses atendimentos, há a reclamação constante dos usuários que exigem o atendimento no momento em que estão na Unidade. Cabe ressaltar que esta desorganização é responsável por insatisfação dos usuários os quais não recebem atenção completa, e da equipe de trabalho, que não consegue atender a demanda agendada, uma vez que não conseguem limitar a demanda espontânea.

Como tentativa de organizar o processo de trabalho, a equipe atende de forma programada alguns grupos prioritários como hipertensos, diabéticos e gestantes. Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não obteve sucesso quanto ao proposto. Conclui-se que os pacientes hipertensos e diabéticos acabam sendo atendidos na demanda espontânea quando há a agudização de suas doenças crônicas, uma vez que, no momento, esta é a forma de entrada mais simples na Unidade de Saúde.

A ausência de um projeto e de avaliação do trabalho são problemas enfrentados pela equipe. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

O quadro 1 trata da priorização dos problemas identificadas pela equipe durante o diagnóstico situacional da ESF “Prevenção: O Melhor Remédio”.

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF “Prevenção: O Melhor Remédio”, Centro de Saúde “Dr. Lunard Tadeu Bianchetti”, Alfredo Vasconcelos-MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Falta de acompanhamento continuado dos usuários em tratamento para HAS e DM.	Alta	Alta	Total	10
Falta de motivação profissional	Alta	Alta	Parcial	10
Ausência de planejamento	Alta	Alta	Total	5
Alto atendimento à demanda espontânea/ Comunicação Precária da equipe	Alta	Alta	Parcial	5

Fonte: Diagnóstico Situacional, 2016.

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A HAS e o DM são as DNCT mais prevalentes na população brasileira, o que leva a uma abordagem nas discussões relativas a problemas de saúde pública. A Atenção Primária no município de Alfredo Vasconcelos é porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o atendimento ao usuário se dá pela demanda espontânea.

Diante do exposto faz-se necessário um estudo de intervenção no processo de trabalho da equipe com foco em organizar o processo de trabalho priorizando o cuidado continuado aos portadores de DNCT, dessa forma, pretende-se utilizar a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos com a Escala de Risco de Framingham (ERF) e a estratificação de acordo com o controle metabólico para os pacientes diabéticos.

Assim, a organização no fluxo do atendimento aos pacientes com doenças crônicas poderá melhorar a qualidade de vida e reduzir danos através de um atendimento individualizado. A longo prazo, essa reorganização no atendimento poderá diminuir custos com medicações e exames, já que boa parte deles não estavam com o tratamento otimizado.

É importante que haja também educação em saúde oferecida a esses pacientes, pois, facilita o aprendizado, a troca de experiências, e quando feito em grupo otimiza o tempo disponível da equipe. Sabe-se que os principais fatores que levam ao descontrole clínico de pacientes com HAS e DM são; falta de instrução e falta de autocuidado. Assim, torna-se fundamental o trabalho da equipe em prol da educação em saúde para esses indivíduos a fim de estimular neles o autocuidado e preservar a saúde (CARNEIRO et al., 2012).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para organizar o processo de trabalho da equipe da ESF “Prevenção: O Melhor Remédio” do Município de Alfredo Vasconcelos/MG com foco no cuidado continuado aos usuários hipertensos e diabéticos.

3.2 Objetivos específicos:

- Propor organização da agenda dos profissionais para o atendimento integral aos portadores de HAS e DM;
- Propor a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos utilizando a ERF e para os diabéticos, utilização da estratificação de acordo com o seu controle metabólico;
- Propor educação em saúde voltada para esses indivíduos.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção, que utilizou o PES - Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) para atuar sobre problemas com solução normativa. Na realização do Diagnóstico Situacional verificou-se como problemas prioritários para a equipe de ESF “Prevenção: O melhor Remédio” do município de Alfredo Vasconcelos - MG a necessidade de organização do processo de trabalho da equipe com foco no cuidado continuado aos portadores de DCNT, especificamente hipertensos e diabéticos e a descontrolado clínico desses pacientes.

Para oferecer fundamentação teórica na construção de Plano de Intervenção, foi realizada uma Revisão da Literatura com busca nas bases de dados como *Scientific Eletronic Library Online* (Scielo), Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME), e manuais do Ministério da Saúde (MS). As palavras chave utilizadas foram: Hipertensão; Diabetes Mellitus; Autocuidado; Estratégia Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Qualidade de Vida.

Para a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos foi utilizada a ERF e para os diabéticos a estratificação de acordo com o seu controle metabólico (BRASIL, 2013a). A captação dos usuários foi através do grupo de Hiperdia, que é um programa do SUS destinado ao cadastramento e acompanhamento de pacientes portadores de DM e HAS que são atendidos no sistema ambulatorial do SUS. Este já é realizado pela equipe, porém de forma desordenada.

Foram abordados no primeiro momento os usuários que já participam deste grupo (HIPERDIA), num segundo momento foi realizada busca ativa dos hipertensos e diabéticos cadastrados no sistema G-saúde e agendado consulta médica para reavaliação e classificação de risco. A agenda médica deve ser organizada a fim de priorizar o atendimento desses usuários.

Depois de realizada a estratificação, os usuários hipertensos classificados com alto risco cardiovascular e os usuários diabéticos com controle metabólico ruim foram encaminhados para o serviço de média complexidade e inseridos na Rede de Assistência à Saúde (RAS).

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária em Saúde (APS) é reconhecidamente um componente chave dos sistemas de saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. É dirigida a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

A APS refere-se, na sua origem, à atenção que se dá no primeiro contato das pessoas usuárias com o sistema de atenção à saúde, o atributo mais fundamental da APS fundada no seu papel de estratégia de organização do sistema público de saúde brasileiro e como centro de comunicação das RAS. Uma APS, na perspectiva das redes de atenção à saúde, deve cumprir três funções essenciais que lhe imprimem a característica de uma estratégia de ordenação dos sistemas de atenção à saúde: a função resolutiva de atender a 85% dos problemas mais comuns de saúde; a função ordenadora de coordenar os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes; e a função de responsabilização pela saúde da população usuária que está adscrita, nas redes de atenção à saúde e às equipes de cuidados primários (MENDES, 2015).

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (OLIVEIRA, 2013).

Para Mendes (2015) o sistema de saúde atual é totalmente focado na doença, e não na prevenção, sendo assim um modelo fragmentado que atende, principalmente, os eventos agudos. O SUS, da forma como está estruturado, é mais preparado para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo complexo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados (LAVRAS, 2011).

Neste contexto tem-se a importância da institucionalização da ESF como forma mais adequada de fortalecimento da APS no SUS e a necessidade de transformação do sistema de saúde em outro sistema que seja proativo, integrado, contínuo, focado na pessoa e na família e voltado para a promoção e a manutenção da saúde (MENDES, 2015).

5.2 Estratégia de Saúde da Família - ESF

Para o Departamento da Atenção Básica (AB) do Ministério da Saúde, a ESF visa à reorganização da AB no País, de acordo com os preceitos do SUS, trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2014).

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada (OLIVEIRA, 2013). A definição de território adstrito coloca-se como estratégia central, procurando reorganizar o processo de trabalho em saúde (FIGUEIREDO, 2011).

Uma ESF forte significa a ruptura com os modelos de atenção à saúde fragmentada, fortemente centrada nos procedimentos de maior densidade tecnológica que são sobre ofertados em função da ausência de uma APS de qualidade que coordene toda a RAS (MENDES, 2015).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica cada equipe de ESF deve ter responsabilidade sanitária por um território de referência. O processo de trabalho proposto para a ESF é dinâmico e contínuo, não se esgotando com a aquisição de informação ou habilidade, uma vez que leva em conta a construção do conhecimento, da consciência crítica-reflexiva e de compromisso pessoal e profissional, exigindo dos trabalhadores, gestores e usuários a tomada de decisões que crie condições para o estabelecimento de mudanças que superem os nós críticos existentes, por meio de experiências inovadoras na gestão do cuidado e dos serviços de saúde com o objetivo de transformar a realidade (BRASIL, 2011).

5.3 Doenças Crônicas

Um grande desafio atual para as equipes de AB é a Atenção em Saúde para as doenças crônicas. Estas doenças são prevalentes, multifatoriais com coexistência de determinantes biológicos e socioculturais, com fatores de risco e doenças de alta complexidade e de determinação múltipla. Neste contexto é possível sistematizar o conjunto de determinações do processo saúde/doença ou saúde/adoecimento a partir do paradigma da promoção da saúde e na perspectiva da mudança social (BRASIL, 2013b).

Para o enfrentamento das DCNT, o Brasil elaborou o Plano de Ações Estratégicas para o período de 2011 a 2022. O Plano aborda os quatro principais grupos de doenças: circulatórias, câncer, respiratórias crônicas e diabetes (BRASIL, 2011).

Para fins deste presente estudo trataremos especificamente da HAS e do DM. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (BRASIL, 2013b). Enquanto o DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013a).

Estudos epidemiológicos demonstram uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular fazendo com que a estratégia clínica de prevenção cardiovascular requeira o conhecimento do estado diabético (BRASIL, 2013a). Já a HAS apresenta alta morbimortalidade, com perda importante da qualidade de vida, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva. É fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal (BRASIL, 2013b).

O DM e a HAS são considerados condições sensíveis à APS, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo destes problemas ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE et al., 2009).

Altas taxas de internações por condições sensíveis à AP em uma população, ou subgrupo(s) desta, podem indicar sérios problemas de acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. As internações por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

5.4 Estratificação de risco cardiovascular

Seguindo a premissa que a HAS é uma DNCT que acomete cerca de 20% da população brasileira, principalmente a partir de 65 anos de idade, e, como apresentado anteriormente é um fator de risco para as mais relevantes causas de morte: IAM, AVC e insuficiência cardíaca (BRASIL, 2011), se faz necessária a adoção de estratégias que envolvam os profissionais na APS no que diz respeito à prevenção, acompanhamento e controle dos pacientes portadores de hipertensão (BRASIL, 2013a).

Para uma melhor estruturação do sistema, que enfrenta limitações no processo de cuidado dos pacientes portadores de DCNT, pode-se destacar a operacionalização do acompanhamento, ou seja, um bom seguimento destes usuários a partir da rotina de consultas médicas e de enfermagem (BRASIL, 2013b).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde sugere a estratificação dos pacientes hipertensos assistidos pelas ESF para definir o prognóstico e a conduta na abordagem do hipertenso na atenção primária. A recomendação é a adoção do ERF que avalia algumas variáveis para estimar o risco de um indivíduo desenvolver uma doença arterial coronariana (DAC) (PIMENTA, 2014).

No quadro abaixo, estão descritos os fatores de risco dispostos na ERF, uma das variáveis analisadas durante esta estratificação.

Quadro 2 – Escore de Risco de Framingham

RISCO BAIXO/ RISCO INTERMEDIÁRIO	ALTO RISCO	
Tabagismo HAS Obesidade Sedentarismo Sexo masculino Idade > 65 anos História familiar (H < 55a; M < 65a) – evento cardiovascular prévio	AVC previamente	
	IAM previamente	
	Lesão periférica LOA	AIT HVE Nefropatia Retinopatia Aneurisma de aorta abdominal Estenose de carótida sintomática
	DM	

Fonte: BRASIL, 2010.

A determinação do Risco Cardiovascular (RCV) a partir da avaliação dos fatores de risco dos pacientes deve seguir os critérios abaixo:

1. Paciente com apenas um fator de risco baixo/intermediário: não há necessidade de calcular o RCV, pois o paciente é considerado como baixo RCV e terá menos de 10% de possibilidade de morrer por DAC (AVC ou IAM), nos próximos 10 anos.
2. Paciente com pelo menos um fator de risco alto: não há necessidade de calcular o RCV, pois o paciente já é considerado como alto RCV e a probabilidade de morrer por AVC ou IAM nos próximos 10 anos será mais de 20%.
3. No caso de um paciente apresentar mais de um fator de risco baixo/intermediário, o cálculo do RCV se faz necessário, uma vez que esse paciente pode alterar o seu risco de acordo com as demais variáveis (BRASIL, 2010).

Diante da determinação do grupo de risco de um paciente a partir do fator de risco, outras variáveis (gênero, idade, níveis de colesterol total, tabagismo, pressão arterial e valor do HDL colesterol) devem ser avaliadas e pontuadas, de acordo com os quadros abaixo (BRASIL, 2010).

Quadro 3 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo o gênero e idade.

HOMENS		MULHERES	
Idade em anos	Pontuação	Idade em anos	Pontuação
20-34	- 9	20-34	- 7
35-39	- 4	35-39	- 3
40-44	0	40-44	0
45-49	3	45-49	3
50-54	6	50-54	6
55-59	8	55-59	8
60-64	10	60-64	10
65-69	11	65-69	12
70-74	12	70-74	14
75-79	13	75-79	16

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 4 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (homens), níveis de colesterol total e idade.

HOMENS					
Colesterol total (mg/dl)	Idade em anos				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	7	5	3	1	0
240-279	9	6	4	2	1
>=280	11	8	5	3	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 5 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (mulheres), níveis de colesterol total e idade.

MULHERES					
Colesterol total (mg/dl)	Idade em anos				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
<160	0	0	0	0	0
160-199	4	3	2	1	0
200-239	8	6	4	2	0
240-279	11	8	5	3	2
>=280	13	10	7	4	2

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 6 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (homens), tabagismo e idade.

HOMENS					
	Idade em anos				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	8	5	3	1	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 7 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero (mulheres), tabagismo e idade.

MULHERES					
	Idade em anos				
	20-39	40-49	50-59	60-69	70-79
Não fumantes	0	0	0	0	0
Fumantes	9	7	4	2	1

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 8 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero, HDL colesterol e idade

HOMENS		MULHERES	
HDL (mg/dl)	Pontuação	HDL (mg/dl)	Pontuação
>=60	- 1	>=60	- 1
50-59	0	50-59	0
40-49	1	40-49	1
<40	2	<40	2

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 9 – Framingham: projeção do risco de DAC em 10 anos, segundo gênero, PA sistólica e idade.

HOMENS			MULHERES		
PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada	PA sistólica	Pontuação se não tratada	Pontuação se tratada
<120	0	0	<120	0	0
120-129	0	1	120-129	1	3
130-139	1	2	130-139	2	4
140-159	1	2	140-159	3	5
>=160	2	3	>=160	4	6

Fonte: BRASIL, 2010.

A pontuação obtida deve ser analisada no Quadro 10, para determinar o RCV em 10 anos de DAC. De acordo com o valor em porcentagem, o risco é classificado como baixo, intermediário ou alto, como visto no Quadro 11, e a partir desta estratificação se faz necessária a definição de metas em relação a níveis pressóricos e perfil lipídico de acordo com o Quadro 12, para reduzir o risco de morbi-mortalidade do paciente avaliado. Ainda, de acordo com o Caderno de Atenção Primária – Rastreamento, todos os pacientes portadores de DM possuem alto RCV, e precisam ser orientados quanto às metas já descritas (BRASIL, 2010).

Quadro 10 – Tabela para determinação de RCV em 10 anos de DAC.

HOMENS		MULHERES	
Total de pontos	Risco em 10 anos	Total de pontos	Risco em 10 anos
<0	<1	<9	<1
0	1	9	1
1	1	10	1
2	1	11	1
3	1	12	1
4	1	13	2
5	2	14	2
6	2	15	3
7	3	16	4
8	4	17	5
9	5	18	6
10	6	19	8
11	8	20	11
12	10	21	14
13	12	22	17
14	16	23	22
15	20	24	27
16	25	>=25	>=30
>=17	30	Risco em 10 anos:%	
Risco em 10 anos:%			

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 11 – Classificação de RCV pelo ERF.

Grau de RCV	Risco em 10 anos
Baixo	<10%
Intermediário	10-20%
Alto	>20%

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 12 – Metas a serem alcançadas.

Risco CV	Alto	Intermediário	Baixo	Limite
PA	<135/85	<140/80	<140/80	
LDL	<100	<130	<160	<190
CT/HDL	<4	<5	<6	<7

Fonte: BRASIL, 2010.

O uso do ERF para estratificação dos pacientes atendidos na AB permite identificar os indivíduos que necessitam de acompanhamento especializado e a partir desta demanda estabelecida podem-se programar estratégias para o desenvolvimento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2013a; ALVIM, 2014).

O controle metabólico é uma avaliação importante para reduzir e prevenir a ocorrência de complicações em pacientes portadores de DM. Uma das ações programadas para avaliar no Hiperdia é a aferição da glicemia capilar e solicitação da dosagem da glico-hemoglobina dos pacientes portadores de DM2. A partir destes valores é possível classificar os pacientes diabéticos em dois grupos: com bom ou mau controle glicêmico. Com o conhecimento do controle metabólico dos pacientes assistidos, pode-se avaliar a implantação de atividades de educação de forma sistemática e direcionada (SCAIN, 2003).

A proposta é a implantação da ERF durante o agendamento no Hiperdia, que ocorre de forma trimestral, onde os pacientes cadastrados portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus são atendidos na UBS. Outra função deste programa é gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do SUS (DATASUS, 2017b).

A adesão dos pacientes ao Hiperdia é muito importante, já que os dados obtidos ajudam os gestores públicos na adoção de estratégias de intervenção e permite conhecer o perfil epidemiológico da hipertensão arterial e do diabetes mellitus na população da cidade (DATASUS, 2017b).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Falta de acompanhamento continuado dos usuários em tratamento para HAS e DM”, para o qual se registra uma descrição, explicação e descrição de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SAMPOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

As principais doenças crônicas prevalentes no município são a HAS e DM, doenças que se não forem tratadas adequadamente levam a complicações como IAM e AVC que podem causar a morte. A tabela abaixo demonstra o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados pela Equipe de ESF “Prevenção: O Melhor Remédio” do Município de Alfredo Vasconcelos/MG no ano de 2016.

Tabela 2 – Usuários hipertensos e diabéticos cadastrados pela Equipe de ESF “Prevenção: O Melhor Remédio” de Alfredo Vasconcelos/MG, 2016

INDICADORES	MICRO 1	MICRO 2	MICRO 3	MICRO 4	TOTAL
Hipertensão arterial	82	78	85	96	341
Diabetes	20	29	18	11	78

Fonte: DATASUS (2017a).

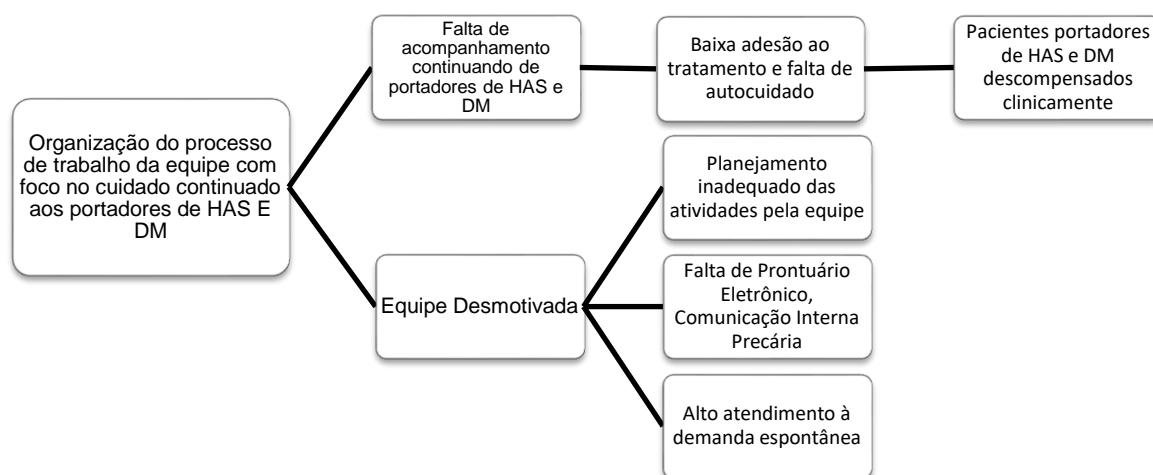
6.2 Explicação do problema selecionado

No município de Alfredo Vasconcelos as doenças do aparelho circulatório aparecem em segundo lugar quando analisado as causas de morbidade hospitalar dos usuários residentes no município. Este dado justifica a necessidade de ajustar o atendimento para melhor acompanhar os pacientes portadores de HAS e DM, que são os de maior risco para desencadear doenças cardiovasculares.

Os usuários não fazem o acompanhamento conforme a programação da Unidade, que organiza o Hiperdia a cada três meses, mas o comparecimento dos pacientes cadastrados não é satisfatório, já que estes têm acesso facilitado ao atendimento na Unidade pela demanda espontânea. Durante as atividades no Hiperdia, seria uma boa oportunidade para avaliação da ERF, já que os pacientes assistidos neste grupo são os de maior chance de apresentar complicações decorrentes de suas doenças crônicas.

A seguir serão explicitados os problemas selecionados pela equipe, os quais são passíveis de atuação.

Árvore Explicativa do Problema Selecionado



Fonte: Produzido pela autora (2017).

6.3 Seleção dos nós críticos

Com as observações dos prontuários, e da análise situacional da unidade pela equipe, destacamos alguns nós críticos passíveis de intervenção e necessitados de atenção. Estes estão descritos abaixo:

- Falta de Acompanhamento continuado dos Portadores de HAS E DM;
- Pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente;
- Equipe Desmotivada.

Quadro 13 - Operações sobre o nó crítico “Falta de Acompanhamento continuado dos portadores de HAS e DM”, relacionado ao problema “Falta de adesão ao tratamento” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.

Nó crítico	Falta de acompanhamento continuado dos portadores de HAS e DM.
Operação	Organização do processo de trabalho da equipe com foco no cuidado continuado aos portadores de HAS e DM.
Projeto	Busca ativa dos pacientes e atendimento agendado, separado para eles.
Resultados esperados	Aprimorar o atendimento destes pacientes com a finalidade de reduzir agudizações. Aumentar a frequência desses pacientes à unidade.
Produtos esperados	Melhorar a qualidade de vida destes usuários. Maior controle das doses recomendadas e da terapia proposta.
Atores sociais/ responsabilidades	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela Unidade Básica de Saúde, Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” (Enfermeira, Médica, Técnica em Enfermagem e ACS).
Recursos necessários	Estrutural: Organização do processo de trabalho, agenda, sala de reuniões, papel, caneta, computadores. Político: Articulação entre gestor municipal e Equipes de ESF: Articulação intersetorial e intermunicipal para atendimento especializado. Financeiros: Utilizar recursos da PPI e do Consórcio Intermunicipal de Saúde para encaminhar os pacientes instáveis para consultas especializadas e realizar exames laboratoriais e demais, necessários para melhor controle dos usuários.
Recursos críticos	Articulação com o gestor municipal
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médica Janaíne e Enfermeira da Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” Motivação: melhorar o acompanhamento dos pacientes Hipertensos e Diabéticos cadastrados na área de atuação da Equipe 1.
Ação estratégica de motivação	Organizar a agenda dos profissionais para o atendimento integral aos portadores de HAS e DM. Realizar a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos utilizando a ERF e para os diabéticos a utilização da estratificação de acordo com o seu controle metabólico. Inserir na RAS os usuários hipertensos classificados com alto risco cardiovascular e os usuários diabéticos com controle metabólico ruim.
Responsáveis:	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela UBS, Enfermeira ESF, Médica Janaíne, Técnica em Enfermagem e ACS da ESF.
Cronograma / Prazo	Reunião de equipe: Março/2016 Planejamento das ações prioritárias: Abril/2016 Organização da agenda: Abril/2017
Gestão, acompanhamento e avaliação.	A cada 30 dias serão realizados o monitoramento e avaliação das ações.

Fonte: Produzido pela autora (2017).

Quadro 14 - Operações sobre o nó crítico “Pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente”, relacionado ao problema “Falta de autocuidado” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.

Nó crítico	Pacientes portadores de HAS e DM descompensados clinicamente
Operação	Práticas educativas e campanhas em saúde
Projeto	Práticas educativas para estímulo à adesão ao tratamento, acompanhamento regular e multidisciplinar e conscientização do paciente e da família.
Resultados esperados	Controle da pressão arterial, dos níveis glicêmicos e do peso corporal adequado. Pacientes mais envolvidos com o autocuidado e com a preservação da saúde.
Produtos esperados	Dinâmicas em grupo, palestras e roda de discussão.
Atores sociais/ responsabilidades	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela Unidade Básica de Saúde, Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” (Enfermeira, Médica, Técnica em Enfermagem e Agentes comunitários de Saúde).
Recursos necessários	Estrutural: Organização do processo de trabalho, agenda, sala de reuniões, papel, caneta, computadores. Político: Articulação entre gestor municipal e Equipes de ESF: Articulação intersetorial e intermunicipal para atendimento especializado. Financeiros: Utilizar recursos da PPI e do Consórcio Intermunicipal de Saúde para encaminhar os pacientes instáveis para consultas especializadas e realizar exames laboratoriais e demais, necessários para melhor controle dos usuários.
Recursos críticos	Articulação com o gestor municipal
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médica Janaíne e Enfermeira da Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” Motivação: melhorar o acompanhamento dos pacientes Hipertensos e Diabéticos cadastrados na área de atuação da Equipe 1.
Ação estratégica de motivação	Organizar a agenda dos profissionais para o atendimento integral aos portadores de HAS e DM. Realizar a estratificação de risco cardiovascular dos hipertensos utilizando a ERF e para os diabéticos a utilização da estratificação de acordo com o seu controle metabólico. Inserir na RAS os usuários hipertensos classificados com alto risco cardiovascular e os usuários diabéticos com controle metabólico ruim.
Responsáveis:	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela UBS, Enfermeira ESF, Médica Janaíne, Técnica em Enfermagem e ACS da ESF.
Cronograma / Prazo	Reunião de equipe: Mensal Planejamento das ações prioritárias: Abril/2016 Organização da agenda: Abril/2017 Realização das atividades educativas: Quinzenalmente
Gestão, acompanhamento e avaliação.	A cada 30 dias serão realizados o monitoramento e avaliação das ações.

Fonte: Produzido pela autora (2017).

Quadro 15 - Operações sobre o nó crítico “Equipe Desmotivada”, relacionado ao problema “Alto atendimento de demanda espontânea e Comunicação Precária” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família da UBS Dr. Lunard Tadeu Bianchetti, em Alfredo Vasconcelos, Minas Gerais.

Nó crítico	Equipe Desmotivada
Operação	Treinamento com a equipe, reuniões motivadoras e organização da agenda.
Projeto	Realizar questionários, discussão de casos clínicos, gincanas com premiações entre os membros da equipe.
Resultados esperados	Equipe mais comprometida, mais instruída quando ao assunto, profissionais valorizados e com autoestima elevada.
Produtos esperados	Ambiente sadio, com espírito de trabalho em equipe, respeito, organização do atendimento.
Atores sociais/ responsabilidades	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela Unidade Básica de Saúde, Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” (Enfermeira, Médica, Técnica em Enfermagem e Agentes comunitários de Saúde).
Recursos necessários	Estrutural: Organização do processo de trabalho, agenda, sala de reuniões, papel, caneta, computadores. Político: Articulação entre gestor municipal e Equipes de ESF: Articulação intersetorial e intermunicipal para organização do atendimento.
Recursos críticos	Articulação com o gestor municipal
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Médica Janaíne e Enfermeira da Equipe de ESF “Prevenção: o melhor remédio” Motivação: melhorar o desempenho da equipe, motivando-a.
Ação estratégica de motivação	Organizar a agenda dos profissionais para o atendimento. Estimular o trabalho em equipe, a união e autoestima.
Responsáveis:	Gestor municipal em saúde, Enfermeira RT pela UBS, Enfermeira ESF, Médica Janaíne.
Cronograma / Prazo	Reunião de equipe: Mensal Planejamento das ações prioritárias: Abril/2016 Organização da agenda: Abril/2017 Realização dos treinamentos e reuniões: Mensalmente
Gestão, acompanhamento e avaliação.	A cada 30 dias serão realizados o monitoramento e avaliação das ações.

Fonte: Produzido pela autora (2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O empenho em organizar e melhorar o fluxo do atendimento se fez necessário, uma vez que os pacientes crônicos há muito tempo não passavam por uma reavaliação individualizada. Pode-se acreditar que esta atitude, em longo prazo, melhorará a qualidade de vida dos pacientes e diminuirá custos com medicações e exames, já que boa parte deles não estava com o tratamento em dia.

Espera-se que ao conhecer os pacientes portadores de DCNT, viabilizará um acompanhamento rigoroso das doenças basais, realizando a classificação de acordo com o RCV, acompanhando, monitorando e os encaminhando para avaliação com especialistas, quando necessário.

Sobretudo, espera-se que dentro de um ano os pacientes alvos dessas ações apresentem quadro de saúde estável, com controle dos fatores de risco, adoção de hábitos de vida saudáveis, presentes na UBS e comprometidos com o tratamento proposto e com o autocuidado, a fim de que tenham sua saúde preservada. Desta forma, o principal resultado esperando é a melhoria da qualidade de vida desses usuários.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP - Brasil). Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, Jun., 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600016&lng=en&nrm=iso. Acessado em 05 de Fevereiro de 2017.

ALVIM, L. M. **A utilização do Escore de Risco de Framingham para o manejo de pacientes portadores de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus: uma revisão integrativa para subsidiar um Projeto de Intervenção**. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo horizonte, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, 2010. (Cadernos de Atenção Básica, 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 26 de março de 2017]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 110 p. : il. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf . Acesso em 26 de março de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3. Acesso em: 20 jun. 2016.

CARNEIRO, A. C. L. L. et al. Educação para a Promoção da Saúde no Contexto da Atenção Primária. **Revista Panam Salud Pública**, v. 31, n.2, p. 115–20, 2012.

DATASUS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. 2017a. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=CENTRO%20DE%20SAUDE%20DR%20LUNARD%20TADEU%20BIANCHETTI>
Acesso em: 04 fev. 2017.

DATASUS - HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. 2017b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>
Acesso em: 26 mar. 2017.

FIGUEIREDO, E. N. **A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS**. UNA-SUS | UNIFESP. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf. Acesso em: 04 fev. 2017.

G-Saúde. **Sistema de Informação em Saúde**. Courat Informática. 2016.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=310163&search=minas-gerais|alfredo-vasconcelos|infograficos:-informacoes-completas>. Acesso em: 23 jun. 2016.

LAVRAS, C. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil**. Saudeoc, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dezembro, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso. Acessado em 04 de Fevereiro de 2017.

MACHADO, D. P. **Projeto de intervenção para melhoria do controle dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica do Programa Saúde da Família Santa Helena I, Contagem, MG**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG, 2014. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4221.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2016.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MENDES, E. V. **A Construção Social da Atenção Primária a Saúde.** / Eugenio Vilaça Mendes. Brasília. Conselho Nacional de Secretária da Saúde – CONASS, 2015; 193p.; il. 2015.

PPI Assistencial. Programação Pactuada Integrada. Disponível em: <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/municipioTabelaUnificada.php>. Acesso em: 04 de agosto de 2016.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de Enfermagem, Brasília**, v. 66, n.6, p. 158-164, Setembro de 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso. Acesso em 04 de Fevereiro de 2017.

PIMENTA, H. B; CALDEIRA, A. P. **Fatores de risco cardiovascular do Escore de Framingham entre hipertensos assistidos por equipes de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, v.19, n.6, p.1731-1739, 2014.

SCAIN, S. F. **Fatores associados ao controle metabólico em pacientes com diabetes melito tipo 2 não usuários de insulina.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS - SES/MG, 2017. Plano Diretor de Regionalização. Adscrição e população dos municípios por macrorregiões e microrregiões de saúde. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/08-04-16_Adscricao-e_populacao-dos-municipios-por-macro-e-microrregioes-de-saude.pdf. Acesso em: 04 fev. 2017.